

Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg

Kennis, methoden en tools



NIVEL
Kennis voor betere zorg

 **Amsterdam UMC**
Universitair Medische Centra

Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg

Kennis, methoden en tools

Laxsini Murugesu
Monique Heijmans
Mirjam Fransen
Jany Rademakers

ISBN 978-94-6122-520-7

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van 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 dit rapport wordt het ZonMw project 'Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg; kennis, methoden en tools' beschreven. Dit project is uitgevoerd door het Nivel (LM, MH, JR) en het Amsterdam UMC (locatie AMC, afdeling Sociale Geneeskunde) (MF). De Stichting Pharos heeft ten behoeve van dit project een interventie ontwikkeld en trainingen verzorgd.

Op deze plaats willen wij iedereen danken die meegewerkt hebben aan dit project, door deelname aan de enquête, de interviews en de focusgroep, door medewerking aan de pilotstudie van de interventie of door deelname aan de invitational conference en/of de begeleidingscommissie.

Laxsini Murugesu
Monique Heijmans
Mirjam Fransen
Jany Rademakers

Utrecht/Amsterdam, september 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Gezondheidsvaardigheden	9
1.2 Systematische aandacht ontbreekt	9
1.3 Dit project	10
2 Uitdagingen ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg	11
2.1 Gebruikte bronnen	11
2.2 Afbakening van begrippen	12
2.3 Uitdagingen voor zorgverleners in de communicatie met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	14
2.4 Samenvattend	22
3 Bestaande methoden en tools voor aanpak beperkte gezondheidsvaardigheden	25
3.1 Mate waarin rekening wordt gehouden met beperkte gezondheidsvaardigheden	25
3.2 Gebruikte methoden en tools	26
3.3 Behoeftte aan methodieken en tools onder niet-gebruikers	29
3.4 Samenvattend	30
4 Ontwikkeling interventie en pilot implementatie	31
4.1 Ontwikkeling interventie	31
4.2 Pilot implementatie en evaluatie interventie	32
4.3 Uitkomsten evaluatie tools	33
4.4 Conclusie en implicaties	36
5 Onderzoeksagenda	37
5.1 Kennislacunes	37
5.2 Aanzet voor een onderzoeksagenda	38
5.3 Aanbevelingen en vervolgstrategieën	43
Literatuur	49
Bijlage A Kennisoverzicht	51
Bijlage B.1 Voorbeelden van bestaande tools en methodieken	55
Bijlage B.2 Overzicht voorgestelde tools per uitdaging	59
Bijlage C Ontwikkelde tools (tentkaart en poster)	63
Bijlage D Aanwezige organisaties bij invitational conference op 26 september 2018	65

Samenvatting

Hoe kunnen zorgverleners in de curatieve zorg beter omgaan en communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden? Die vraag vormt de essentie van dit project.

In fase 1 is onderzocht welke uitdagingen deze zorgverleners ervaren en wat bestaande methodieken en tools zijn om daarmee om te gaan. Daaruit bleek:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn een groep die veel gezien wordt binnen de curatieve zorg. Tegelijk vindt bijna één op de drie zorgverleners het lastig om deze groep mensen in de dagelijkse praktijk te herkennen.
- Bijna driekwart van de zorgverleners wordt tenminste wekelijks geconfronteerd met uitdagingen in het contact met patiënten ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden. Die kunnen zich voordoen vóór, tijdens en na het consult.
- De belangrijkste uitdagingen vóór het consult zijn dat patiënten niet of te laat op afspraken komen en/of hun klachten onvoldoende kunnen voorwoorden tijdens het maken van een afspraak.
- Tijdens het consult gaat het er om dat patiënten vaak de beslissing bij de zorgverlener laten en dat de patiënt zijn klachten of zorgvraag niet kan verwoorden. Daarnaast is het een belangrijke uitdaging dat de patiënt de informatie, uitleg of adviezen niet begrijpt en dat het voor de zorgverlener ook lastig is om te schatten of de patiënt het begrepen heeft.
- Zelf geven zorgverleners aan dat het geven van eenvoudige uitleg en advies voor hen ook lastig is.
- Na het consult hebben zorgverleners vooral te maken met patiënten die adviezen niet of onvoldoende opvolgen, vaak terugkomen en vaak dezelfde vragen stellen.

Een aanzienlijk deel van de zorgverleners (40-50%) houdt niet specifiek rekening met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de communicatie of bij het geven van informatie of advies. De redenen hiervoor zijn divers maar hebben vooral te maken met:

- het niet herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden;
- het zich niet bewust zijn van het probleem;
- onvoldoende op de hoogte zijn van beschikbare methoden; en
- het gevoel te weinig tijd te hebben.

Zorgverleners die al wel aandacht besteden aan beperkte gezondheidsvaardigheden zetten die vooral in vóór het consult, om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op tijd bij de juiste zorgverlener te krijgen en tijdens het consult om de eigen communicatie en voorlichting te verbeteren en te zorgen voor meer begrip bij de patiënt.

In dit laatste punt, het zorgen dat patiënten hun informatie en advies begrijpt, ligt volgens zorgverleners de belangrijkste oplossingsrichting. De terugvraagmethode (*teach back*) werd door zorgverleners als de meest aanbevolen strategie hiervoor genoemd.

Er is ook aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zélf gevraagd wat er nu nog niet goed gaat in de zorg. Zij vinden dat er te gemakkelijk vanuit wordt gegaan dat ze het wel allemaal begrijpen. Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is het met name moeilijk om mondelinge en schriftelijke gezondheidsinformatie te begrijpen en toe te passen op hun eigen situatie; ook ontbreekt het hen vaak een basale kennis van het lichaam. De communicatie moet eenvoudiger en schriftelijke en mondelinge informatie toegankelijker. Daarnaast vinden ze het prettig als zorgverleners langzamer praten en informatie herhalen.

Op basis van deze inzichten is in fase 2 een tool voor zorgverleners ontwikkeld die tot doel had:

- Het beter herkennen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de praktijk;
- Het bevorderen van de toepassing van de terugvraagmethode in consulten.

De tool is ontwikkeld door Pharos en bestond uit drie onderdelen: een training, een tentkaart voor op het bureau en een poster voor in de wachtkamer. Er is een pilottest uitgevoerd op drie locaties in de eerste- en tweedelijnszorg. De resultaten van deze pilot wijzen erop dat de ontwikkelde tools zorgverleners ondersteunen in het toepassen van de terugvraagmethode. Zorgverleners ervaren vooral ondersteuning door de training, maar ook de tentkaart wordt als waardevol ervaren. De poster kan een averechts effect hebben door spanning en vragen op te roepen bij patiënten. Op basis van specifieke feedback uit deze pilot en eerdere opmerkingen die door taalambassadeurs, Pharos-deskundigen op het gebied van gezondheidsvaardigheden en de samenwerkingspartners in dit project al op de prototypes waren gegeven zal de vormgeving van de kaart en de poster op diverse punten worden aangepast.

Tenslotte stond in fase 3 van het project de vraag centraal: wat voor onderzoek is er nog nodig om in de toekomst onze kennis over de effectieve aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden en de implementatie daarvan in de curatieve zorg te bevorderen? Een belangrijke constatering op basis van dit project is dat kennislacunes zich op verschillende niveaus bevinden, en dat het onderzoek zich dus ook op die verschillende lagen zou moeten richten:

- Het microniveau: de *directe interactie tussen de zorgverlener en patiënt*. Hier gaat het vooral om de vraag hoe zorgverleners mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter kunnen herkennen en welke methodieken en tools de communicatie in de spreekkamer verder kunnen bevorderen, zodat de patiënt zijn klacht beter kan overbrengen, de informatie van de zorgverlener begrijpt en daardoor ook beter mee kan beslissen over de behandeling. Het verhogen van de betrokkenheid van de patiënt in deze fase zal naar verwachting vaker leiden tot betere therapietrouw en adequater zelfmanagement, al zal ook onderzocht moeten worden welke ondersteuning daarbij aanvullend nog wenselijk en noodzakelijk is.
- Het mesoniveau: waarbij de *organisatie van de zorg in de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis* centraal staat. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om hoe het systeem om afspraken te maken, het gebruik van eHealth en ICT (patiëntportalen), de navigatie in ziekenhuizen, en de begrijpelijkheid van het informatiemateriaal dat voorhanden is verbeterd kunnen worden en de expertise van het personeel verder bevordert zodat het beter aansluit bij de behoeften van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Het macroniveau: hierbij gaat het om de *algemene randvoorwaarden* om goede zorg in de praktijk te brengen. Daaronder valt met name beleid en gerelateerde activiteiten op organisatie- of landelijk niveau (beroepsgroepen, zorgverzekeraars, Rijksoverheid) die mede bepalend zijn voor een grootschalige implementatie van innovaties en (kosten)effectieve methoden en tools in de zorg. Daarbij is de vraag welk beleid uiteindelijk effectief is en leidt tot betere zorguitkomsten voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, en wat goede strategieën zijn om de implementatie van (kosten)effectieve methoden en tools in de dagelijkse praktijk te bevorderen.

1 Inleiding

1.1 Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden die mensen nodig hebben om beslissingen te kunnen nemen ten aanzien van gezondheid en ziekte. Van burgers wordt steeds meer verwacht dat zij zelf een actieve rol op zich nemen in hun gezondheid en het omgaan met ziekte. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn hier niet goed toe in staat (Rademakers, 2014). Er bestaan verschillende definities van gezondheidsvaardigheden. Sommige definities leggen vooral de nadruk op functionele competenties (lezen, schrijven, rekenen) of op cognitieve aspecten van informatieverwerking (begrijpen, beoordelen). Andere zijn breder en maken tevens een koppeling met de motivatie van mensen om zelf actief om te gaan met ziekte en gezondheid, en met het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden die nodig zijn om die actieve rol ook in praktijk te brengen (Rademakers, 2014; Rademakers, 2016; Sørensen et al., 2012). Uit recente cijfers van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat ruim één op de drie Nederlanders (36,4%) lage gezondheidsvaardigheden heeft (Heijmans et al., 2018). Beperkte gezondheidsvaardigheden lijken vooral voor te komen bij mensen met een laag opleidingsniveau, mannen en ouderen. Maar ook mensen met een hoog opleidingsniveau en jongeren kunnen minder gezondheidsvaardig zijn. Gezondheidsvaardigheden fluctueren namelijk over tijd en situaties. Iemand die in de ene situatie heel vaardig is kan in een andere situatie, bijvoorbeeld onder invloed van emoties of een veranderende gezondheidstoestand, opeens veel minder vaardig zijn (Rudd, 2010).

De impact van beperkte gezondheidsvaardigheden is groot. De WHO beschouwt beperkte gezondheidsvaardigheden als een cruciale determinant van ongelijkheid in gezondheid (World Health Organization, 2017). Mensen die minder gezondheidsvaardig zijn maken minder efficiënt gebruik van beschikbare zorg: ze gaan bijvoorbeeld vaker dan nodig naar de huisarts en specialist. Ze hebben in de regel ook minder kennis over gezondheid en ziekte en vinden minder gemakkelijk hun weg in de zorg; communicatie met zorgverleners en samen beslissen gaat hen minder goed af en ze hebben meer moeite met zelfmanagement (waaronder medicatiegebruik) (Berkman et al., 2011; Rademakers, 2014). Beperkte gezondheidsvaardigheden zijn dus van invloed op de rol die patiënten zelf kunnen spelen in de zorg en de eisen die dit stelt aan de begeleiding en ondersteuning door zorgverleners die daar werkzaam zijn. Om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden adequaat te kunnen ondersteunen bij het nemen van regie over hun gezondheid en ziekte zal door zorgverleners en instellingen rekening gehouden moeten worden met hun beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit vraagt om zorg en ondersteuning op maat (Brach et al., 2012; Heijmans et al., 2016).

1.2 Systematische aandacht ontbreekt

Het belang van een aanpak op maat van gezondheidsvaardigheden wordt inmiddels algemeen onderkend, ook in Nederland. De laatste jaren is er op veel plaatsen in Nederland ook aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden, zowel in het beleid van Rijksoverheid en gemeenten als binnen zorginstellingen of beroepsgroepen in de curatieve zorg. Er bestaan tal van initiatieven om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter te ondersteunen, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van begrijpelijk informatie- en communicatiemateriaal en door scholing en training van zorgverleners om hen beter toe te rusten om met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in gesprek te gaan (Heijmans et al., 2016).

Zorg op maat vindt echter nog niet structureel plaats. De activiteiten die er zijn, zijn vaak afhankelijk van de inzet van pioniers, zijn kleinschalig van opzet en/of gericht op specifieke doelgroepen. Er is

geen sprake van een structurele inbedding. Daarbij komt dat veel van de recent ontwikkelde activiteiten of methodieken ontwikkeld zijn zonder dat de doelgroep daarbij betrokken was, waardoor niet duidelijk is of ze wel aansluiten bij de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. In de behandeling en ondersteuning van patiënten wordt nu nog veelal standaardzorg geleverd en er worden standaard communicatiestrategieën toegepast waarbij geen rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen in gezondheidsvaardigheden tussen patiënten (Heijmans et al., 2016). Hierdoor wordt met name mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden passende zorg onthouden.

Voor mensen werkzaam in de zorg ontbreekt een duidelijk overzicht van methodieken en tools om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in Nederland op een juiste wijze te begeleiden en ondersteunen. Er bestaan wel sites die zorgverleners wijzen op tools en methodieken om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op een adequate manier te begeleiden (onder andere www.Gezondheidsvaardigheden.nl), maar zorgverleners geven aan dat bij bestaande methoden vaak onduidelijk is welke nu het beste werkt, bij welke doelgroepen en op welke momenten in de behandeling (Heijmans et al., 2016). Onder zorgverleners bestaat dan ook een behoefte aan concrete handvatten om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op een adequate manier te herkennen en te ondersteunen bij het begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie en bij het actief bijdragen aan de eigen gezondheid en zorg (Fransen et al., 2015; Fransen, 2017).

1.3 Dit project

Dit project wil kennis en oplossingsrichtingen aandragen voor zorgverleners om de omgang en communicatie met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg te bevorderen en meer structureel in te bedden. Meer specifiek bestaat dit project uit de volgende drie fasen:

1. Een kennisoverzicht van uitdagingen voor zorgverleners in de curatieve zorg ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten en bestaande methodieken en tools om met die uitdagingen om te gaan;
2. Het vertalen van het kennisoverzicht in een concrete en direct hanteerbare tool voor zorgverleners en het uittesten van deze tool voor gebruik in de praktijk.
3. Een agenda voor toekomstig onderzoek.

In de hoofdstukken 2 tot en met 4 wordt verslag gedaan van de verschillende fasen van dit onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe beperkte gezondheidsvaardigheden van patiënten tot uiting komen in de zorg en welke uitdagingen dit met zich meebrengt voor zorgverleners in de curatieve zorg. Hoofdstuk 3 bevat een overzicht van bestaande methodieken en tools en een waardering van deze tools door zorgverleners. Hoofdstuk 4 beschrijft de ontwikkeling van een nieuwe tool en het uittesten van deze tool in de praktijk. Hoofdstuk 5 sluit af met een onderzoeksagenda waarin de lacunes in kennis op het gebied van de vergroting van de effectiviteit van de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden en de implementatie daarvan in de curatieve zorg beschreven worden.

2 Uitdagingen ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg

De eerste fase van dit onderzoek had tot doel een overzicht te geven van de uitdagingen waarmee zorgverleners in de curatieve zorg te maken hebben ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden bij hun patiënten. Daarnaast wilden we een overzicht van bestaande methodieken en tools voor zorgverleners om met deze uitdagingen om te gaan. De uitdagingen worden beschreven in dit hoofdstuk. Een overzicht van bestaande methodieken en tools komt aan bod in hoofdstuk 3.

2.1 Gebruikte bronnen

Om te komen tot een kennisoverzicht met betrekking tot de uitdagingen voor zorgverleners in de curatieve zorg in hun omgang met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn een viertal bronnen gebruikt: een quickscan van de literatuur, een enquête onder zorgverleners, een aantal diepte-interviews met zorgverleners en een focusgroep met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ze worden hieronder kort beschreven.

Quickscan literatuur

Er is een quickscan van de literatuur in de periode 2012 – 2017 uitgevoerd. Daarnaast zijn via deskresearch ook recente overzichtsstudies naar de omgang en communicatie met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden meegenomen¹. Op basis van de deskresearch en de quickscan van de literatuur in de periode 2012 – 2017 ontstond een eerste beeld van de belangrijkste uitdagingen voor zorgverleners in hun contact met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en een eerste overzicht van methoden en tools om met deze uitdagingen om te gaan.

Online enquête

De bevindingen uit de literatuur zijn vervolgens in een online enquête bij zorgverleners werkzaam binnen de curatieve zorg in Nederland getoetst en door hen verder aangevuld vanuit hun praktijkervaring. Het doel was om 150 zorgverleners uit de huisartsenpraktijk (huisartsen en praktijkondersteuners huisarts (POH)) en 150 zorgverleners uit de ziekenhuizen (medisch specialisten en verpleegkundigen) in de enquête te betrekken. De enquête is breed verspreid via verschillende kanalen (o.m. steekproef van huisartsen, beroepsorganisaties, websites van relevante organisaties) zodat geen responspercentage kan worden berekend, noch kan er iets gezegd worden over de representativiteit van de steekproef. Wel vermoeden we dat degenen die de lijst hebben ingevuld een meer dan gemiddelde belangstelling voor het onderwerp gezondheidsvaardigheden hebben. In totaal hebben 419 mensen de enquête ingevuld. Wat opvallend is, is dat we naast de beoogde groepen, huisartsen, praktijkondersteuners huisarts (POH), verpleegkundigen en medisch specialisten (AIOS), ook veel reacties hebben gekregen van andere zorgverleners zoals paramedici, diëtisten en maatschappelijk werkers. Maar ook van werknemers met een managementfunctie en werknemers in een ondersteunende rol. Omdat we vooral geïnteresseerd waren in de uitdagingen die zorgverleners tegen komen in de behandeling of communicatie met patiënten binnen de curatieve zorg, hebben we de respondenten die vanuit hun functie geen direct contact hebben met patiënten niet meegenomen

¹ Het gaat om de volgende studies: Nivel project Zorg op maat (Heijmans et al., 2016), Nivel project HEALIT4EU (Heijmans et al., 2015), AMC Diabetes project (Fransen et al., 2015), en het IROHLA project van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG, www.irohla.nl). Ter aanvulling van deze bronnen is er ook gekeken naar de literatuur uit andere kennisdomeinen bijvoorbeeld op het gebied van zelfmanagementondersteuning en preventie.

bij de bespreking van de resultaten (n=23). De resultaten van de enquête in de rest van dit hoofdstuk zijn daardoor gebaseerd op een groep van 396 respondenten. Van de groep respondenten bestond bijna de helft uit verpleegkundigen (tabel 2.1). Deze verpleegkundigen waren zowel werkzaam in de eerste als tweede lijn al gaven de meeste verpleegkundigen een ziekenhuis als werkterrein op. De groep praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk die reageerde was relatief klein. Daarom wordt in de rest van dit hoofdstuk een onderscheid maken tussen zorgverleners werkzaam binnen de huisartsenzorg (huisarts en POH, n= 75), verpleegkundigen (n=179), medisch specialisten (n=75) en overige zorgverleners (n=67). Het aantal dagen waarin de respondenten werkzaam waren varieerde van 1 tot 7 met een gemiddelde van 4.0 (sd=0.9). Ook het aantal jaren waarin respondenten in de huidige functie werkzaam waren varieerde van een half jaar tot 45 jaar met een gemiddelde van 17 jaar (sd=12 jaar).

Tabel 2.1 Respondenten enquête naar beroepsgroep

Beroepsgroep	N	(%)
Huisarts	58	(15%)
Praktijkondersteuner huisarts (POH)	17	(4%)
Verpleegkundige	179	(45%)
Medisch specialist	75	(19%)
Overige hulpverleners	67	(17%)
Totaal	396	

Diepte-interviews en focusgroep

De belangrijkste uitdagingen en methodieken die uit de online enquête naar voren kwamen, zijn in interviews voorgelegd aan zorgverleners en in een focusgroep aan zorggebruikers met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarnaast hebben we gevraagd met welke methodiek of tool zij zelf gebaat zouden zijn om met de voor hen belangrijkste uitdagingen om te gaan. Zowel de interviews als focusgroep hadden tot doel om verder in te gaan op de resultaten van de online enquête en om richting te geven aan de keuze voor een te ontwikkelen tool in fase 2 van dit project.

De interviews zijn gehouden met twee huisartsen, een staf- en wijkverpleegkundige, leefstijlcoach, ergotherapeut en een klinisch geriatr (n=7). Zij hadden in de enquête aangegeven bereid te zijn om nog mee te werken aan een interview.

De deelnemers aan de focusgroep, de zorggebruikers, zijn geworven via het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het Nivel (n=1) en via stichting ABC (n=8). Zeven van de negen deelnemers waren laaggeletterd, waaronder drie deelnemers van buitenlandse afkomst (Marokkaans en Turks). Twee van de negen deelnemers hadden een lichte verstandelijke beperking.

De bevindingen uit deze vier bronnen zijn vertaald in een kennisoverzicht (zie bijlage A) waarbij de uitdagingen waarmee zorgverleners te maken hebben zo veel mogelijk gekoppeld zijn aan (het ontbreken van) specifieke gezondheidsvaardigheden bij de patiënt.

2.2 Afbakening van begrippen

Gezondheidsvaardigheden

Om toegang te krijgen tot zorg die men wil of nodig is, heeft een patiënt vaardigheden nodig. Die vaardigheden zijn divers. Australische onderzoekers brachten tijdens focusgroep-gesprekken samen met patiënten en zorgverleners in kaart welke vaardigheden mensen nodig hebben om hun weg te kunnen vinden binnen de zorg en om die zorg te krijgen die zij nodig hebben (Osborne et al., 2013). Zij kwamen tot negen domeinen van gezondheidsvaardigheden die later ook verwerkt zijn in een vragenlijst om gezondheidsvaardigheden te meten: de Health Literacy Questionnaire (HLQ, Osborne

et al., 2013) en die goed passen binnen de huidige brede definities van gezondheidsvaardigheden (Sørensen et al., 2012, 2013). Deze domeinen zijn (1) verantwoordelijkheid nemen over eigen gezondheid, (2) effectief kunnen communiceren met zorgverleners, (3) kunnen schrijven en schriftelijke gezondheidsinformatie kunnen lezen, (4) de weg kunnen vinden in de gezondheidszorg, (5) actief betrokken willen en kunnen zijn bij de eigen zorg, (6) voldoende gezondheidsinformatie kunnen verkrijgen, (7) begrijpen, (8) beoordelen en (9) toepassen. Onder verantwoordelijkheid nemen over eigen gezondheid valt ook het vertrouwen in eigen kunnen (zie ook tabel 2.2).

Tabel 2.2 Gezondheidsvaardigheden (Bron: Osborne et al., 2013)

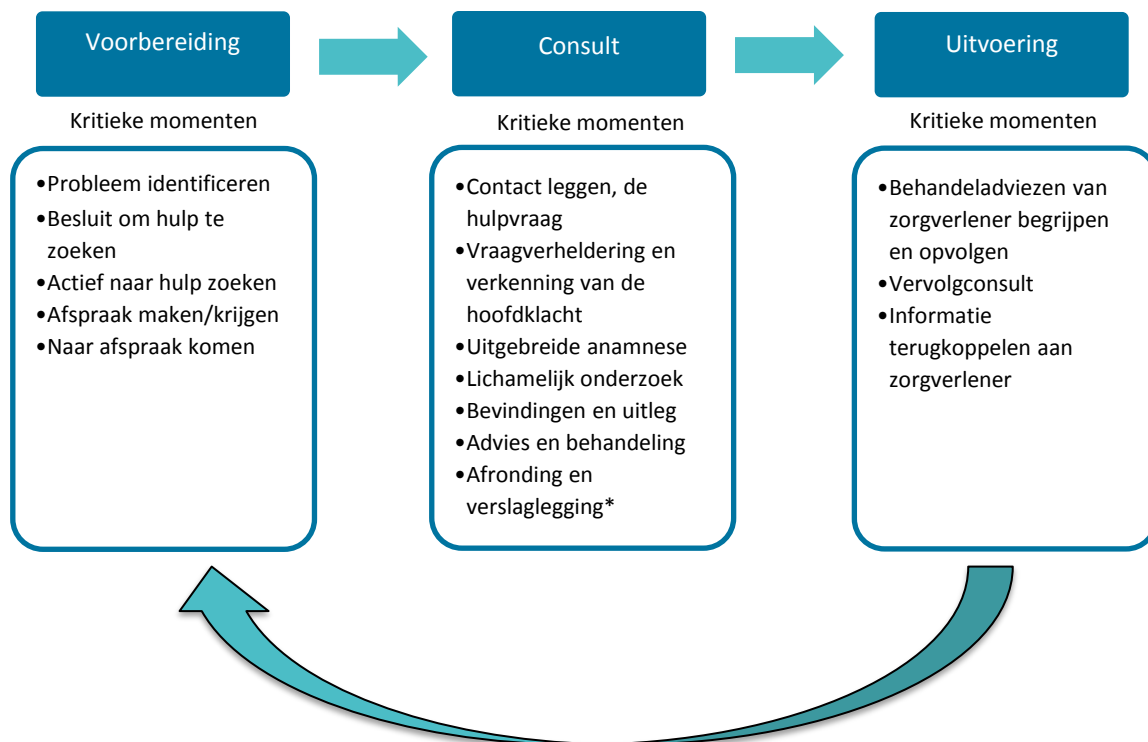
Gezondheidsvaardigheden	Voorbeelden
In staat om verantwoordelijkheid te nemen over de eigen gezondheid	Proactief bezig zijn met eigen zorg, mee beslissingen (durven) nemen over de eigen gezondheid en betrokken (durven) zijn bij de eigen zorg
In staat om effectief te communiceren met zorgverleners	Zorgvraag 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

Curatieve zorg

Met curatieve zorg bedoelen we de zorg die zich richt op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. De zorg wordt geleverd door ziekenhuizen en huisartsen, maar ook door onder andere praktijkondersteuners (bijvoorbeeld POH-GGZ), paramedici, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Een patiënt die in aanraking komt met de curatieve zorg, legt daarbij een bepaalde weg af, het zogenaamde 'zorgpad'. Dit zorgpad wordt binnen dit rapport als ordeningskader gebruikt om de kritieke momenten af te bakenen waarop een patiënt en zorgverlener elkaar ontmoeten of met elkaar te maken krijgen en die voor een zorgverlener uitdagingen met zich mee kunnen brengen omdat de patiënt beperkt gezondheidsvaardig is. Het zorgpad is een overkoepelende term waaronder alle diensten, activiteiten en producten vallen waarmee een patiënt in aanraking kan komen, op verschillende niveaus in de zorg, op het moment dat hij/zij een zorgvraag heeft en daar zorg voor ontvangt. Bij een zorgpad kunnen verschillende zorgverleners betrokken zijn (Hummel et al., 2009). In figuur 2.1 is het zorgpad vereenvoudigd weergegeven. Grofweg kan de gang van de patiënt door de zorg bij een zorgvraag in drie 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. In de figuur zijn deze stappen in een chronologische volgorde en als circulair proces (denk aan een vervolgsconsult) weergegeven, maar de

gang van een patiënt door de zorg kan in werkelijkheid uiteraard aanzienlijk complexer en dynamischer zijn (Ford et al., 2016). Voor ieder van de drie fasen zijn voorbeelden van kritieke momenten benoemd die zowel een beroep doen op vaardigheden van patiënten als zorgverleners.

Figuur 2.1 Zorgpad in de curatieve zorg



* (Veening et al., 2009)

2.3 Uitdagingen voor zorgverleners in de communicatie met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

De uitdagingen van zorgverleners in hun omgang met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zoals die uit de literatuur, de enquête en de interviews naar voren zijn gekomen zijn zo veel mogelijk gekoppeld aan de drie fasen van het zorgpad, namelijk voor, tijdens en na een consult (zie paragraaf 2.1). Daarnaast worden er een aantal algemene uitdagingen genoemd.

2.3.1 Algemene uitdagingen

Herkennen van mensen met lage gezondheidsvaardigheden

Zowel in de literatuur als tijdens de diepte-interviews geven zorgverleners aan dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op het eerste zicht niet altijd gemakkelijk te herkennen zijn. Hoewel beperkte gezondheidsvaardigheden veel voorkomen – recente cijfers van het Nivel laten zien dat het om één op de drie Nederlanders gaat (Heijmans et al., 2018) – geeft 31% van de zorgverleners in de enquête aan dat zij het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden bij (nieuwe) patiënten in de dagelijkse praktijk moeilijk tot zeer moeilijk vinden (tabel 2.3). Bij patiënten die zwakbegaafd zijn, afkomstig zijn uit lage SES wijken, ouderen met dementie en migranten die de Nederlandse taal niet spreken is men eerder alert op de mogelijke aanwezigheid van beperkte

gezondheidsvaardigheden maar beperkte vaardigheden komen ook in andere groepen voor. In die groepen zijn beperkte gezondheidsvaardigheden minder duidelijk zichtbaar. Dat komt ook doordat laaggeletterdheid door patiënten vaak goed verborgen wordt gehouden, dat patiënten vaak niet aangeven dat ze informatie niet begrijpen en patiënten vaak geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven, aldus zorgverleners in de interviews. Deze factoren maken het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden extra moeilijk.

Tabel 2.3 Mate waarin zorgverleners moeite hebben om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in hun dagelijks werk te herkennen

Ik vind het herkennen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden...	N(%)
Zeer gemakkelijk	33 (9%)
Vrij gemakkelijk	235 (61%)
Vrij moeilijk	111 (29%)
Zeer moeilijk	9 (2%)

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden worden veel gezien

Ondanks dat het herkennen van nieuwe patiënten vaak moeilijk wordt gevonden zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden voor zorgverleners in hun dagelijks werk geen onbekend verschijnsel. Een meerderheid van de zorgverleners (57%) geeft aan regelmatig te maken te hebben met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden (een aantal t/m heel erg veel patiënten per week).

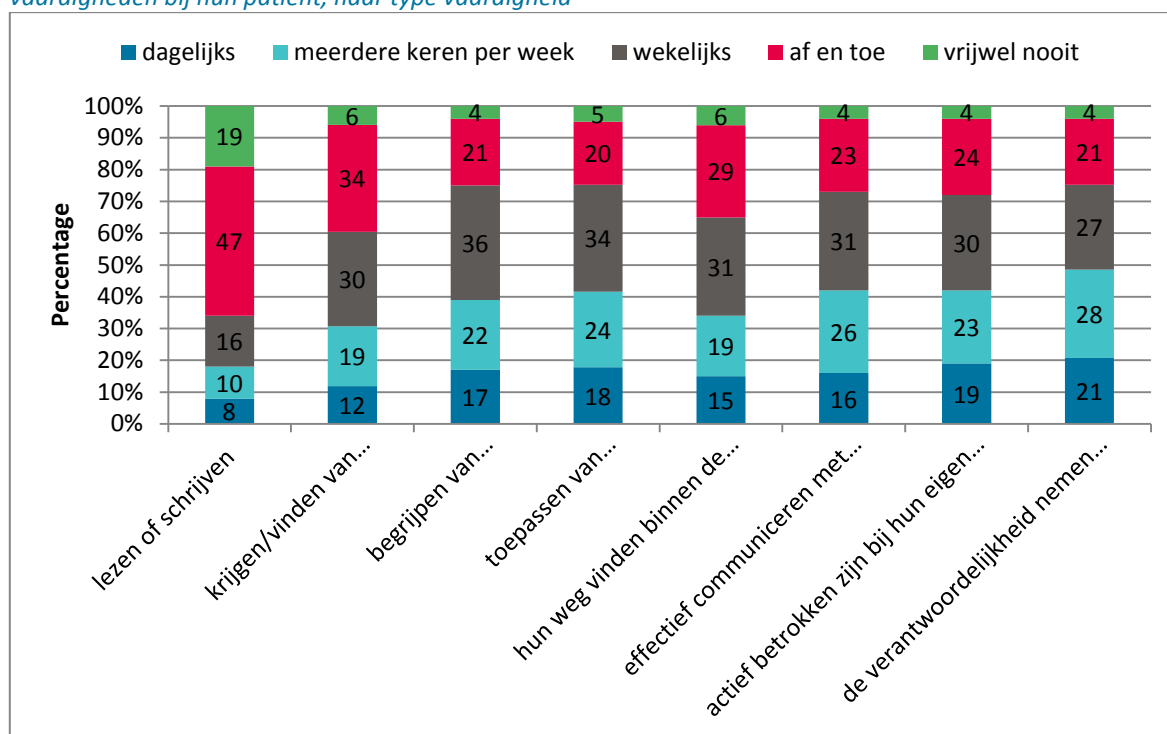
Tabel 2.4 Aantal mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden dat zorgverleners wekelijks tegen komen bij de uitvoer van hun werk

Aantal patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden	N	(%)
Geen	4	(1%)
Heel weinig (<10)	146	(38%)
Een aantal (10-20)	168	(43%)
Veel (20-50)	42	(11%)
Heel erg veel (>50)	11	(3%)
Weet ik niet	17	(4%)

Bijna driekwart van de zorgverleners wordt tenminste wekelijks geconfronteerd met uitdagingen in het contact met patiënten ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden bij de patiënt

Met name patiënten die gezondheidsinformatie niet begrijpen of niet kunnen toepassen op hun eigen situatie, patiënten die moeite hebben om over hun zorgvraag te communiceren met zorgverleners en patiënten die moeite hebben zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid en ziekte worden gezien. Meer dan 60% van de zorgverleners heeft hier tenminste wekelijks mee te maken. Daarnaast geeft één op de drie zorgverleners aan minimaal wekelijks te maken te hebben met mensen die onvoldoende kunnen lezen of schrijven.

Figuur 2.2 Mate waarin zorgverleners in hun dagelijks werk aanlopen tegen beperkte gezondheidsvaardigheden bij hun patiënt, naar type vaardigheid



Vooraf zorgverleners in de huisartsenpraktijk geven aan te maken te hebben met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Huisartsen en praktijkondersteuners geven vooral aan regelmatig patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden tegen te komen (tabel 2.5). Dit kan het gevolg zijn van het feit dat eerstelijns zorgverleners hun patiënten vaak langer kennen en dus beter op de hoogte zijn van iemands vaardigheden. Meer dan 80% van de zorgverleners in de huisartspraktijk geeft aan minimaal wekelijks te maken te hebben met patiënten die moeite hebben met het begrijpen en/of toepassen van gezondheidsinformatie, met wie de communicatie moeizaam verloopt of die het moeilijk vinden om actief betrokken te zijn bij hun eigen zorg

Tabel 2.5 Percentage zorgverleners dat aangeeft tenminste wekelijks, meerdere keren per week of dagelijks beperkte gezondheidsvaardigheden te komen, naar type zorgverlener

Komen wekelijks tot dagelijks patiënten tegen die problemen hebben met ...	Huisartsen en POH (n=75)	Verpleegkundigen (n=179)	Medisch specialisten (n=75)	Overige zorgverleners (n=67)	p
	%	%	%	%	
lezen of schrijven	39	28	37	43	ns
krijgen/vinden van gezondheidsinformatie	75	52	56	72	<.01
begrijpen van gezondheidsinformatie	83	66	76	85	<.01
toepassen van gezondheidsinformatie in eigen situatie	87	68	77	79	<.01
hun weg te vinden binnen de gezondheidszorg	80	55	69	70	<.01
effectief te communiceren met zorgverleners	84	68	69	76	ns
actief betrokken te zijn bij hun eigen zorg	85	64	69	79	<.01

2.3.2 Uitdagingen voorafgaand aan het consult

Uit de literatuur kwamen de volgende uitdagingen naar voren waar zorgverleners mee te maken kunnen krijgen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, reeds voorafgaande aan het eigenlijke consult:

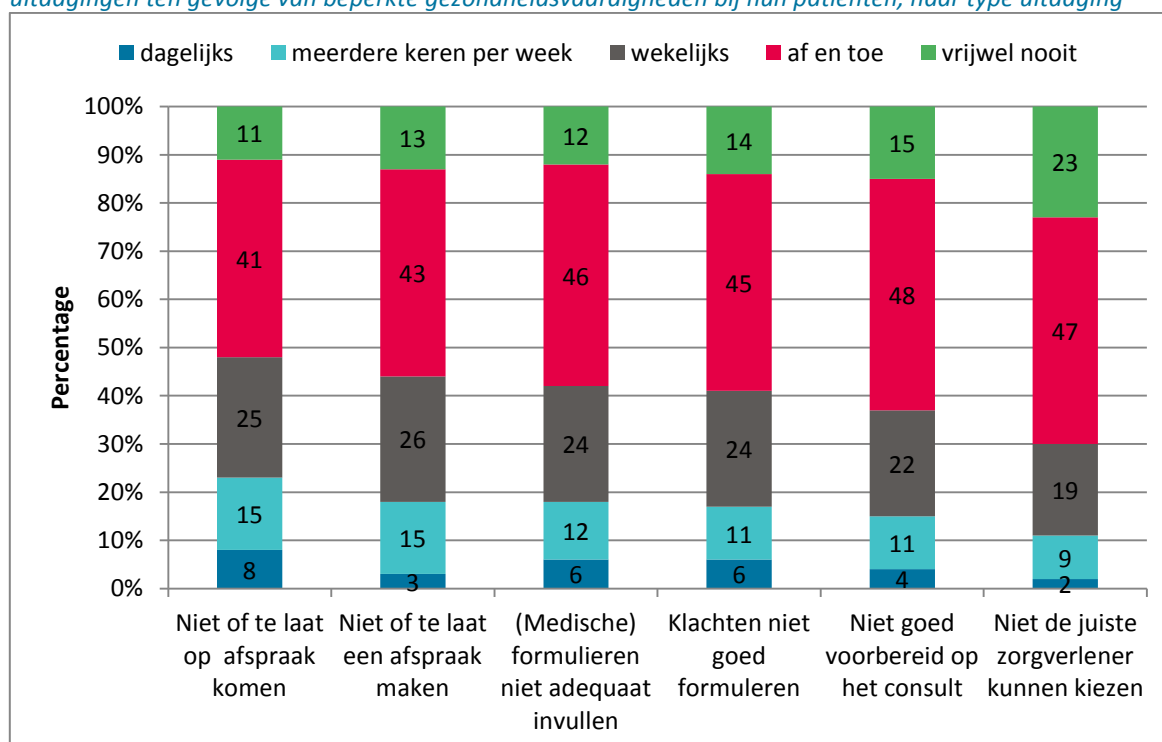
- Het niet of te laat op een afspraak komen.
- Het niet of te laat een afspraak maken.
- Het niet adequaat kunnen invullen van (medische) formulieren.
- Klachten niet goed kunnen verwoorden bij het maken van een afspraak.
- Onvoldoende voorbereid op een consult komen.
- Zich niet tot de juiste zorgverlener wenden.

Deze uitdagingen zijn tijdens een enquête voorgelegd aan een grote groep zorgverleners (n=406) in Nederland waarbij gevraagd is of men deze uitdagingen herkend en aan de orde gekomen tijdens diepte-interviews met zorgverleners. Zowel in de enquête als tijdens de interviews bestond de mogelijkheid om de lijst verder aan te vullen.

Niet of te laat op afspraken komen meest genoemde uitdaging

Bijna 50% van de zorgverleners geeft aan dat ze minimaal wekelijks te maken hebben met patiënten die niet of te laat op een afspraak verschijnen. Daarnaast ziet ruim 40% tenminste wekelijks patiënten die moeite hebben om medische formulieren adequaat in te vullen of niet goed in staat zijn om hun klacht op een heldere en/of chronologische wijze te presenteren bij het maken van een afspraak. Ongeveer 30% van de zorgverleners geeft in de enquête aan minimaal wekelijks te maken te hebben met patiënten die niet de juiste zorgverlener kunnen kiezen of die slecht voorbereid op een afspraak komen (zie figuur 2.3). Tijdens de interviews worden genoemde uitdagingen door zorgverleners herkend en wordt tevens genoemd dat dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden steeds terug blijven komen op het spreekuur en meer dan andere patiënten gerustgesteld willen worden.

Figuur 2.3 Frequentie waarmee zorgverleners voorafgaand aan een consult geconfronteerd worden met uitdagingen ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden bij hun patiënten, naar type uitdaging



Het percentage zorgverleners dat te maken heeft met genoemde uitdagingen in figuur 2.3 verschilt niet significant tussen de zorgverleners in de huisartsenpraktijk, verpleegkundigen, medisch specialisten of andere zorgverleners binnen de curatieve zorg. Uitgezonderd wanneer het er om gaat dat de patiënt te laat op een afspraak komt of dat patiënt bij het maken van een afspraak niet goed de klacht kan formuleren: zorgverleners in de huisartspraktijk geven vaker dan andere zorgverleners aan hiermee te maken te hebben.

Ook patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden zelf geven aan dat het maken van een afspraak soms lastig is

Tijdens de focusgroep met cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden worden de uitdagingen zoals genoemd door zorgverleners gedeeltelijk herkend. Voor een deel van de cliënten vormt het maken van een afspraak inderdaad een uitdaging maar dan vooral als de afspraak schriftelijk of via internet gemaakt moet worden. Telefonisch een afspraak maken vormt voor hen minder een uitdaging. Cliënten geven daarnaast wel aan dat ze het maken van een afspraak moeilijk vinden omdat het voor hen moeilijk is 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 onzekerheid zorgen over de noodzaak tot het maken van een afspraak bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden: er is zo veel informatie dat het moeilijk is wat nu de beste informatie is en welke men 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, herkennen de cliënten die deelnamen aan de focusgroep niet als een probleem. In veel ziekenhuizen is namelijk hulp aanwezig om de juiste de route te lopen.

2.3.3 Uitdagingen voor zorgverleners tijdens het consult

Vanuit het literatuuroverzicht kwamen de volgende uitdagingen voor zorgverleners naar voren in hun contacten met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden tijdens een consult

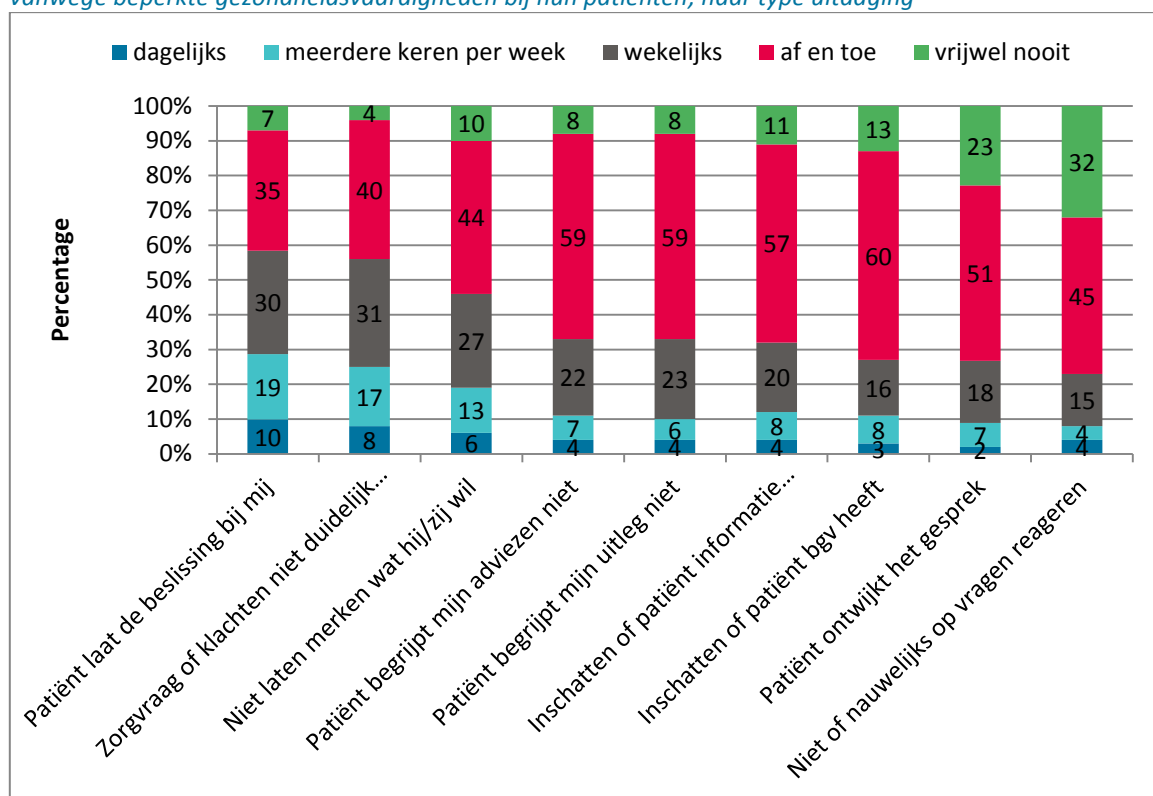
- Patiënt laat de beslissing bij mij als zorgverlener.
- Patiënt kan zorgvraag of klachten niet duidelijk verwoorden.
- Patiënt laat niet merken wat hij of zij wil.
- Patiënt begrijpt mijn adviezen niet.
- Patiënt begrijpt mijn uitleg niet.
- Ik als zorgverlener kan moeilijk inschatten of de patiënt mij begrepen heeft.
- Patiënt ontwijkt het gesprek.
- Patiënt reageert niet of nauwelijks op mijn vragen.

Moeite met het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden, een beperkt begrip en een passieve houding van de patiënt belangrijkste uitdagingen tijdens consult

Bijna de helft van de zorgverleners die deelnamen aan de enquête gaf aan minimaal wekelijks geconfronteerd te worden met patiënten die de beslissingen bij hen laten, hun zorgvraag of klachten niet duidelijk kunnen vertellen of niet laten merken wat ze precies willen. Circa een derde van de zorgverleners ziet daarnaast tenminste wekelijks patiënten die uitleg of adviezen niet begrijpen of waarvan zij niet kunnen inschatten of de patiënt hun begrepen heeft. In de enquête geeft 60% van de zorgverleners aan dat zij het tijdens een consult af en toe lastig vinden om in te schatten of een patiënt beperkte gezondheidsvaardig is (bijvoorbeeld moeite heeft met lezen of schrijven) en of de patiënt de informatie begrepen heeft.

Patiënten die niet of nauwelijks op vragen reageren of het gesprek ontwijken worden minder gezien (figuur 2.4).

Figuur 2.4 Frequentie waarmee zorgverleners geconfronteerd worden met uitdagingen tijdens het consult vanwege beperkte gezondheidsvaardigheden bij hun patiënten, naar type uitdaging



Aanvullend op de uitdagingen genoemd in de vragenlijst worden in de interviews en de focusgroep ook nog de hieronder beschreven uitdagingen genoemd.

Zorgvraag van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak breed en complex

Veel genoemd worden taal- en cultuurbarrières. Daarnaast doen zich vaak andere problemen voor bij deze patiënten, met name op sociaal gebied. Dan is er naast de medische klachten sprake van complexe problematiek en hebben mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ook problemen op bijvoorbeeld financieel gebied, in de gezinssituatie, rond huisvesting. Heel vaak zijn hulpvragen dan ook van niet medische aard maar horen ze meer in het sociale domein thuis.

Andersom, als brede zorg wordt ingezet, lijkt het voor cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden soms onduidelijk waarom bepaalde zorgverleners betrokken zijn. Bijvoorbeeld sommige patiënten weten niet waarom de wijkverpleegkundige of ergotherapeut op huisbezoek komt, zo geven deze zorgverleners aan. Het niet kunnen koppelen van een bepaalde zorgverlener aan een klacht, zorgt ervoor dat zorgverleners geconfronteerd worden met klachten waar zij de cliënt zelf niet bij kunnen helpen omdat dit soort vragen niet binnen hun takenpakket valt. Wanneer de zorgverlener contactgegevens van een organisatie (bijvoorbeeld het Wmo loket) die wel hulp zou kunnen bieden bij een gegeven hulpvraag doorgeeft aan de patiënt, valt op dat de patiënt vaak niet zelf het contact zoekt en de zorgverlener alsnog het initiatief moet nemen om te zorgen dat de patiënt de juiste zorg krijgt.

Opbouwen van een vertrouwensband soms een uitdaging

Benadrukt wordt dat het opbouwen van een vertrouwensband met patiënten en zeker met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden belangrijk is voor een succesvolle behandelrelatie. Echter juist bij deze groep vormt dit een uitdaging. Vaak is er schaamte over het niet goed kunnen lezen of schrijven of het niet begrijpen van informatie. Ook boosheid, agressie, angst en een ogenschijnlijk gebrek aan motivatie worden genoemd naast een gebrek aan kennis over de eigen gezondheid en

leefstijl en het niet adequaat kunnen omgaan met niet-gevalideerde informatie (bijvoorbeeld van het internet). Doordat patiënten in Nederland vaak geen vaste zorgverlener hebben (bijvoorbeeld in groepspraktijken geen vaste huisarts), is het ook moeilijker om een vertrouwensband te creëren.

Te ingewikkelde informatie

Tijdens de focusgroep met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zelf komt naar voren dat ze informatie tijdens het consult vaak als te ingewikkeld ervaren. Dit geldt zowel voor mondelinge als schriftelijke informatie. Mondelinge informatie wordt in een te grote hoeveelheid, te snel en in korte tijd gegeven. Schriftelijke informatie die overhandigd wordt tijdens of na het consult wordt vaak niet gelezen omdat het ingewikkeld en veel is. Gevolg is dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden het idee hebben dat ze soms informatie missen. Daarnaast wordt ook het invullen van medische formulieren lastig gevonden. Hulp hierbij wordt niet altijd standaard aangeboden, alleen indien zij er expliciet naar vragen, aldus mensen met beperkte vaardigheden. Zowel bij mondelinge als schriftelijke informatie wordt veel jargon gebruikt. Volgens mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zelf gaan zorgverleners er te gemakkelijk van uit dat informatie door hen wel wordt gelezen en/of begrepen. Deelnemers aan de focusgroep die moeite hadden met lezen gaven aan dat zorgverleners ook niet vragen of alert zijn of zij wel kunnen lezen en schrijven. Het punt van te veel jargon wordt ook in de interviews herkend door de zorgverleners zelf en ze geven aan het vermijden van jargon als uitdaging te zien. Onder zorgverleners bestaat de neiging om in grote lijnen te praten en het gesprek medisch te houden wat voor iemand met beperkte gezondheidsvaardigheden soms te moeilijk is. In het algemeen geven zorgverleners aan moeite te hebben om een gesprek eenvoudig te houden.

Onduidelijke presentatie van klachten of hulpvraag

Een andere uitdaging die zowel in de interviews als focusgroep genoemd wordt en die ook al uit de literatuur en enquête onder zorgverleners naar voren kwam is dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden moeite hebben om klachten duidelijk te vertellen. Het vereist voor zorgverleners veel doorvragen om een hulpvraag duidelijk te krijgen. Patiënten op hun beurt geven zelf ook aan moeite te hebben om hun klachten duidelijk en overtuigend te vertellen. Soms staan ze er niet bij stil om klachten naar voren te brengen en zijn ze onzeker of ze hun klachten wel duidelijk genoeg hebben verteld. Ook geven ze aan dat ze vaak vragen vergeten te stellen in het consult en hiervoor terugbellen naar de praktijk of hun vragen over medicatiegebruik in de apotheek stellen. Eén van de zorgverleners beschrijft dit als het 'deurknopfenomeen', waarbij op het laatste moment de belangrijke vragen naar boven komen. Tijdens de interviews gaf één van de zorgverleners zelf ook aan dat zij soms niet zeker is of informatie duidelijk is overgekomen. Wanneer ze vraagt of informatie is begrepen wordt vaak sociaal wenselijk geantwoord.

Uit de enquête bleek dat patiënten de beslissing voor een behandeling vaak bij de zorgverlener laten. In de focusgroep gaven de zorggebruikers juist aan dat ze graag betrokken worden bij beslissingen. Eén van de zorggebruikers gaf aan geen goed gevoel te hebben bij gezamenlijk besluitvorming. Artsen in de reguliere zorg werden door hem autoritair gevonden, terwijl hij wel graag wordt betrokken bij de beslissingen over bijvoorbeeld medicatie.

Vooraf medewerkers van de huisartspraktijk ervaren uitdagingen in hun contact met patiënten

Ook voor uitdagingen tijdens het consult geldt dat deze in het algemeen vooral gerapporteerd worden door zorgverleners werkzaam in de huisartspraktijk, zoals gezegd mogelijk omdat zij hun patiënten door de langdurige behandelrelatie beter kennen. Maar ook in andere sectoren varieert het aantal zorgverleners dat zich gesteld ziet voor uitdagingen van circa 20 tot 60%, afhankelijk van de uitdaging (tabel 2.6).

Tabel 2.6 Percentage zorgverleners dat tenminste wekelijks geconfronteerd wordt met uitdagingen tijdens het consult naar type zorgverlener

	Huisartsen- praktijk (n=62 tot 65)	Verpleeg- kundigen (n=99 tot 106)	Medisch specialisten (n=51 tot 54)	Overige hulpverleners (n=45 tot 48)	p
Patiënt laat de beslissing bij mij	83	45	54	57	<.001
Patiënt kan zorgvraag of klachten niet duidelijk vertellen	65	48	57	58	ns
Patiënt laat niet merken wat hij/zij wil	65	35	43	47	<.001
Patiënt begrijpt mijn adviezen niet	51	23	37	29	<.001
Patiënt begrijpt mijn uitleg niet	47	27	35	26	<.01
Ik kan lastig inschatten of patiënt informatie begrepen heeft	45	23	31	36	<.01
Ik kan lastig inschatten of patiënt beperkt gezondheidsvaardig is	41	21	25	24	<.01
Patiënt ontwijkt het gesprek	38	22	21	27	ns
Patiënt reageert niet of nauwelijks op mijn vragen	26	18	25	27	ns

2.3.4 Uitdagingen na het consult

In de literatuur worden de volgende uitdagingen benoemt door zorgverleners in hun contact met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de periode na een consult:

- Patiënt volgt de adviezen niet of op een verkeerde manier op.
- Patiënt ziet het belang van de adviezen niet in.
- Patiënt komt vaker terug dan nodig is of stelt veel dezelfde vragen.
- Patiënt kan informatie uit voorgaand consult niet terugkoppelen naar een andere zorgverlener.

De zorgverleners die de enquête ingevuld hebben herkennen bovenstaande uitdagingen in hun contact met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit wijst er op dat een patiënt de informatie tijdens het consult soms niet goed begrepen heeft.

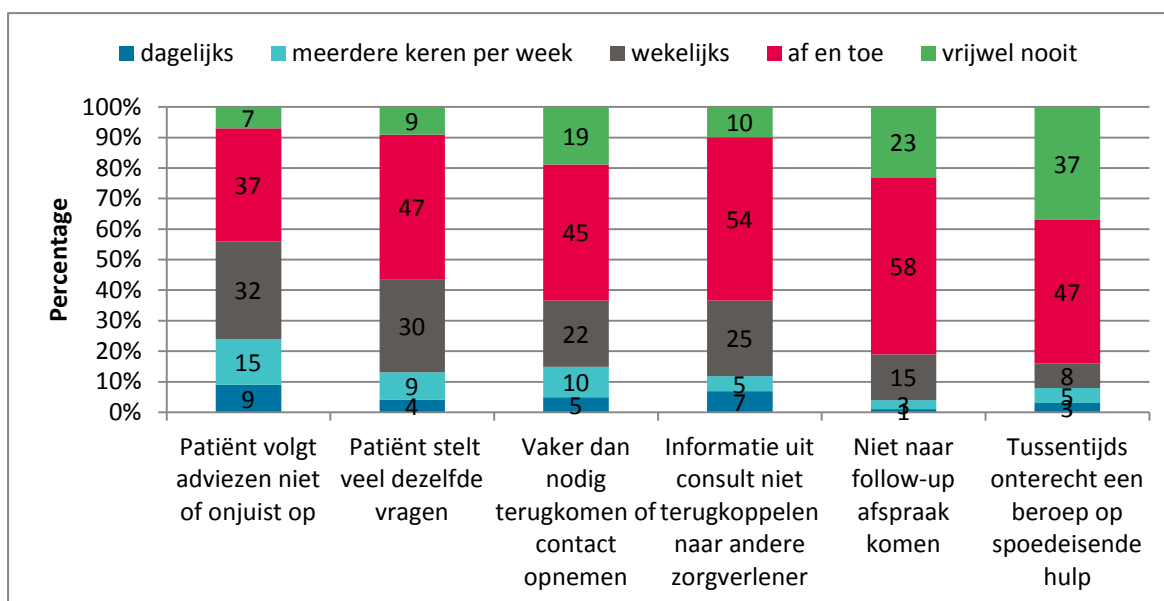
Deel van patiënten heeft na afloop onvoldoende begrip van wat er tijdens het consult is gebeurd

Patiënten die adviezen niet goed of onvoldoende (kunnen) opvolgen na het consult worden minimaal wekelijks gezien door 56% van de zorgverleners; 43% van de zorgverleners ziet tenminste wekelijks patiënten die veel dezelfde vragen stellen of die vaker dan nodig terugkomen voor contact. 63% van de zorgverleners geeft aan dat zij patiënten hebben die af en toe onnodig een beroep op spoedeisende hulp doen (figuur 2.5).

Huisarts meest geconfronteerd met uitdagingen in de follow-up

In de huisartspraktijk geeft 80% van de zorgverleners aan dat zij tenminste wekelijks met patiënten in aanraking komen die adviezen over bijvoorbeeld leefstijl of medicatiegebruik onjuist opvolgen. Onder verpleegkundigen, medisch specialisten en overige zorgverleners varieert dit percentage tussen de 44 en 53%. Ook geeft 65% van de zorgverleners in de huisartspraktijk aan dat mensen vaak onnodig terugkomen ten opzichte van 25-31% in andere sectoren.

Figuur 2.5 Frequentie waarmee zorgverleners geconfronteerd worden met uitdagingen na het consult bij hun patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, naar type uitdaging



Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vinden het moeilijk adviezen thuis op te volgen

Uit de focusgroep met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kwam naar voren dat zij moeite hebben met de actieve patiëntenrol die van hen verwacht wordt. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het zelf contact opnemen met de arts wanneer iets niet goed gaat. Dat vonden de deelnemers lastig. Ook gaven ze aan moeite te hebben met therapietrouw: de deelnemers weten vaak niet wanneer en hoe laat zij hun medicatie moeten innemen. Ook het opvolgen van dieetadviezen is ingewikkeld.

Tijdens de interviews herkennen zorgverleners deze uitdaging niet als probleem dat alleen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden voorkomt. Het zijn namelijk niet alleen de patiënten met gebrek aan vaardigheden die adviezen niet opvolgen, maar vaak heeft het ook te maken met het gedrag van de patiënt en gebrek aan motivatie en zelfvertrouwen. Het gaat hier om wat door de WRR het 'doenvermogen' genoemd wordt (WRR, 2017). De leefstijlcoach gaf bijvoorbeeld aan dat het vooral van belang is dat de patiënt weet waarom een leefstijladvies belangrijk is en zelf ook betrokken wordt in het opstellen van een behandelplan zodat hij/zij er ook achter staat. Beperkte gezondheidsvaardigheden zouden hierbij wel een belemmering kunnen zijn. Zorgverleners geven daarnaast ook aan dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak ook geen relatie tussen hun leefstijl en klachten zien, waardoor het voor de patiënt lastig is om de adviezen te begrijpen en op te volgen. Doordat de patiënt de adviezen niet of onjuist opvolgt komt het voor dat de patiënt vaker terugkomt. De zorgverleners geven ook aan het lastig te vinden om het gedrag van de patiënt te doorbreken.

2.4 Samenvattend

Met betrekking tot de uitdagingen die zorgverleners tegen komen in hun contact met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen we het volgende concluderen:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn een groep die veel gezien wordt binnen de curatieve zorg. Een meerderheid van de zorgverleners (57%) geeft aan regelmatig te maken te

hebben met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Bijna één op de drie zorgverleners vindt het echter lastig om deze groep mensen in de dagelijkse praktijk te herkennen.

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vinden dat er in de zorg te gemakkelijk vanuit wordt gegaan dat ze het wel allemaal begrijpen.
- Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is het met name moeilijk om mondelinge en schriftelijke gezondheidsinformatie te begrijpen en toe te passen op hun eigen situatie; ook ontbreekt het hen vaak een basale kennis van het lichaam.
- Beperkte gezondheidsvaardigheden resulteren in uitdagingen voor de zorgverlener zowel vóór, tijdens als na het consult. Bijna driekwart van de zorgverleners wordt tenminste wekelijks geconfronteerd met uitdagingen in het contact met patiënten ten gevolge van beperkte gezondheidsvaardigheden.
- De belangrijkste uitdagingen vóór het consult zijn dat patiënten niet of te laat op afspraken komen en/of hun klachten onvoldoende kunnen verwoorden tijdens het maken van een afspraak; 40 – 50% van de zorgverleners komen tenminste wekelijks deze patiënten tegen.
- Tijdens het consult noemen zorgverleners als belangrijkste uitdagingen dat patiënten vaak de beslissing bij hen laten en dat de patiënt zijn klachten of zorgvraag niet kan verwoorden. Deze uitdagingen komen bij 55-60% van de zorgverleners tenminste wekelijks voor. Daarnaast is het een belangrijke uitdaging dat de patiënt de informatie, uitleg of adviezen niet begrijpt en dat het voor hen als zorgverlener ook lastig is om te schatten of de patiënt het begrepen heeft.
- Zelf geven zorgverleners aan dat het geven van eenvoudige uitleg en advies voor hen ook lastig is.
- Na het consult hebben zorgverleners vooral te maken met patiënten die adviezen niet of onvoldoende opvolgen, vaak terugkomen en vaak dezelfde vragen stellen.
- Over alle fasen van het consult heen zijn dit de belangrijkste uitdagingen die door zorgverleners genoemd worden:

Top 5 uitdagingen

1. De patiënt laat de beslissing bij mij
 2. De patiënt kan zorgvraag of klachten niet duidelijk vertellen tijdens het consult
 3. De patiënt volgt mijn adviezen (bijvoorbeeld over leefstijl of medicatie) niet of onjuist op
 4. De patiënt komt niet of te laat op de gemaakte afspraak
 5. De patiënt laat niet merken wat hij of zij wil.
-

3 Bestaande methoden en tools voor aanpak beperkte gezondheidsvaardigheden

Tijdens het literatuuronderzoek is behalve naar uitdagingen ook gezocht naar beschikbare tools en methodieken om met die uitdagingen om te gaan in het contact met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden². Er werd specifiek gezocht naar tools en methodieken die aansluiten op de geïdentificeerde uitdagingen van zorgverleners zoals besproken in hoofdstuk 2. Geïnccludeerd werden die methodieken en tools die er op gericht zijn ofwel de zorgverlener zelf te ondersteunen, of die door de zorgverlener konden worden ingezet om de patiënt te ondersteunen en die men geschikt vindt voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en voor gebruik binnen de curatieve zorg. Tijdens de enquête is vervolgens aan een grote groep zorgverleners gevraagd of deze methoden en tools ook daadwerkelijk bekend zijn en gebruikt worden in de dagelijkse praktijk en of men deze zou aanbevelen aan anderen. Tijdens de enquête konden ook nieuwe tools toegevoegd worden.

3.1 Mate waarin rekening wordt gehouden met beperkte gezondheidsvaardigheden

Allereerst is in de enquête gevraagd in hoeverre men, of de organisatie waarin men werkt, rekening houdt met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de communicatie en/of voorlichting.

Vier van de tien zorgverleners (41%) stemt communicatie niet specifiek af op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Zestig procent van de zorgverleners die deelnam aan de enquête geeft aan dat meestal tot altijd rekening wordt gehouden met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de communicatie, zowel mondeling als schriftelijk; 33% geeft aan dat dit soms gebeurt en 8% nooit.

Gebrek aan tijd wordt door zorgverleners als voornaamste reden genoemd dat er nauwelijks aandacht is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarnaast geven zorgverleners de volgende andere redenen:

- Geen financiële middelen.
- Het is niet altijd duidelijk dat iemand beperkt gezondheidsvaardig is, waardoor de urgentie om aanpassingen te doen ontbreekt en iedereen op dezelfde manier wordt benaderd.
- Vaak zijn al inspanningen gedaan (bijvoorbeeld routes in een ziekenhuis zijn genummerd of er zijn gastvrouwen aanwezig om mensen naar hun afspraak te brengen) waardoor extra inspanningen voor communicatie niet nodig lijken.
- Patiënten krijgen vóórinformatie via email of online of folder waardoor er vanuit gegaan wordt dat mensen al voldoende geïnformeerd zijn.
- Sommige zorgverleners zien dat niet als hun taak maar bijvoorbeeld als taak van de receptie of van de persoon die afspraken inplant.
- Iemand zegt: 'Waarschijnlijk omdat wij ons als zorgverlener ons onvoldoende realiseren dat er een probleem is'.

² Hiervoor is gebruik gemaakt van het overzicht van Berkman et al.,(2012), Diabetes literacy project (2016), Movisie, VILANS, Pharos, Instrumentenkiezer Zelfzorg Ondersteund! Europese sites (via HEALIT4EU) en het overzicht in de kennisvraag Zorg op maat door het Nivel.

De helft van de zorgverleners (50%) stemt voorlichtingsmateriaal niet systematisch af op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Ook werd aan de zorgverleners gevraagd of zij of de organisatie waarin zij werken, rekening houdt met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden bij het geven van voorlichting en informatie bijvoorbeeld via websites, folders en informatiebrieven. Negen procent van de zorgverleners geeft aan hier geen rekening mee te houden, 41% soms, 36% meestal, en 14% altijd.

De meeste genoemde redenen om in het geven van informatie geen rekening te houden met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden waren:

- Men is niet bekend is met het begrip beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Men is niet op de hoogte van wat er beschikbaar is aan aangepaste materialen of methodieken.
- Men heeft weinig zicht op de aard en omvang van het probleem en dus van de urgentie om aanpassingen te maken omdat de patiënt het ‘probleem’ verbergt.
- Er is binnen de organisatie geen aangepast materiaal voorhanden; het zou speciaal moeten worden gemaakt; informatiemateriaal is nu eenmaal beschikbaar in standaard formats voor alle patiënten.
- Benodigde informatie is al gegeven voordat iemand op een consult verschijnt.

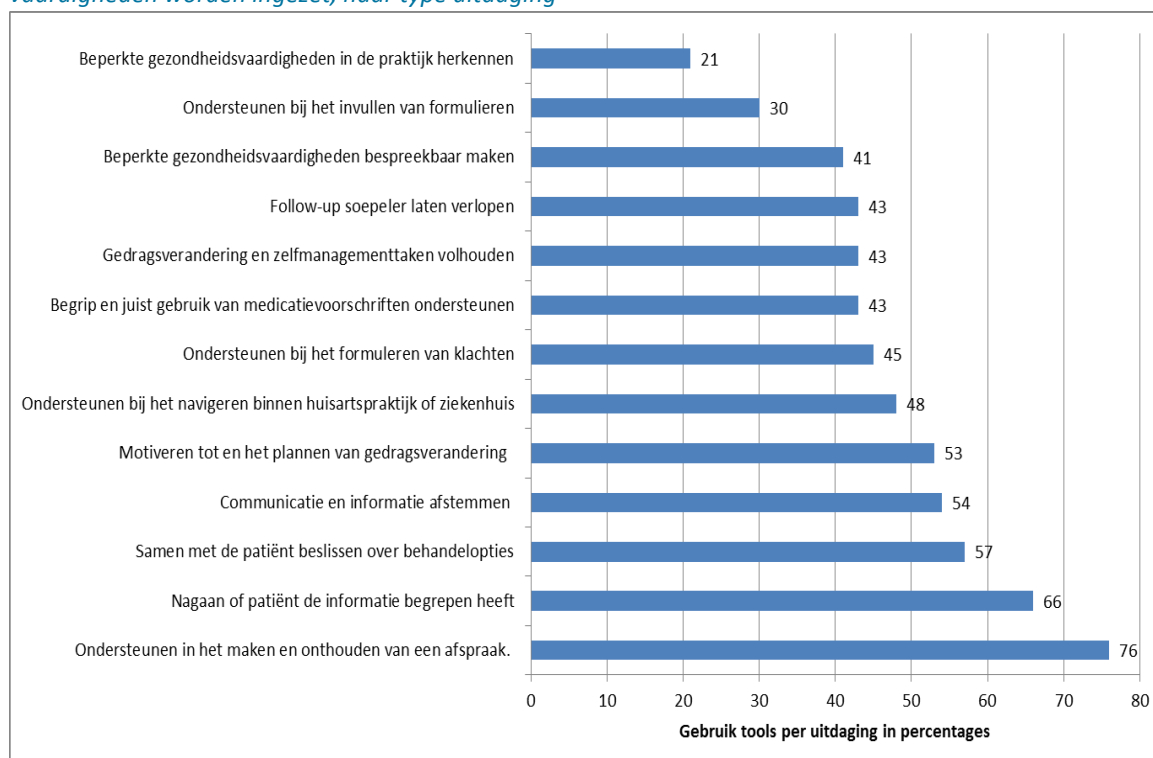
3.2 Gebruikte methoden en tools

Figuur 3.1 geeft inzicht van de mate waarin methodieken en tools nu al worden ingezet bij mensen met (een vermoeden van) beperkte gezondheidsvaardigheden, uitgesplitst naar type uitdaging waarvoor de zorgverlener staat.

Methodieken en tools voor het onthouden van afspraken en het toetsen van begrip bij de patiënt worden het meest gebruikt

Methoden en tools om de patiënt te helpen afspraken te onthouden worden volgens zorgverleners het meest ingezet in de zorg, gevolgd door methoden om te toetsen of de patiënt informatie tijdens het consult begrepen heeft en methoden om het samen beslissen te ondersteunen. Methoden om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen en methoden die helpen om patiënten te ondersteunen bij het invullen van medische formulieren worden het minst genoemd. De methodieken die het meest gebruikt worden lijken een weerspiegeling van de meest genoemde uitdagingen in hoofdstuk twee waar het niet of te laat op een afspraak komen, een patiënt die niet laat merken wat hij/zij wil of niet mee wil beslissen en het onjuist opvolgen van adviezen tot de meest genoemde uitdagingen van zorgverleners horen.

Figuur 3.1 Mate waarin bestaande methodieken en tools voor de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden worden ingezet, naar type uitdaging



Zorgverleners die extra methoden of tools gebruiken zouden deze ook aanbevelen aan anderen

Van de zorgverleners die aangeven een of meerdere tools te gebruiken om om te gaan met de uitdagingen genoemd in figuur 3.1 zou een overgrote meerderheid (75-96% afhankelijk van de uitdaging) deze ook aanbevelen aan anderen. De meest gebruikte methoden en tools die ook aanbevolen worden aan andere zorgverleners staan per uitdaging weergegeven in tabel 3.1. In bijlage B.1. en B.2. worden deze methodieken nog specifiek uitgewerkt in concrete voorbeelden waarbij ook de informatie uit de interviews verwerkt is en de methoden en technieken die op prijs gesteld worden door patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden zelf en die ook aan bod kwamen tijdens de focusgroep. Daarnaast is in bijlage B.1. ook aangegeven wat er bekend is over de validatie en effectiviteit van de genoemde tools en methodieken.

Terugvraagmethode en visuele hulpmiddelen/eenvoudig taalgebruik worden het meest aanbevolen

Van alle gebruikte hulpmiddelen en methodieken worden methodieken om communicatie en informatie af te stemmen op patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en technieken om te achterhalen of de patiënt de informatie begrepen heeft het meeste aanbevolen. Met name de terugvraagmethode (of teach-back methode) wordt aanbevolen door zorgverleners. Maar liefst 99% van alle zorgverleners die deze techniek toepast, beveelt hem aan. Daarnaast wordt ook het gebruik van visuele hulpmiddelen, het vermijden van jargon en het spreken van eenvoudige taal door meer dan 85% van de zorgverleners aanbevolen. Volgens patiënten zelf moet schriftelijke en mondelinge informatie toegankelijk worden aangeboden. De informatie moet gedoseerd, in eenvoudig taalgebruik, overzichtelijk, en duidelijk aangeboden worden. Ook bij mondelinge informatie heeft men behoefte aan eenvoudig taalgebruik en gedoseerde informatie. Daarnaast vinden ze het prettig als zorgverleners langzamer praten en informatie herhalen. Een andere methodiek die belangrijk wordt gevonden door zorgverleners is het opvolgen van de patiënt om te kijken of gestelde doelen behaald worden.

Tabel 3.1 Gebruikte tools en methodieken die aanbevolen worden door zorgverleners, naar type uitdaging

Uitdaging	Gebruik tools per uitdaging	
	N totaal	%
Patiënten ondersteunen in het maken en onthouden van een afspraak	201	
<ul style="list-style-type: none"> • een herinnering via een afsprakenkaart, email of sms sturen 		89
<ul style="list-style-type: none"> • de afspraak zo plannen zodat het voor de patiënt makkelijk te onthouden is (bijvoorbeeld op het (half) uur) 		27
<ul style="list-style-type: none"> • de afspraak van patiënt koppelen aan een activiteit (bijvoorbeeld 'voordat u naar uw werk gaat') 		18
Patiënten ondersteunen bij het formuleren van klachten	117	
<ul style="list-style-type: none"> • aanbevelen om iemand mee te nemen naar het consult 		82
<ul style="list-style-type: none"> • het contact laagdrempelig houden voor het maken van een afspraak 		66
<ul style="list-style-type: none"> • de patiënt van te voren een lijstje laten maken met vragen 		50
Patiënten ondersteunen bij het invullen van formulieren	78	
<ul style="list-style-type: none"> • alle werknemers hebben een behulpzame houding 		90
<ul style="list-style-type: none"> • formulieren beschikbaar stellen in meerdere talen 		51
Patiënten ondersteunen bij het navigeren binnen huisartspraktijk of ziekenhuis	123	
<ul style="list-style-type: none"> • vrijwilligers die patiënten helpen met navigeren 		72
<ul style="list-style-type: none"> • folder of andere vorm van informatie waarin uitgelegd wordt hoe het er in de praktijk of het ziekenhuis aan toe gaat 		64
<ul style="list-style-type: none"> • korte film of andere vorm met informatie over hoe een patiënt de weg kan vinden in de praktijk of het ziekenhuis 		20
Beperkte gezondheidsvaardigheden bespreekbaar te maken	103	
<ul style="list-style-type: none"> • op de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt reageren 		91
<ul style="list-style-type: none"> • voorkeuren bepalen van de patiënt voor zijn rol in besluitvorming 		59
<ul style="list-style-type: none"> • wachtkamerposters over bijvoorbeeld laaggeletterdheid 		35
Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de praktijk herkennen	54	
<ul style="list-style-type: none"> • Informatiesheet over herkennen beperkte gezondheidsvaardigheden 		48
<ul style="list-style-type: none"> • Trucjes zoals formulier op de kop aanbieden 		43
Communicatie en informatie afstemmen op patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden	133	
<ul style="list-style-type: none"> • informatie herhalen en/of samenvatten 		94
<ul style="list-style-type: none"> • gebruik van visuele hulpmiddelen (video's, afbeeldingen, zelf tekenen) 		92
<ul style="list-style-type: none"> • jargon vermijden 		86
<ul style="list-style-type: none"> • korte en actieve zinnen gebruiken 		86
Nagaan of patiënt de informatie begrepen heeft	162	
<ul style="list-style-type: none"> • de teach-back of terugvraagmethode (de patiënt in eigen woorden laten vertellen wat er is uitgelegd) 		99
Samen met de patiënt beslissen over behandelopties	140	
<ul style="list-style-type: none"> • Keuzehulp voor patiënten en artsen om verschillende behandelopties voor een aandoening of ziektebeeld te bespreken (zoals 'Consultkaart') 		53
<ul style="list-style-type: none"> • 3 goede vragen (tool voor de patiënt om met de behandelaar in gesprek te gaan over de behandeling en over de keuzemogelijkheden) 		39
Patiënt motiveren tot en het plannen van gedragsverandering	130	
<ul style="list-style-type: none"> • motiverende gespreksvoering (motivational interviewing) 		95

- tabel 3.1 wordt vervolgd -

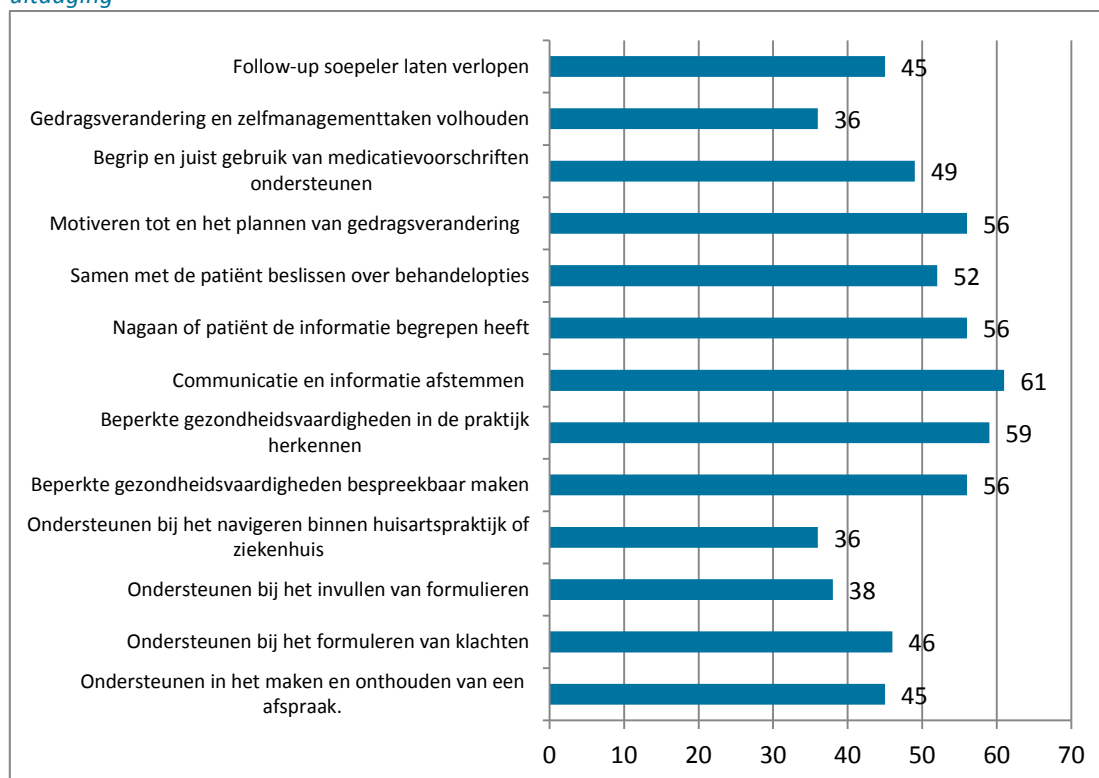
- vervolg tabel 3.1 -

Uitdaging	Gebruik tools per uitdaging	
	N totaal	%
Begrip en juist gebruik van medicatievoorschriften ondersteunen	104	
• instructievideo's over gebruik van medicatie		30
• bijsluiter in beeld (tool om medicatievoorschriften aan de hand van iconen duidelijker over te brengen)		48
Gedragsverandering en zelfmanagementtaken volhouden	105	
• Follow-up aanbieden om voortgang van doelen te bespreken		96
Een follow-up soepeler laten verlopen	100	
• Laageletterdheid registreren in HIS		35
• Verwijsbrief doornemen met de patiënt		69
• Patiëntportaal of persoonlijk account doornemen met de patiënt		35

3.3 Behoeftte aan methodieken en tools onder niet-gebruikers

Figuur 3.2 geeft een overzicht van de behoefte onder zorgverleners weer die nu geen tools of methodieken gebruiken. Ze hebben vooral behoefte aan hulpmiddelen voor het verbeteren van de communicatie, hulpmiddelen waarmee nagegaan kan worden of de patiënt informatie, uitleg en behandeladviezen begrepen heeft en hulpmiddelen om beperkte gezondheidsvaardigheden in de praktijk te herkennen en bespreekbaar te maken.

Figuur 3.2 Percentage niet-gebruikers dat wel behoefte zou hebben aan methodieken of tools, naar type uitdaging



3.4 Samenvattend

Een aanzienlijk deel van de zorgverleners (40-50%) houdt niet specifiek rekening met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in de communicatie of bij het geven van informatie of advies. De redenen hiervoor zijn divers maar hebben vooral te maken met:

- het niet herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden;
- het zich niet bewust zijn van het probleem;
- onvoldoende op de hoogte zijn van beschikbare methoden; en
- het gevoel te weinig tijd te hebben.

Zorgverleners die al wel aandacht besteden aan beperkte gezondheidsvaardigheden zetten die vooral in vóór het consult, om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op tijd bij de juiste zorgverlener te krijgen en tijdens het consult om de eigen communicatie en voorlichting te verbeteren en te zorgen voor meer begrip bij de patiënt.

Top 5 Mate waarin hulpmiddelen worden ingezet bij uitdagingen (in %)

1. Ondersteunen in het maken en onthouden van een afspraak	76
2. Nagaan of patiënt de informatie begrepen heeft	66
3. Samen met patiënt beslissen over behandelopties	57
4. Communicatie en informatie afstemmen	54
5. Motiveren tot het plannen van gedragsverandering	53

In het er voor zorgen dat patiënten hun informatie en advies begrijpt, ligt volgens zorgverleners de belangrijkste oplossingsrichting. De terugvraagmethode werd door zorgverleners als de meest aanbevolen strategie genoemd in de enquête, en ook in de interviews werd dit bevestigd. Daarnaast moet, ook volgens de patiënten, de communicatie eenvoudiger en schriftelijke en mondelinge informatie toegankelijker. De informatie moet gedoseerd, in eenvoudig taalgebruik, overzichtelijk, en duidelijk aangeboden worden. Ook bij mondelinge informatie heeft men behoefte aan eenvoudig taalgebruik en gedoseerde informatie. Daarnaast vinden ze het prettig als zorgverleners langzamer praten en informatie herhalen.

4 Ontwikkeling interventie en pilot implementatie

4.1 Ontwikkeling interventie

4.1.1 Doelen interventie

De uitkomsten van de interviews met zorgverleners werden gebruikt voor het ontwikkelen van een interventie om communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg te verbeteren (fase 2 van het project). Omdat de terugvraagmethode zowel in de enquête als in de interviews als de meest veelbelovende strategie genoemd werd is er voor gekozen om deze door te ontwikkelen.

Bij de uitwerking lag de focus op twee elementen:

- Het beter herkennen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de praktijk.
- Het bevorderen van de toepassing van de terugvraagmethode in consulten.

Op basis van de inzichten uit fase 1 werden de volgende veranderdoelen geformuleerd:

Hoofddoel:

De terugvraagmethode wordt vaker en beter toegepast. De kwaliteit van zorg gaat omhoog doordat de zorgverlener beperkte gezondheidsvaardigheden beter herkent, en beter kan aansluiten bij het vaardigheden niveau van de patiënt.

Subdoelen – attitude en vaardigheden:

- De tool helpt handelingsverlegenheid van de zorgverlener ten aanzien van beperkte gezondheidsvaardigheden te overbruggen.
- De tool ondersteunt het zelfvertrouwen om de terugvraagmethode te gaan gebruiken.
- De tool biedt ondersteuning bij het herkennen, want 36,4% van de patiënten heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.
- De tool biedt oplossingen voor ervaren drempels in het (gaan) gebruiken van de terugvraagmethode:
 - onzekerheid hoe de terugvraagmethode te introduceren;
 - onzekerheid op welk moment in het consult de terugvraagmethode toegepast kan worden;
 - angst om de indruk te wekken de patiënt te overhoren/de patiënt te onderschatten;
 - onbekendheid met hoe de terugvraagmethode geformuleerd kan worden.

Subdoelen – kennis:

- De tool geeft informatie over de urgentie van het probleem van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- De tool geeft informatie over wat terugvraagmethode is, bij wie toe te passen en op welke momenten in het consult.

4.1.2 Ontwikkeling interventie (tools)

Uit de interviews kwam naar voren dat zorgverleners met name behoefte hebben aan concrete tips en praktische handvatten die direct toepasbaar zijn in de praktijk. We kozen daarom voor de volgende tools (zie bijlage C):

- Een training voor zorgverleners.

- Een tentkaart voor in de spreekkamer.
- Een poster voor in de wachtkamer.

De tools werden ontwikkeld door Pharos. Prototypes werden voorgelegd aan zorgverleners, taalambassadeurs, Pharos-deskundigen op het gebied van gezondheidsvaardigheden en de samenwerkingspartners in dit project.

4.1.3 Tools

Training

Het algemene doel van de training is het bevorderen van het gebruik van de terugvraagmethode. Tegelijk is het de doel verbeteren van de alertheid op en betere herkenning van beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten. De training is aangeboden als een ‘training Gezondheidsvaardigheden’, omdat de zorgverleners kennis moeten hebben over gezondheidsvaardigheden als denkkader en om de urgentie van de terugvraagmethode te begrijpen.

De training is bedoeld voor zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Dit kunnen alle mogelijke disciplines zijn: medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen, paramedici, etc..

Tentkaart

Dit is een mooi vormgegeven kaart die de zorgverlener op zijn/haar bureau kan zetten. Deze kaart is een herinnering en aansporing om de terugvraagmethode te gebruiken. De kaart is een ‘tentmodel’ en kan dus los op het bureau geplaatst worden met de ene kant naar de zorgverlener en de andere kant naar de patiënt.

Aan de ‘patiënt-kant’ staan een zorgverlener en een patiënt; de zorgverlener zegt (in een tekstballon): ‘Ik wil weten of ik het goed uitgelegd heb. Wilt u me vertellen wat ik gezegd heb?’.

Aan de ‘zorgverleners-kant’ staat de oproep de terugvraagmethode te gebruiken. Verder staan er voorbeelden, tips en enige achtergrondinformatie om de urgentie te onderbouwen.

Poster

De poster ziet er vrijwel hetzelfde uit als de ‘patiënt-kant’ van de tentkaart. Deze poster kan opgehangen worden in de spreekkamer of in een ruimte voor zorgverleners. Ook de poster heeft als doel de zorgverlener aan de terugvraagmethode te herinneren. Daarnaast heeft een poster een functie voor een hele afdeling. De poster appelleert meer aan een gedeeld beleid ten aanzien van communicatie met patiënten.

4.2 Pilot implementatie en evaluatie interventie

4.2.1 Werving en deelnemers

De ontwikkelde training en materialen (poster en tentkaart) werden in juli in drie specifieke settings in de zorg (EELA Eerstelijnsorganisatie Amsterdam en Almere; diverse afdelingen van het Amsterdam UMC – locaties VUmc en AMC) uitgezet. In totaal namen 20 zorgverleners deel aan de training. Achtergrondkenmerken van deze deelnemers zijn gerapporteerd in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Achtergrondkenmerken training deelnemers

	ELAA	Amsterdam UMC (locatie VUmc)	Amsterdam UMC (locatie AMC)
Aantal deelnemers	6	5	9
Geslacht (% vrouw)	100	100	90
Leeftijd (gemiddelde, range)		44 (24-56)	44 (24-65)
Werkervaring (gemiddelde, range)		13 (1-25)	9 (0.25-20)

4.2.2 Vragenlijst en online survey

De tools werden geëvalueerd door middel van een schriftelijke vragenlijst direct na de training en een online survey enkele weken na de training. Voor de online survey werden deelnemers per mail benaderd en via een link doorgestuurd.

Het algemene doel van deze evaluatie was achterhalen in hoeverre de tools zorgverleners ondersteunen in het toepassen van de terugvraagmethode. Specifieke onderzoeksvragen waren:

- In hoeverre en op welke manier passen zorgverleners de opgedane kennis en vaardigheden uit de training toe?
- In hoeverre en op welke manier maken ze gebruik van de poster en de tentkaart?
- In hoeverre worden de tools door de zorgverleners als ondersteuning in de praktijk ervaren?

De vragenlijst direct na de training bestond uit tien gesloten vragen (schaal 1-10/schaal 1-5), twee open vragen voor een toelichting en opmerkingen, en twee open vragen voor het achterhalen waar deelnemers het meest en minst aan gehad hadden.

In de online survey werd door middel van open en gesloten vragen achterhaald in hoeverre deelnemers de terugvraagmethode na de training hadden toegepast in de praktijk, en in hoeverre de tools de deelnemers hebben ondersteund in het herkennen van cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en het toepassen van de terugvraagmethode. De kwantitatieve data zijn geanalyseerd in SPSS V24, waarin beschrijvende statistiek werd toegepast.

4.3 Uitkomsten evaluatie tools

4.3.1 Resultaten vragenlijst

Uit de vragenlijst die direct na de training werd afgenomen (n=20) kwam naar voren dat de deelnemers de inhoud en vorm van de training als goed beoordeelden (tabel 4.2). Ook de bruikbaarheid van de training werd hoog gewaardeerd (tabel 4.3).

In antwoord op de open vragen gaven de deelnemers aan vooral de interactie met de trainer en andere deelnemers fijn te vinden en dat ze het meest hadden gehad aan de praktische tips en het oefenen. Ze merkten op dat ze graag nog meer zouden willen oefenen en herhalen, bijvoorbeeld in terugkombijeenkomsten.

Tabel 4.2 Beoordeling vorm en inhoud training (Rapportcijfer van 1-10)

	ELAA (n=6) gemiddelde (range)	Amsterdam UMC (n=14) gemiddelde (range)	Totale score (n=20) gemiddelde (range)
Hoe beoordeelt u deze bijeenkomst als geheel?	9 (8-9)	9 (8-9)	9 (8-9)
Wat vindt u van de inhoud?	8 (8-9)	8 (8-9)	8 (8-9)
Wat vindt u van de gebruikte werkvormen?	8 (8-9)	8 (7-9)	8 (7-9)
Wat vindt u van de gebruikte materialen?	8 (7-9)	7 (5-9)	7 (5-9)
Was er tijdens de training voldoende ruimte voor uitwisseling?	9 (8-10)	9 (7-10)	9 (7-10)
Wat vindt u van de uitvoering van de training?	9 (8-9)	9 (8-10)	9 (8-10)
Hoe beoordeelt u de bruikbaarheid van de training voor uw praktijk?	8 (7-9)	9 (7-10)	8 (7-10)

Tabel 4.3 Bruikbaarheid training (schaal 1-5, oneens tot zeer eens)

Ik heb het idee/het gevoel dat ik...	ELAA gemiddelde (bereik)	Amsterdam UMC gemiddelde (bereik)	Totale score gemiddelde (bereik)
beperkte gezondheidsvaardigheden beter kan herkennen	4 (3-5)	4 (4)	4 (3-5)
Informatie beter kan overbrengen (eenvoudig communiceren)	4 (3-5)	4 (2-5)	4 (2-5)
mij de 'terugvraagmethode' eigen heb gemaakt	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)

4.3.2 Resultaten online survey

Deelnemers en response online survey

Twee tot drie weken na de training werd de online survey toegestuurd. In totaal 11 van de 20 deelnemers vulden de online survey volledig in (10 vrouwen, 1 man). De gemiddelde leeftijd was 48 (range 28-65). Zij werken als verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist, doktersassistent, genetisch consultant of teamleider en hadden gemiddeld 14 jaar werkervaring (range 0-30).

Toepassen tools

Vijf respondenten gaven aan de terugvraagmethode iets vaker te gebruiken na het volgen van de training, twee respondenten gebruikten de terugvraagmethode nu anders, twee respondenten gaven aan de terugvraagmethode al voor de training toe te passen en twee respondenten gebruikten de terugvraagmethode (nog) niet (tabel 4.4). In de toelichting benadrukten de respondenten dat ze nu wisten hoe de terugvraag te formuleren zonder belerend over te komen. Redenen voor geen verandering was dat respondenten het naar hun idee al goed deden of dat ze nog weinig kans hadden gehad dit toe te passen. Vier respondenten gaven aan dat ze de terugvraagmethode bij alle cliënten toepassen, vier gaven aan dat ze het toepassen bij patiënten waarvan ze vermoeden dat ze beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Eén respondent gaf aan de methode toe te passen als er twijfels waren over het begrip van de informatie.

De poster was door geen van de respondenten opgehangen, slechts één respondent gaf aan dat zij/hij nog wel van plan was om deze op te hangen. Voornaamste reden voor het niet ophangen van de poster was dat respondenten niet altijd op een vaste plek werken, en dat sommige respondenten de inhoud van de poster niet duidelijk/niet geschikt vinden (patiënten kunnen onzeker worden, schept verwachtingen, er staat geen goede voorbeeldzin op).

De tentkaart was door vijf respondenten op het bureau geplaatst, zes respondenten hadden dit niet gedaan, twee van hen waren het nog van plan. Redenen om de tentkaart niet te gebruiken waren het niet hebben van een vaste plek, niet aan toegekomen, of dat andere collega's niet met de tentkaart wilden werken.

Tabel 4.4 Toepassen van tools (n=11)

Tools	N (%)
Terugvraagmethode	
Gebruikt iets vaker	5 (46)
Gebruikt anders	2 (18)
Gebruikte al, geen verandering	2 (18)
Gebruikt (nog) niet	2 (18)
Poster	
Wel opgehangen	0
Niet opgehangen	10 (91)
Van plan om op te hangen	1 (9)
Kaart	
Wel op bureau geplaatst	5 (46)
Niet op bureau geplaatst	4 (36)
Van plan om op bureau te plaatsen	2 (18)

Ervaren mate van ondersteuning

In tabel 4.5 wordt de ervaren mate van ondersteuning van de training en kaart gepresenteerd. Acht respondenten gaven aan dat het hen na de training beter lukte om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen. Drie respondenten gaven aan dat ze dit voor de training ook al goed konden. Uitwisseling met collega's, veel oefenen, een notitie op verwijzingen, bewust blijven werden genoemd als antwoord op de vraag wat de respondenten verder nog nodig hebben voor het herkennen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Van de drie tools werd de training door de respondenten als meest nuttig ervaren in het toepassen van de terugvraagmethode. Herhaling van de training in de loop der tijd werd als suggestie gegeven door één van de respondenten. Zeven respondenten zouden de kaart aanbevelen aan collega's, maar de toepasbaarheid zou nog verbeterd kunnen worden. Respondenten noemen bijvoorbeeld de tentkaart op zakformaat maken, en integreren in andere tools. De poster werd als minst nuttig ervaren. In de toelichting gaven enkele respondenten aan dat het belangrijkste bovenaan zou moeten komen te staan en dat er een andere voorbeeldzin gebruikt zou moeten worden.

*Tabel 4.5 Mate van ervaren ondersteuning (n=11)**

	Een beetje n (%)	Redelijk veel n (%)	Veel n (%)	Heel erg veel n (%)
Ondersteuning training bij herkennen cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden	4 (36)	4 (36)	2 (18)	1 (9)
Ondersteuning training bij toepassen terugvraagmethode	5 (46)	1 (9)	4 (36)	1 (9)
Ondersteuning kaart bij toepassen terugvraagmethode**	5 (45)	2 (18)	2 (18)	0 (0)

* de antwoordoptie 'geen' is wel aangeboden maar werd door 0 respondenten gekozen

** niet van toepassing bij twee respondenten

4.4 Conclusie en implicaties

De resultaten van deze pilot wijzen erop dat de ontwikkelde tools de meeste zorgverleners ondersteunen in het toepassen van de terugvraagmethode. Zorgverleners ervaren vooral ondersteuning door de training, maar ook de tentkaart wordt door een aantal als waardevol ervaren. Wel worden nog suggesties genoemd om de toepasbaarheid van de tentkaart te verbeteren. Uit de feedback van zorgverleners blijkt dat de poster het minst gewaardeerd wordt omdat men verwacht dat deze een averechts effect kan hebben door spanning en vragen bij patiënten op te roepen. Op basis van specifieke feedback uit deze pilot en de eerdere opmerkingen die door taalambassadeurs, Pharos-deskundigen op het gebied van gezondheidsvaardigheden en de samenwerkingspartners in dit project al op de prototypes waren gegeven, zal de vormgeving van de kaart en de poster op diverse punten worden aangepast. De teksten en illustraties op de kaart en de poster worden aangepast om de boodschap zo goed mogelijk over te brengen. Omdat zorgverleners bang zijn dat het ophangen van de poster in de wachtkamer een averechts effect heeft zal bij de verspreiding worden aanbevolen om de poster op te hangen in de teamkamer, behandelruimte of spreekkamer, zodat hij dient als een reminder voor zorgverleners.

De verspreiding van de tool vindt onder meer plaats via presentatie op de invitational conference en in andere relevante gremia. De poster en kaart beschikbaar worden gesteld via Pharos, die ook voor de verdere aanpassing en implementatie zal zorg dragen. Daarbij zal samenwerking gezocht worden met relevante partijen zoals patiënten-, beroeps- en brancheorganisaties en opleidingsinstituten.

5 Onderzoeksagenda

De derde fase van dit project omvatte de formulering van een onderzoeksagenda. Dit is een agenda voor toekomstig onderzoek om de lacunes te dichten in de wetenschappelijke kennis die nog ontbreekt ter vergroting van de effectiviteit van de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden naar type vaardigheid bij bijvoorbeeld bepaalde doelgroepen van patiënten of zorgverleners en ter versterking van het implementatieproces binnen de curatieve zorg.

5.1 Kennislacunes

Om zicht te krijgen op de lacunes in kennis op het gebied van de vergroting van de effectiviteit van de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden en de implementatie daarvan in de curatieve zorg, zijn de resultaten van fase 1 en 2 als het ware ‘over elkaar’ gelegd. Daarbij stonden de volgende vragen centraal:

1. Welke bestaande methoden of tools zouden geïmplementeerd kunnen worden in de zorg en welke verdienen het om doorontwikkeld te worden en waarom?

Van weinig methoden of tools is de effectiviteit bekend. Dit is een belemmering om ze direct op grote(re) schaal te gaan implementeren. Dit wisten we ook al uit eerdere reviews (HEALIT4EU Heijmans et al., 2015, Berkman et al., 2011): er ontbreekt systematisch en gedegen interventie- en evaluatieonderzoek. De methoden die wel effectief zijn bevonden (zie bijlage B.1) zijn de ‘3 goede vragen’, de online SMS tool en motiverende gespreksvoering. Die hebben echter maar betrekking op een klein deel van de uitdagingen die in dit project door zorgverleners genoemd worden.

2. Welk aanvullend onderzoek gericht op vergroten van kennis en/of vergroten van de bewijslast voor veelbelovende methodieken en tools is nodig om de zorg meer aan te laten sluiten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden?

De terugvraagmethode in het algemeen en de tool zoals in dit project ontwikkeld lijken veelbelovend en worden door veel zorgverleners ook als een goede strategie gezien om tot betere communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te komen. Daarnaast zijn er veelbelovende eHealth interventies voor patiënten (bijvoorbeeld thuisarts.nl) waarvan zou kunnen worden onderzocht in hoeverre ze bruikbaar zijn voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Omdat de uitdagingen van zorgverleners zich op drie momenten in het zorgpad voordoen (vóór, tijdens en na het consult) zouden tools, methodieken en materialen voor elk van die drie moeten worden (door-)ontwikkeld en onderzocht. Doorontwikkeling van bestaande interventies, maar ook ontwikkeling van nieuwe interventies, methoden en materialen, moet plaatsvinden in co-creatie met de doelgroep. Daarbij staan vragen centraal als: sluit de interventie aan bij behoeften van de patiënten, is het materiaal begrijpelijk en bruikbaar in de praktijk? Daarnaast dienen ook effecten op uitkomsten als samen beslissen/therapietrouw/zelfmanagement en kosteneffectiviteit in kaart gebracht te worden. Bij dit onderdeel is overigens ook een belangrijke vraag: hoe doe je eigenlijk goed onderzoek in samenwerking met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (hoe bereik je ze, welke onderzoeksmethoden zijn bruikbaar)?

3. Welk aanvullend onderzoek of activiteiten gericht op het vergroten van kennis, competenties en vaardigheden van zorgverleners zijn nodig om succesvolle implementatie van methodieken en tools in de zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te garanderen?

Zorgverleners geven aan dat ze het lastig vinden om informatie op een eenvoudige manier te communiceren. Ook vinden ze een aantal zaken van de terugvraagmethode moeilijk. Deze thema's zouden meer aandacht moeten krijgen zowel in de basisopleiding van zorgverleners als in de bij- en

nascholing. Er is geen onderzoek naar welke onderwijsmethode en materiaal daar het meest geschikt voor is. Er is ook nog weinig specifiek materiaal voor onderwijs. Van het onderwijs c.q. de trainingen die worden aangeboden zou ook onderzocht moeten worden welke impact dit heeft op de kennis en vaardigheden.

4. Welke randvoorwaarden in de curatieve zorg zijn nodig om succesvolle implementatie te garanderen?

De belangrijkste punten die genoemd worden met betrekking tot randvoorwaarden zijn gebrek aan tijd en geld, alsmede het ontbreken van een organisatiebreed beleid.

In het algemeen kan worden vastgesteld dat het onderzoek op het terrein van gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg zich kenmerkt door de volgende lacunes (zie overzicht in bijlage A):

- Er zijn weinig interventiestudies, die systematisch de ontwikkeling én implementatie van een interventie in de praktijk bestuderen.
- Daarnaast zijn er weinig effectiviteitsstudies, zodat onduidelijk is of de implementatie van een interventie daadwerkelijk positieve effecten heeft op het proces en de uitkomsten van de behandeling. Kosteneffectiviteitsstudies ontbreken vrijwel volledig.
- Er is een grote nadruk op laaggeletterdheid/lezen en schrijven en veel minder op een bredere conceptualisering van gezondheidsvaardigheden waarin zowel het ‘denk-’ als het ‘doenvermogen’ wordt meegenomen (WRR, 2017).
- Er wordt weinig tot geen onderzoek gedaan samen met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Er is weinig tot geen onderzoek naar de specifieke situatie van bepaalde doelgroepen waarvan bekend is dat ze beperkte gezondheidsvaardigheden hebben (bijvoorbeeld ouderen, migranten, mannen).
- Er is in het onderzoek in het algemeen een sterke focus op chronische patiënten (in verhouding tot andere patiënten in de curatieve zorg).

5.2 Aanzet voor een onderzoeksagenda

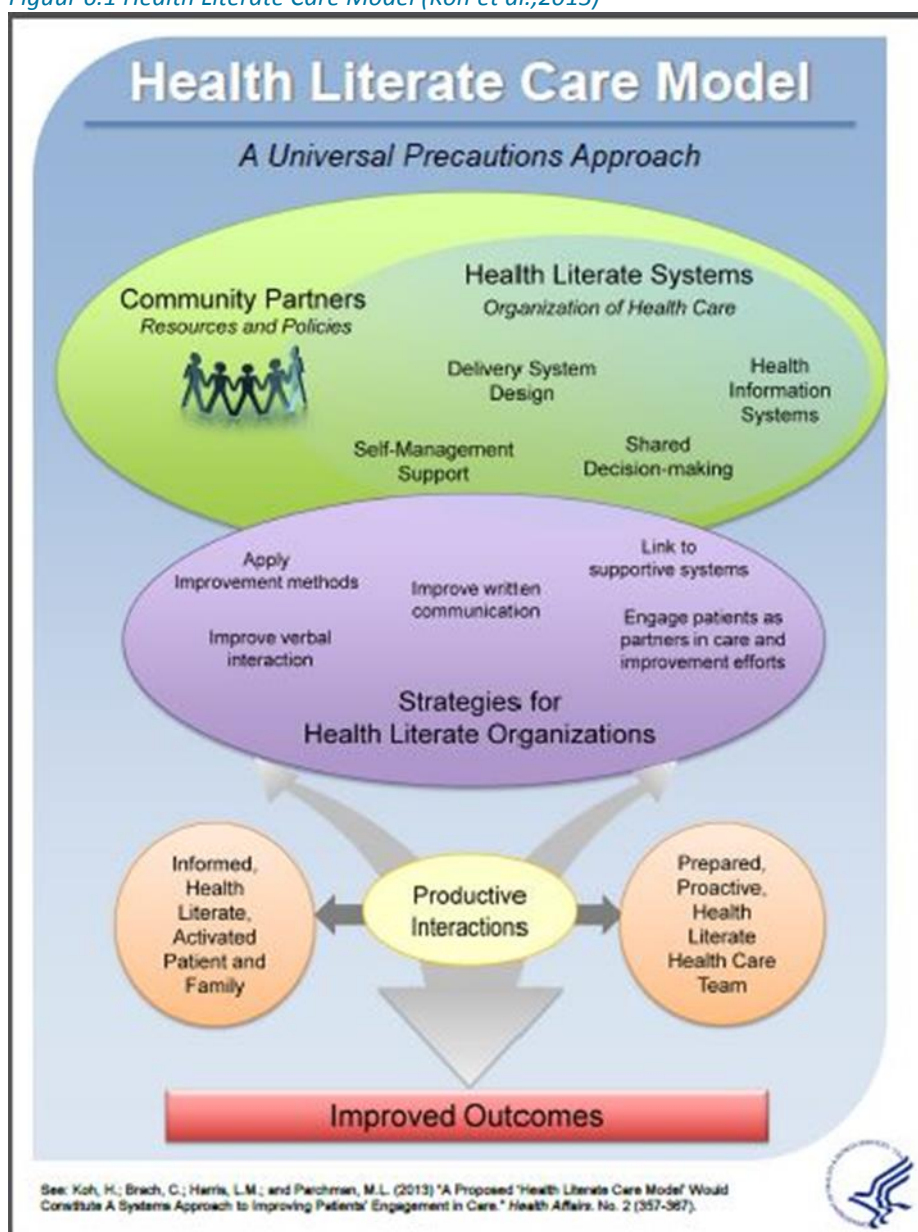
Uit de voorafgaande paragraaf komt naar voor dat de kennislacunes zich op verschillende niveaus bevinden:

- *Het microniveau*: de directe interactie tussen de zorgverlener en patiënt. Hier gaat het vooral om de vraag hoe zorgverleners mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter kunnen herkennen en welke methodieken en tools de communicatie in de spreekkamer verder kunnen bevorderen, zodat de patiënt zijn klacht beter kan overbrengen, de informatie van de zorgverlener begrijpt en daardoor ook beter mee kan beslissen over de behandeling. Het verhogen van de betrokkenheid van de patiënt in deze fase zal naar verwachting vaker leiden tot betere therapietrouw en adequater zelfmanagement, al zal ook onderzocht moeten worden welke ondersteuning daarbij aanvullend nog wenselijk en noodzakelijk is.
- *Het mesoniveau*: waarbij de organisatie van de zorg in de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis centraal staat. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om hoe het systeem om afspraken te maken, het gebruik van eHealth en ICT (patiëntportalen), de navigatie in ziekenhuizen, de begrijpelijkheid van het informatiemateriaal dat voorhanden is en de expertise van het personeel verder verbeterd kunnen worden zodat het beter aansluit bij de behoeften van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- *Het macroniveau*: hierbij gaat het om de algemene randvoorwaarden om goede zorg in de praktijk te brengen. Daaronder valt met name beleid en gerelateerde activiteiten op organisatie- of

landelijk niveau (beroepsgroepen, zorgverzekeraars, Rijksoverheid) die mede bepalend zijn voor een grootschalige implementatie van innovaties en (kosten)effectieve methoden en tools in de zorg. Daarbij is de vraag welk beleid uiteindelijk effectief is en leidt tot betere zorguitkomsten voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, en wat goede strategieën zijn om de implementatie van (kosten)effectieve methoden en tools in de dagelijkse praktijk te bevorderen.

Deze drie niveaus sluiten aan bij modellen die eerder zijn ontwikkeld in de Verenigde Staten om aan te geven dat verbetering van de zorg aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op verschillende ‘lagen’ moet plaatsvinden (onder andere Koh et al., 2013).

Figuur 6.1 Health Literate Care Model (Koh et al.,2013)



In dit ‘Health Literate Care Model’ van Koh et al. (2013) worden de verschillende niveaus van een zorgsysteem in kaart worden gebracht die relevant zijn wanneer we de zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden willen verbeteren. Het model illustreert hoe de verschillende niveaus (het

zorgsysteem, de zorgorganisatie, de zorgverlener en de patiënt) allen bijdragen aan productieve interacties tussen individuen en professionals en uiteindelijk aan betere gezondheidsuitkomsten. Dit inzicht nemen we als uitgangspunt voor de onderzoeksagenda, en daarom zullen we de relevante onderzoeksthema's en vragen op drie niveaus bespreken.

5.2.1 De spreekkamer: het microniveau

De uitdagingen waar zorgverleners zich in de spreekkamer voor gesteld zien zijn vooral het onvoldoende herkennen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en het feit dat de patiënt zijn klacht niet duidelijk kan overbrengen, de informatie van de zorgverlener vaak niet begrijpt en daarom ook niet goed kan (of wil) meebeslissen over de behandeling. Het resultaat is minder goede therapietrouw en zelfmanagement. De patiënten in ons onderzoek herkenden zich in de genoemde problemen. Over het herkennen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is de algemene aanbeveling dat men patiënten niet moet willen screenen door middel van een vragenlijst, noch dat er moet worden afgegaan op iemands opleidingsniveau, leeftijd, etnische achtergrond of andere sociodemografische variabelen. Hoewel er zeker een sociale gradiënt is, zeker tussen functionele gezondheidsvaardigheden/laaggeletterdheid en opleidingsniveau, geldt voor andere domeinen dat gezondheidsvaardigheden contextspecifiek zijn en dat bij iedere patiënt helder gecommuniceerd zou moeten worden en gecontroleerd of men de informatie ook begrijpt (door middel van de terugvraagmethode). Een ander belangrijk aandachtspunt is om niet alleen te focussen op kennis en begrip van informatie (het 'denkvermogen'), maar ook op het 'doenvermogen' van patiënten (WRR, 2017). Zeker daar waar eigen inbreng van de patiënt wordt verwacht zoals bij samen beslissen en zelfmanagement speelt het doenvermogen een belangrijke rol (Rademakers en Heijmans, 2018). Interventies op dit gebied kunnen zowel gericht zijn op versterking van de positie van de patiënt, als op de verbetering van de communicatievaardigheden van de zorgverlener, als op interventies die de interactie in de spreekkamer kunnen bevorderen.

Onderzoek op dit niveau zou moeten ingaan op de volgende vragen:

1. Welke gezondheidsvaardigheden hebben mensen nodig om adequaat te kunnen participeren in de curatieve zorg (bijvoorbeeld in gezamenlijke besluitvorming). In hoeverre zijn deze gezondheidsvaardigheden leerbaar, is dat bij iedereen zo en kunnen verschillende soorten gezondheidsvaardigheden elkaar compenseren? Het antwoord op deze vraag geeft een kader op de vraag: in welke situatie kan van iemand een actieve patiëntenrol verwacht worden en wanneer niet?
2. Wat zijn de ervaringen, wensen, mogelijkheden en behoeften van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden ten aanzien van de interactie in de spreekkamer, en wat voor ondersteuning hebben zij naar eigen zeggen nodig om beter te kunnen participeren? Dit moet onderzocht worden in verschillende gezondheidszorgcontexten (eerste lijn, verschillende afdelingen in ziekenhuizen) omdat de wensen en behoeften per situatie en context kunnen verschillen. Door middel van dit onderzoek wordt duidelijk of er nieuwe interventies voor deze groep patiënten moet worden ontwikkeld en/of hoe bestaande interventies moeten worden aangepast. Hierbij moet ook gekeken worden naar de situatie van specifieke groepen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, zoals ouderen, migranten, en mannen).
3. Wat is de (kosten)effectiviteit van reeds bestaande interventies gericht op de interacties van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en zorgverleners in de spreekkamer op het proces en de uitkomsten van deze interactie? Daarbij valt te denken aan:
 - interventies voor patiënten (bijvoorbeeld cliëntondersteuning, 3 goede vragen, het opnemen van het gesprek in de spreekkamer, interventies die patiënten vragen zich voor te bereiden op het consult bijvoorbeeld door middel van een dagboekje);

- trainingen (direct of via internet) en aanvullend materiaal voor zorgverleners om helder te communiceren en om de terugvraagmethode toe te passen (bijvoorbeeld de in het kader van dit project ontwikkelde training met kaartje en poster);
 - interventies in de spreekkamer, bijvoorbeeld het gebruik van ondersteunend visueel materiaal en keuzehulpen (al dan niet digitaal) en het systematisch gebruik van de terugvraagmethode.
- Sluiten deze interventies voldoende aan bij de wensen, mogelijkheden en behoeften van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden? In welk opzicht zouden ze aangepast moeten worden? En hoewel er veel verschillende methodieken en tools in omloop zijn is nog nauwelijks bekend wat het effect is van deze interventies op het proces en de uitkomsten van de behandeling. In een recente review (Visscher et al, submitted) bleek dat er slechts 21 effectstudies in Europa waren gedaan naar zorginterventies waarin ook naar gezondheidsvaardigheden werd gekeken. Als uitkomsten voor dergelijk effectonderzoek kunnen therapietrouw en zelfmanagement worden gekozen, maar ook zorggebruik (aantal consulten bij huisarts/specialist/verpleegkundige, aanvullend gebruik van de huisartsenpost/spoedeisende hulp), kosten, en de ervaringen van patiënten en van zorgverleners met de kwaliteit van het consult.
4. Wat is de (kosten)effectiviteit van reeds bestaande interventies om therapietrouw en zelfmanagement te bevorderen bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden? Sluiten deze interventies voldoende aan bij de wensen, mogelijkheden en behoeften van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden? In welk opzicht zouden ze aangepast moeten worden?
 5. Bij de implementatie van nieuwe interventies is een procesevaluatie van belang: wordt de interventie zo uitgevoerd als bedoeld? Welke factoren bevorderen of belemmeren een goede implementatie van interventies in de praktijk?
 6. Op welke manier kan Ehealth worden ingezet om curatieve zorg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te verbeteren? Wat zijn effectieve mechanismen voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van Ehealth interventies voor deze groep?

5.2.2 De organisatie: het mesoniveau

Een aantal van de uitdagingen waar zorgverleners en patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden mee te kampen hebben kunnen niet worden opgelost binnen de één-op-één relatie in de spreekkamer maar vereist betrokkenheid en investeringen vanuit de zorgorganisatie (bijvoorbeeld huisartsenpraktijk of het ziekenhuis). Een belangrijk eerste praktijkonderzoek dat elke zorgorganisatie zelf kan uitvoeren is het verrichten van een zogenaamde ‘scan’ om te na te gaan in welke mate zij goed toegankelijk zijn en de structuuraspecten van de zorg op een handige en begrijpelijke manier regelen voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarbij gaat het er bijvoorbeeld om of het systeem om afspraken te maken, het gebruik van eHealth en ICT (patiëntportalen), de navigatie in ziekenhuizen, de begrijpelijkheid van het informatiemateriaal dat voorhanden is en de expertise van het personeel voldoende is en aansluit bij de behoeften van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Op basis van zo’n ‘scan’ kan een analyse gemaakt worden van de zwakke plekken in de organisatie in de zorg aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden waar nog verder onderzoek naar gedaan moet worden en/of beleid op gevoerd moet worden. De vraag is overigens of elke organisatie hier zelf het initiatief in moet nemen of dat hier ook een taak ligt voor brancheorganisaties. Door uniformering van de gebruikte instrumenten en het uitwisselen van resultaten en ervaringen zal dergelijk onderzoek immers sneller leiden tot effectieve maatregelen. Voor alle onderstaande onderzoeksvragen geldt ook dat een bundeling op een hoger aggregatieniveau (dus meerdere huisartsenpraktijken, meerdere ziekenhuizen, verschillende afdelingen of sectoren) meer inzicht zal geven in de onderzoeksvraag dan wanneer de onderzoeken slechts in één organisatie of setting plaatsvinden.

Onderzoeksvragen op het mesoniveau:

1. Van de meeste organisaties (eerste en tweede lijn) in Nederland weten we niet in hoeverre ze 'gezondheidsvaardig zijn'. Dit leidt tot de onderzoeksvraag: in hoeverre zijn zorgorganisaties in Nederland in staat om goede zorg te leveren aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden? Om dit in kaart te brengen kan een inventarisatie of 'scan' kan gedaan worden met behulp van de 'Self Assessment tool following the Vienna concept of Health Literate Care Organisations.' Deze vragenlijst omvat 9 aspecten waaraan een gezondheidsvaardige organisatie moet voldoen en is ontwikkeld door Prof. dr. Jürgen Pelikan. Als voorbereiding op grootschalig gebruik in Nederland moet de vragenlijst eerst nog vertaald en gevalideerd worden voor de Nederlandse context. Er is een Europese werkgroep actief op dit gebied waar bij aangesloten kan worden (http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2374:hph-and-health-literate-health-care-organizations&Itemid=454). Een andere, kleinere, tool die bij deze 'scan' gebruikt kan worden is de Quicksan Gezondheidsvaardigheden die in 2013 door het CBO is ontwikkeld. De Quicksan richt zich op mondelinge, schriftelijke en digitale communicatie alsmede op de toegankelijkheid van het ziekenhuis.
2. Hoe worden eHealth en ICT (patiëntportalen, digitale afspraaksystemen) in het zorgproces van de organisatie geïmplementeerd? In welke mate zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bij dat proces betrokken en wat heeft dat voor positieve of negatieve effecten op het proces en de uitkomsten? Zijn er 'best practices' op dit terrein waar andere organisaties van kunnen leren?
3. Hoe worden (nieuwe) interventies in de zorgpraktijk (ontwikkeld en) geïmplementeerd? In welke mate zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bij dat proces betrokken en wat heeft dat voor positieve of negatieve effecten op het proces en de uitkomsten? Hoe vindt de keuze voor een bepaalde interventie plaats en welke overwegingen spelen daarbij een rol?
4. Is het bestaande schriftelijke en digitale informatiemateriaal (bijvoorbeeld van thuisarts.nl) begrijpelijk voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden? Dit geldt ook voor brieven, afsprakenkaartjes en dergelijke. Hoe kan het materiaal, in co-creatie met de doelgroep, verder worden verbeterd? Zijn er 'best practices' op dit terrein waar andere organisaties van kunnen leren?
5. In hoeverre zijn bestaande bij- en nascholingstrajecten voor zorgverleners effectief? Dragen ze bij aan bewustmaking, het beter herkennen van en communiceren met patiënten met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden? Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om deel te nemen aan de trainingen? Is het aanbod voldoende? Welke onvervulde trainingsbehoeften leven er binnen de organisaties?

5.2.3 Beleid en gerelateerde activiteiten: het macroniveau

De vragen op het macroniveau draaien uiteindelijk vooral om effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorginnovaties en interventies, alsmede om de effectiviteit van beleidsmaatregelen en gerelateerde activiteiten. Beleid vanuit landelijke *stakeholders* (beroepsgroepen, zorgverzekeraars, Rijksoverheid) is in principe gericht op betere zorguitkomsten voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, maar daarvoor moet eerst duidelijk zijn wat (kosten)effectieve methoden en tools zijn en goede strategieën om de implementatie van deze methoden en tools in de dagelijkse praktijk te bevorderen. Deze onderzoeksvragen zijn in 5.2.1. en 5.2.2. geformuleerd.

Uit een recente studie van de WHO bleek dat er in verschillende landen van Europa effectief nationaal en regionaal beleid wordt gevoerd op het gebied van gezondheidsvaardigheden, met name ten aanzien van gezondheidszorg en onderwijs (Rowlands et al., 2018). In Nederland worden gezondheidsvaardigheden niet als een apart beleidsthema opgepakt, maar verbonden met andere relevante beleidsthema's zoals samen beslissen, cliëntondersteuning, begrijpelijke

informatievoorziening en dergelijke (zie hierover onder meer de Tweede Kamer brief 'De kans om scheidingslijnen te overbruggen', het programma Uitkomstgerichte zorg en het rapport van de Taskforce 'Zorg op de Juiste Plek'). Een aantal recente activiteiten van het Ministerie van VWS op dit gebied hadden betrekking op:

- zich inzetten voor begrijpelijke polisvoorwaarden en toegankelijke, begrijpelijke websites van verzekeraars;
- het oprichten van een netwerk (NHG, Patiëntenfederatie Nederland, Lareb, CBG, Nivel, Pharos, KNMP) om digitale informatievoorziening aan patiënten (ook die met beperkte gezondheidsvaardigheden) op terrein van geneesmiddelen te verbeteren;
- inzet extra middelen voor levensbrede cliëntondersteuning van burgers;
- inzet van middelen om uitwisseling van kennis en ervaring tussen zorgverleners, beleidsmakers en onderzoekers te stimuleren via het online platform www.gezondheidsvaardigheden.nl van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden;
- het bevorderen en initiëren van onderzoek: In 2016 de Kennisvraag 'Zorg op maat' (Heijmans et al., 2016) en ook het onderhavige onderzoek.

Onderzoeksvragen op dit gebied zijn:

1. Hoe effectief zijn de huidige beleidsmaatregelen die in Nederland genomen worden in het verbeteren van informatievoorziening voor en zorg en ondersteuning aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden? Welke buitenlandse effectieve beleidsmaatregelen zouden ook in de Nederlandse context bruikbaar zijn? In het WHO rapport wordt aangeraden om beleidsafwegingen en 'best practises' met andere landen te delen. Overigens wordt daarbij aangeraden om een breed perspectief te kiezen (niet alleen zorg en onderwijs) maar de verbinding te maken met andere maatschappelijke terreinen (dagelijkse omgeving, werk, wijk, sociaal domein). Dit is voor Nederland, waar de verbinding tussen zorg en sociaal domein de laatste jaren sterker is geworden, een relevant aandachtspunt. Door breder te kijken wordt ook de verbinding gelegd met het volksgezondheidsperspectief.
2. Beantwoording van de vraag hoe gezondheidsvaardig Nederland is vereist een continue monitoring van het percentage mensen in de bevolking met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit gebeurt vooralsnog op kleine schaal tweejaarlijks in het kader van de Staat voor Volksgezondheid en Zorg (Heijmans et al., 2018). Daarnaast zou Nederland opnieuw deel kunnen aan de Health Literacy Survey-Europe, een door de WHO ondersteund initiatief waarin een aanzienlijk aantal Europese landen gaat participeren. De dataverzameling voor dit project zal in 2019 plaatsvinden. Door deelname aan dit Europees vergelijkend onderzoek worden de gezondheidsvaardigheden van een grote, representatieve groep Nederlanders in kaart gebracht en kunnen zij worden vergeleken met andere Europese burgers. Door de grootte van de steekproef kunnen aanvullende analyses gedaan worden om kwetsbare groepen in Nederland verder te identificeren.

5.3 Aanbevelingen en vervolgstategieën

Tijdens een *invitational conference* zijn de resultaten van fase 1 en 2 besproken worden met een aantal stakeholders. Ruim 40 mensen waren daarbij aanwezig (voor de lijst met aanwezige organisaties zie bijlage D). Er is met hen besproken of de kennis uit de literatuur, enquête en interviews/focusgroep naar hun mening herkenbaar en volledig was. Op deze manier werd getoetst of het onderzoek de voor hen relevante problematiek in kaart had gebracht, en wat er eventueel nog ontbrak. Er was veel belangstelling voor de onderzoeksresultaten gedurende de *invitational conference*. De herkenning vanuit de verschillende partijen voor de gepresenteerde uitdagingen in de zorg aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden was groot. Ook deelde men de inzichten

dat nog te weinig rekening werd gehouden met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorgpraktijk. De resultaten van fase 1 werden in dit opzicht door de deelnemers gevalideerd en er werden vooral ervaringen en meningen uitgewisseld. Vervolgens is de in het kader van dit project ontwikkelde interventie (training, tentkaart en poster) toegelicht en zijn de resultaten van de pilotevaluatie gepresenteerd. De aanwezigen waren van mening dat de terugvraagmethode in het algemeen en de tool zoals in dit project ontwikkeld (training en materialen) een goede strategie zijn om tot betere communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te komen. Op de vraag wat er voor nodig is om er voor te zorgen dat deze methode dan ook daadwerkelijk op grote(re) schaal in de praktijk gebruik gaat worden, werden een aantal aanbevelingen gedaan:

1. Zet gezondheidsvaardigheden op de agenda, vergroot het gevoel van urgentie

Deelnemers aan de *invitational conference* benadrukten dat veel zorgverleners zich niet bewust zijn van het probleem dat de zorg niet aansluit bij een grote groep (één op de drie) patiënten. Het gevoel van urgentie, de noodzaak om hier iets aan te doen, moet vergroot worden. Dan pas zal er ook bereidheid komen om actie te ondernemen, bijvoorbeeld door trainingen te volgen en de werkwijze in de zorgpraktijk aan te passen.

Er werden verschillende partijen genoemd die bij zouden kunnen dragen aan de agendering. In zorgorganisaties kunnen bijvoorbeeld cliëntenraden en patiëntenpanels hier een belangrijke rol bij spelen. Op landelijk niveau ligt hier ook een kans voor patiëntenorganisaties en de Patiëntenfederatie Nederland. Het is verder van belang dat bestuurders van ziekenhuizen zich betrokken voelen en beleid maken op het thema. (Wetenschappelijke) beroepsverenigingen en brancheorganisaties kunnen eveneens een bijdrage leveren aan de agendering en het verder bekend maken van interventies zoals de terugvraagmethode. Een voorbeeld dat genoemd werd is dat het NHG al veel aandacht schenkt aan het thema gezondheidsvaardigheden in haar activiteiten. Het doel daarvan is om huisartsen bewust te maken en te zorgen dat het thema in werkgroepen en opleidingen aan bod komt. Het zou daarbij ook passen om de terugvraagmethode onder de aandacht te brengen van huisartsen. Naast de patiënten en de zorgverleners werd er ook een rol gezien voor zorgverzekeraars. In hun onderhandelingen met zorgaanbieders kan gezondheidsvaardigheden een aandachtspunt zijn, bijvoorbeeld als onderdeel van kwaliteitsbeoordeling ('In hoeverre houdt een instelling rekening met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?'). Zorgverzekeraars zouden ook pilotprojecten op dit gebied kunnen bevorderen en financieren. Ook door andere *incentives* zouden zorgverzekeraars kunnen bevorderen dat het thema meer structureel verankerd wordt in de zorgpraktijk. Het Ministerie van VWS is van mening dat zij niet alleen het thema gezondheidsvaardigheden verder op de kaart kan zetten en structurele inbedding kan realiseren. Daarom is VWS met partijen in de curatieve zorg verkennende gesprekken aan het voeren over het oprichten van een samenwerkingsverband. De Alliantie Gezondheidsvaardigheden is een netwerkorganisatie (met ca. 80 partners) die door haar activiteiten (bijeenkomsten en website www.gezondheidsvaardigheden.nl) het onderwerp actief agendeert. Ook het onderhavige ZonMw-onderzoek en mogelijke vervolgprojecten zijn een instrument om de problematiek in de zorg nog duidelijker op de kaart te zetten en het mogelijke nut van interventies verder te onderbouwen.

Het is duidelijk dat het verder op de agenda zetten van het thema gezondheidsvaardigheden en de bevordering van aangepaste zorg en communicatie (bijvoorbeeld door het toepassen van interventies) niet bij één partij ligt of 'top-down' kan worden opgelegd. Om versnippering te voorkomen is samenwerking wenselijk, zodat de beweging versterkt wordt en partijen kunnen leren van elkaars voorbeelden.

Tijdens de *invitational conference* werd nog de optie van het deelnemen aan talkshows op televisie genoemd. Voor veel deelnemers was dat de ultieme manier om het onderwerp onder de aandacht van een groot publiek te brengen. Daarnaast werd gesuggereerd om Youtube-filmpjes te maken om aandacht te vragen voor dit probleem.

2. Zorg dat de meerwaarde en effectiviteit van interventies duidelijk zijn

Er zou meer inzicht moeten zijn in de impact van de terugvraagmethode in het algemeen en de in het kader van dit project ontwikkelde tool in het bijzonder. Dat zou een implementatieonderzoek vereisen met gedegen evaluatie. Bij de evaluatie moet niet alleen gekeken worden naar de bruikbaarheid voor zorgverleners, maar juist ook hoe de patiënt deze manier van communiceren ervaart. Voelt hij het niet als bedreigend, of als een test? Dat is namelijk de angst van een aantal zorgverleners. En wat is de invloed op bepaalde zorgprocessen, zoals samen beslissen. Want zorgverleners gaan het pas toepassen als het hen ook iets brengt: het uiteindelijke doel (beter passende zorg, efficiëntere zorg, beter niveau van samen beslissen, minder medicatiefouten) moet duidelijk zijn. Als bewijs van effectiviteit ontbreekt, is dat een reden voor zorgverleners om niet op deze manier te gaan werken. Bestuurders en zorgverzekeraars zullen de implementatie dan ook niet ondersteunen. Bewijs is dus belangrijk, maar de deelnemers benadrukten ook dat wanneer bewijs er wel is dat nog niet automatisch wil zeggen dat men dan ook daadwerkelijk overgaat tot actie. Dan gaan andere factoren als tijd en geld ook een belangrijke rol spelen.

De vraag naar effectiviteit speelt overigens niet alleen bij de terugvraagmethode maar bij alle interventies die worden ingezet om de zorg aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Daarbij is het van belang om na te gaan of de interventie op de juiste manier wordt ingezet en welke belemmerende of bevorderende factoren daarbij worden ervaren (een procesevaluatie) en wat de uitkomst is op relevante uitkomstmaten. Dat kunnen zowel patiëntervaringen zijn, factoren in het zorgproces als daadwerkelijke behandeluitkomsten.

3. Ontwikkel ook (complementaire) interventies voor de patiënt

In dit project lag de nadruk vooral op uitdagingen zoals de zorgverlener die ervaart in de omgang met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, en op de methodieken en hulpmiddelen die er voor de zorgverlener beschikbaar zijn. Ook bij de terugvraagmethode ligt het initiatief bij de zorgverlener. De deelnemers aan de *invitational conference* benadrukten dat er niet alleen gefocust moet worden op interventies voor de zorgverlener, maar dat er ook aandacht moet zijn voor interventies voor de patiënt. Er werd bijvoorbeeld gesproken over interventies waarmee patiënten zich kunnen voorbereiden op het consult (bijvoorbeeld de drie goede vragen van de Patiëntenfederatie Nederland, digitale keuzehulpen). Er werd aangegeven dat binnenkort een nieuwe interventie voor patiënten zal worden gelanceerd die ingaat op hoe de patiënt het gesprek met de zorgverlener beter kan aangaan. Het is toch de bedoeling om beide partijen dichter bij elkaar te krijgen. Wel wordt opgemerkt dat het nooit mogelijk zal zijn op een punt te komen dat iedereen in de samenleving adequate gezondheidsvaardigheden heeft. Er zullen altijd patiënten zijn waarvoor de zorg een vangnet moet bieden. Bovendien kunnen zelfs mensen met voldoende vaardigheden in bepaalde situaties (bijvoorbeeld na het horen van een slechte diagnose) minder goed kunnen functioneren in de interactie met de zorgverlener.

Behalve een goede voorbereiding wordt ook het opnemen van het consult als een belangrijk hulpmiddel voor patiënten gezien. Zo kunnen ze alles wat er besproken is nog eens naluisteren. Hoewel sommige zorgverleners er moeite mee hebben lijkt het opnemen van het gesprek steeds meer geaccepteerd. Ook vanuit het Ministerie van VWS is een brief aan de Tweede kamer gestuurd die aangeeft dat het maken van geluidsopnames voor eigen gebruik is toegestaan en behulpzaam kan zijn voor patiënten.³ Behalve opnemen van het consult wordt ook het meenemen van iemand als ondersteuning genoemd. Twee personen horen en onthouden immers meer dan één.

Tijdens de *invitational conference* werd ook nog de suggestie gedaan om patiënten juist de vraag aan de zorgverlener te laten stellen: 'Moet u niet aan mij vragen of ik het goed begrepen heb?' Vanuit het idee dat een patiënt recht heeft op heldere communicatie en informatie. Tegelijkertijd is dit juist voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak een brug te ver.

4. Geef gezondheidsvaardigheden een structurele plek in opleiding en (na-)scholing

³ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/03/10/schippers-geluidsopname-kan-nuttig-zijn-voor-patient>

Een groot deel van de discussie tijdens de *invitational conference* had betrekking op het feit dat gezondheidsvaardigheden en de zorg aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden meer aandacht zouden moeten krijgen in opleiding en (na-)scholing. Dit uitgangspunt wordt ondersteund door een advies van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen aan het Ministerie van VWS over de opleiding van toekomstige zorgprofessionals.⁴ Daarin zijn gezondheidsvaardigheden als een apart thema opgenomen. Er is ook duidelijk belangstelling van het onderwijs voor het onderwerp: bij de werkgroep Onderwijs van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden zijn inmiddels zowel vertegenwoordigers van MBO, HBO en WO aangesloten. Over het opnemen van gezondheidsvaardigheden als thema in sommige vervolgopleidingen wordt aangegeven dat het lastig is. Ten eerste: er moet al zo veel in het curriculum. Het moet een overzichtelijk blok of een afgebakende training zijn, niet te vroeg maar ook niet te laat (het moet relevant voor mensen zijn). Een tweede punt is de autonomie van de opleidingen. Bijvoorbeeld: de NHG kan aangeven dat gezondheidsvaardigheden belangrijk zijn en de terugvraagmethode een beloftevolle methode, maar de huisartsenopleidingen zijn uiteindelijk vrij om te kiezen wat ze opnemen in hun programma. Tegelijk is een interventie als de terugvraagmethode wel weer eenvoudig in te passen in het communicatieonderwijs.

In zorginstellingen zou de (na-)scholing van medewerkers op het gebied van gezondheidsvaardigheden deel moeten uitmaken van het beleid van de huisartsen- of andere eerstelijnspraktijk of het ziekenhuis. De bestuurder moet dit faciliteren, ook in tijd en financiële middelen. Opgemerkt wordt dat het deelnemen aan zo'n training bevorderd kan worden indien het deel uitmaakt van een accreditatieprogramma en men er punten voor kan krijgen. De training (en materialen) uit de pilot zouden hiervoor een goed aanknopingspunt kunnen bieden maar deze moet dan wel op maat gemaakt worden van elke beroepsgroep. Daarnaast wordt opgemerkt dat voor een grootschalige implementatie er een 'Train de trainer'-programma zal moeten worden opgezet, zodat meer mensen de training kunnen geven in zorginstellingen. Uiteindelijk wordt de training van zorgprofessionals wel gezien als een essentiële randvoorwaarde om er voor te zorgen dat het werken met de terugvraagmethode dan ook daadwerkelijk op grote(re) schaal in de praktijk gebruik gaat worden. De vraag is wel of je gelijk iedereen in een organisatie moet trainen, of beginnen met een groep mensen die enthousiast zijn die het belang en de meerwaarde vervolgens verder kunnen uitdragen.

De discussie tijdens de *invitational conference* leidde tot een aantal vervolgstategieën. Deze strategieën hadden betrekking op de zorgpraktijk, beleid en onderzoek.

- **Praktijk:**

Uit bovenstaande aanbevelingen komen de belangrijkste vervolgstappen voor de praktijk naar voor: (1) agendeer het onderwerp in de zorgorganisatie; zorg voor draagvlak en ondersteuning vanuit het management; (2) zet in op een organisatiebreed beleid ten aanzien van gezondheidsvaardigheden. Dit beleid kan het beste worden ingebed in het overkoepelende kwaliteitsbeleid van de organisatie waarbij ook aandacht is voor patiëntgerichte zorg. Een *scan* (zie blz. 42) geeft inzicht in de aspecten waar het beleid zich op moet richten. Tijd en financiële middelen voor scholing zouden in ieder geval een belangrijk onderdeel van het beleid moeten zijn; (3) begin met enkele enthousiaste mensen en pilotprojecten en probeer van daaruit de rest van de medewerkers mee te krijgen; (4) leer van *best practises* van andere zorginstellingen.

- **Beleid:**

Zoals gezegd zijn er veel verschillende stakeholders betrokken bij het verbeteren van de zorg aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Die verschillende partijen zouden gezondheidsvaardigheden een structurele plek in hun beleid moeten geven, alsmede strategieën om hun doelstellingen op dit gebied vorm te geven. Bij de ene partij zal het gaan om algemene

⁴ Van Vliet, K. et al., Anders kijken, anders leren, anders doen Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Zorginstituut Nederland, 2016.

publiekscampagnes, bij de andere om het integreren in het curriculum, bij een derde om het bevorderen van onderzoek naar effectiviteit. De verschillende partijen zijn: individuele zorgorganisaties, beroeps- en brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, onderwijsinstellingen, lokale organisaties en overheden en de Rijksoverheid.

Om versnippering tegen te gaan is daarbij een vorm van samenwerking wenselijk. Ook de Alliantie Gezondheidsvaardigheden kan als netwerkorganisatie een rol spelen bij de onderlinge afstemming en uitwisseling tussen partners.

- *Onderzoek:*

In dit hoofdstuk is een onderzoeksagenda beschreven, die op verschillende niveaus de kennislacunes adresseert. Waar het gaat om de verbetering van de zorg en het bevorderen dat veelbelovende interventies zoals de terugvraagmethode daadwerkelijk op grote schaal gebruikt gaan worden lijkt de prioriteit te liggen bij implementatie- en (kosten-)effectiviteitsonderzoek. Deze vormen van onderzoek worden nader uitgewerkt in paragraaf 5.2.1 De spreekkamer: het microniveau en paragraaf 5.2.2. De organisatie: het mesoniveau.

Literatuur

- Andeweg ME et al. De structuur van een consult: een kwalitatieve benadering. Wat vinden huisartsen zelf? Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, 2002; 21(2):57.
- Berkman ND et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence report/technology assessment, 2011; 199:1-941.
- Brach C et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies, 2012.
- Di Palo KE et al. Implementation of a patient navigator program to reduce 30-day heart failure readmission rate. Progress in Cardiovascular Diseases, 2017.
- Elwyn G et al. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. British Journal of General Practices, 2000; 50(460):892-899.
- Engels J, Wijenberg E, Berg B. Zelfmanagement en beperkte gezondheidsvaardigheden Handreiking eerstelijns zorgverleners om zelfmanagement te ondersteunen bij mensen die beperkt gezondheidsvaardig zijn. Utrecht: Vilans, 2017.
- Ford JA et al. Access to primary care for socioeconomically disadvantaged older people in rural areas: a realist review. BMJ Open, 2016; 6(5):e010652.
- Fransen MP, Von Wagner C, Essink-Bot M-L. Diabetes self-management in patients with low health literacy: ordering findings from literature in a health literacy framework. Patient Education and Counseling, 2012; 88(1):44-53.
- Fransen MP et al. Diabetes self-management support for patients with low health literacy: perceptions of patients and providers. Journal of Diabetes, 2015; 7(3):418-425.
- Fransen MP. Effectieve preconceptiezorg voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden. Den Haag: ZonMw, 2017; eindrapport dossiernummer 209040006.
- Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Factsheet: Health literacy in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018.
- Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Health Literacy in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018.
- Heijmans M et al. NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: Nivel, 2016.
- Heijmans Monique et al. Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussel: European Commission, 2015.
- Hummel H et al. Integrale oncologische zorgpaden. Assen: Uitgeverij Van Gorcum, 2009.
- Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. Health Affairs, 2013; 32(2):357-367.
- Nijman J et al. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. Journal of Health Communication, 2014; 19(8):955-969.

- Organization WH. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promotion International*, 2017; 32(1):7.
- Osborne RH et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013; 13(1):658.
- Pelikan JM et al. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, 2012.
- Rademakers J, Heijmans M. Beyond understanding, health literacy as the capacity to act. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15(8), 1676; doi:10.3390/ijerph15081676 .
- Rademakers J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel, 2014.
- Rademakers J. De actieve patiënt als utopie. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2016.
- 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 RE. Improving Americans' health literacy. *New England Journal of Medicine*, 2010; 363(24):2283-2285.
- Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 2013; 90(1):4-11.
- Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 12(1):80.
- Sørensen K et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 2013; 13(1):948.
- Squiers L et al. The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*, 2012; 17(sup3): 30-54.
- Terluin M et al. De structuur van een consult- onderwijs en praktijk. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 2002 21(2):50.
- Veening EP, Gans ROG, Kuks JBM. *Medische consultvoering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- Vervloet M, van Dijk L, Rademakers J, Bouvy ML, De Smet P, Philbert D, Koster ES. Recognizing and Addressing Limited PHarmaceutical literacy: Development of the RALPH interview guide. *Res Social Adm Pharm*. 2018 Sep;14(9):805-811.
- Visscher B, Steunenberg S, Heijmans M, Hofstede J, Devillé W et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, submitted.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Weten is nog geen doen*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2017.

Bijlage A Kennisoverzicht

	Fases zorgpad	Bron uitdaging	Uitdagingen in de praktijk	Vaardigheden patiënt	Competenties van zorgverlener
Voorbereiding	1. Probleem identificeren.	Ford et al., 2016	Patiënt maakt niet of te laat een afspraak.	In staat om voldoende gezondheidsinformatie te verkrijgen.	Uitleg en adviezen beter afstemmen op patiënten die vaak basiskennis missen over hun eigen lichaam en over veelvoorkomende klachten. Contact laagdrempelig houden.
	2. Besluit om hulp te zoeken.			In staat om verantwoordelijkheid te nemen over eigen gezondheid.	
		In staat om de weg te vinden in de gezondheidszorg.			
	3. Actief naar hulp zoeken.	Schulz and Nakamoto, 2013	Patiënt kan niet de juiste zorgverlener kiezen voor zijn of haar hulpvraag.	In staat om de weg te vinden in de gezondheidszorg.	
	4. Afspraak maken.	Ford et al., 2016	Patiënt kan klacht(en) niet goed formuleren om een afspraak te maken.	In staat om effectief te communiceren met zorgverleners.	
				In staat om voldoende gezondheidsinformatie te verkrijgen.	
	5. Naar afspraak komen.	Heijmans et al., 2016	Patiënt komt niet of te laat naar de afspraak.	In staat om verantwoordelijkheid te nemen over eigen gezondheid.	
			Patiënt kan de weg niet vinden.	In staat om de weg te vinden in de gezondheidszorg.	
		Heijmans et al., 2016	Patiënt kan (medische) formulieren niet adequaat invullen.	Schriftelijke gezondheidsinformatie kunnen lezen en begrijpen.	
			Patiënt heeft zich niet goed voorbereid op het consult/onderzoek (bijvoorbeeld geen bloed laten prikken of urine ingeleverd; niet de juiste papieren bij zich).	In staat om verantwoordelijkheid te nemen over eigen gezondheid.	

Fases zorgpad	Bron uitdaging	Uitdagingen in de praktijk	Vaardigheden patiënt	Competenties van zorgverlener
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Consult</p> <p>6. Interactie met zorg(verlener).</p>	<p>Ford et al., 2016; Heijmans et al., 2016</p>	<p>Patiënt is niet in staat om klachten of zorgvraag duidelijk te maken aan de zorgverlener.</p>	<p>In staat om effectief te communiceren met zorgverleners.</p>	<p>Doorvragen.</p>
	<p>Heijmans et al., 2016</p>	<p>Patiënt maskeert beperkte gezondheidsvaardigheden zoals laaggeletterdheid.</p>		<p>Zorgen voor een goede samenwerkingsrelatie door betrokkenheid en respect te tonen (Elwyn et al., 2000).</p> <p>Beperkte gezondheidsvaardigheden herkennen.</p>
	<p>Heijmans et al., 2016</p>	<p>Zorgverlener kan niet goed bepalen of patiënt de informatie heeft begrepen.</p>		<p>Informatie op maat geven en verifiëren of patiënt informatie begrepen heeft.</p>
	<p>Heijmans et al., 2015; Squiers et al., 2012</p>	<p>Patiënt kan geen actieve rol nemen bij samen beslissen.</p>	<p>In staat om effectief te communiceren met zorgverleners.</p> <p>In staat om voldoende gezondheidsinformatie te verkrijgen.</p> <p>In staat om gezondheidsinformatie te begrijpen.</p> <p>In staat om gezondheidsinformatie te beoordelen.</p> <p>Vermogen om actief betrokken te zijn in de zorgverlening.</p>	<p>Zorgen voor een goede samenwerkingsrelatie door betrokkenheid en respect te tonen (Elwyn et al., 2000; Engels 2017).</p> <p>Bepaal de voorkeur van de patiënt voor informatie, bijvoorbeeld hoeveelheid.</p> <p>Bepaal de voorkeuren van de patiënt voor zijn rol in besluitvorming.</p> <p>Reageer op de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt.</p> <p>Help de patiënt om de impact van een aandoening te reflecteren en te beoordelen en maak alternatieve beslissingen met betrekking tot hun waarden en levensstijl.(Elwyn et al., 2000).</p>

	Fases zorgpad	Bron uitdaging	Uitdagingen in de praktijk	Vaardigheden patiënt	Competenties van zorgverlener
Uitvoering	7. Instructies van zorgverlener begrijpen en opvolgen.	Fransen et al., 2012	Patiënt volgt de adviezen van zorgverlener niet of onjuist op.	In staat om gezondheidsinformatie te begrijpen. In staat om gezondheidsinformatie toe te passen.	Korte en lange termijn doelen stellen. Concrete afspraken maken (Elwyn et al., 2000; Engels 2017).
		Fransen et al., 2012	Patiënt ziet het belang van de adviezen niet.	In staat om verantwoordelijkheid te nemen over eigen gezondheid.	Motiveren om adviezen op te volgen.
		Heijmans et al., 2016	Patiënt komt vaker dan nodig terug en stelt veel (dezelfde) vragen.	In staat om gezondheidsinformatie te begrijpen.	Informatie op maat geven en aanpassen wanneer patiënt het niet begrijpt (Engels 2017).
		Squiers et al., 2012	Patiënt kan informatie uit voorgaand consult niet terugkoppelen naar een andere zorgverlener.	In staat om gezondheidsinformatie te begrijpen. In staat om effectief te communiceren met zorgverleners.	Taken afstemmen met andere disciplines (Engels 2017).

Bijlage B.1 Voorbeelden van bestaande tools en methodieken

Concrete tools en methodieken	Bron	Evidentie
<p>Thuisarts.nl raadplegen wanneer de patiënt zich afvraagt wanneer hij/zij naar de huisarts moet gaan.</p> <p>Voorlichtingsmap 'Begrijp je lichaam' (eenvoudige afbeeldingen en teksten over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten).</p> <p>Benadruk tijdens het consult dat iemand niet bang hoeft te zijn om te bellen. Maak duidelijk dat hij altijd contact kan opnemen met de zorgverlener als er iets is.</p> <p>Moet ik naar de dokter? (Patiënten die overweg kunnen met een mobiele telefoon) hulpmiddel dat de vraag beantwoordt óf en wanneer u naar de dokter moet.</p>	<p>Thuisarts.nl www.begrijpjelichaam.nl www.moetiknaardedokter.nl Engels 2017</p>	<p>Thuisarts.nl is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. De informatie is gebaseerd op reguliere geneeskundige wetenschap.</p> <p>Begrijp je lichaam: ontwikkeld samen met laaggeletterde patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners. Validatie en effectiviteit niet bekend.</p> <p>De app 'Moet ik naar de dokter?' is goedgekeurd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).</p>
<p>Multimediaprogramma 'Lees en Schrijf! Gezondheid' van de Stichting Expertisecentrum Educatieve Televisie geeft korte eenvoudige filmpjes met informatie over hoe een patiënt de weg kan vinden in de gezondheidszorg, welke instellingen er zijn en wat je als patiënt tegenkomt.</p>	<p>www.oefenen.nl/programma/gezondheid</p>	<p>Validatie en effectiviteit niet bekend.</p>
<p>Afspraak op het uur of half uur plannen.</p> <p>Afspraak aan een 'activiteit op de dag' koppelen (voordat u naar uw werk gaat).</p> <p>Patiënten aan hun afspraak herinneren d.m.v. een afsprakenkaartje, SMS of e-mail, (vooraf) bellen.</p>	<p>Engels 2017</p>	
<p>Advies geven dat de patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis naar de receptie kan lopen en vragen waar hij of zij naartoe moet gaan als wegwijzers onduidelijk zijn.</p>	<p>https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid</p>	<p>Validatie en effectiviteit niet bekend.</p>

Concrete tools en methodieken	Bron	Evidentie
<p>Formulieren in meerdere talen aanbieden. Hulp aanbieden bij het invullen van formulieren.</p>		
<p>Verwijsbrief doornemen met de patiënt en uitleggen dat een onderzoek zal worden uitgevoerd en wat de patiënt hiervoor moet doen (uitleg door de huisarts).</p>	<p>https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid</p>	<p>Validatie en effectiviteit niet bekend.</p>
<p>‘Waar ik het over wil hebben met mijn zorgverlener’ Op deze kaart staan pictogrammen en is er ‘ruimte voor vragen’ waarbij mensen zelf kunnen aangeven waarover ze willen praten met de zorgverlener.</p>	<p>Engels 2017</p>	<p>Validatie en effectiviteit niet bekend.</p>
<p>Peil voorkennis en behoefte aan informatie.</p>	<p>Engels 2017</p>	<p>Training Pharos: Validatie en effectiviteit niet bekend.</p>
<p>Vraag naar opleiding en huidige baan.</p>	<p>Di Palo et al., 2017; Heijmans et al., 2016</p>	<p>Checklist Communicatie op maat van laaggeletterden: Validatie en effectiviteit niet bekend.</p>
<p>Training door Pharos: ‘Effectief communiceren met laaggeletterden’ voor huisartsen en andere zorgprofessionals met als doel patiënt of cliënt met beperkte gezondheidsvaardigheden herkennen en vragen, informatie en adviezen beter laten aansluiten op het scholingsniveau en het niveau Nederlands van de patiënt.</p>	<p>https://www.knmp.nl/downloads/checklist-communicatie-met-laaggeletterden.pdf</p> <p>https://www.knmp.nl/patientenzorg/laaggeletterden-en-migranten/laaggeletterdheid-herkennen</p>	
<p>Checklist ‘Communicatie op maat van laaggeletterden’. Met deze checklist kan de zorgverlener controleren of zijn of haar taalgebruik aansluit bij mensen die laaggeletterden zijn.</p>	<p>Vervloet et al., 2018</p>	
<p>Het RALPH-instrument geeft apothekers en andere apothekemedewerkers inzicht in de gezondheidsvaardigheden van een patiënt en de vlakken waarop zich eventuele problemen voordoen.</p>		
<p>Terugvraagmethode (teach-back methode; om een beeld te krijgen in hoeverre een patiënt informatie begrepen heeft).</p>	<p>Engels 2017; Heijmans et al., 2016</p>	

Concrete tools en methodieken	Bron	Evidentie
<p>Wachtkamerfilm 'zelfmanagement' de film maakt mensen ervan bewust dat ze zelf invloed hebben op hun gezondheid (zelfmanagement).</p> <p>3 goede vragen (hulpmiddel voor de patiënt om met de behandelaar in gesprek te gaan over de behandeling en over keuzemogelijkheden). www.3goedevragen.nl</p> <p>Consultkaart (keuzehulp voor patiënten en artsen om verschillende behandelopties voor een aandoening of ziektebeeld te bespreken).</p>	<p>www.3goedevragen.nl Di Palo et al., 2017 www.consultkaart.nl Engels 2017</p>	<p>De 3 goede vragen vinden hun oorsprong in Australië en Engeland. Daar zijn "Ask 3 questions" -campagnes gevoerd die patiënten op succesvolle wijze hebben gestimuleerd om mee te praten over hun zorg. De eerste ervaringen in het Radboudumc zijn veelbelovend. Alle patiënten op de poliklinieken zouden 3 goede vragen ook aanraden aan andere patiënten.</p> <p>Consultkaart is een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten. Consultkaarten worden ontwikkeld door de betrokken wetenschappelijke vereniging en de betrokken patiëntenvereniging waarbij zij ondersteuning kunnen inschakelen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.</p>
<p>Online SMS service waarmee zorgprofessionals patiënten kunnen triggeren om afgesproken gedrag in gang te zetten.</p> <p>Bijsluiter in Beeld is een hulpmiddel om informatie over medicijngebruik duidelijk over te brengen. Het hulpmiddel is gemaakt voor apothekersassistenten, maar het is ook geschikt voor praktijkassistenten en praktijkondersteuners.</p> <p>Follow-up aanbieden om voortgang van doelen te bespreken, neem de afspraak hierover op in een individueel zorgplan. Maak eventueel gebruik van tekeningen of aanvinken van voorgeprint materiaal om dit voor de patiënt te noteren.</p>	<p>ww.flexmessenger.nl Engels 2017</p>	<p>Validatie en effectiviteit: Effectief, positief effect van SMS als triggers op gedragsverandering in verschillende medische situaties.</p> <p>Bijsluiter in beeld: validatie en effectiviteit niet bekend.</p>

Concrete tools en methodieken	Bron	Evidentie
Training door Pharos voor praktijkondersteuners somatiek, praktijkverpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen 'Zorg in eigen hand: coachende vaardigheden bij laaggeletterden met een chronische aandoening' met als doel patiënten motiveren en begeleiden tot betere zelfzorg.	Pharos	
Motiverende gespreksvoering (motivational interviewing) met als doel gedragsverandering bij patiënten op gang te brengen	https://www.movisie.nl/esi/motiverende-gespreksvoering	Motiverende gespreksvoering: Validatie en effectiviteit: Gevalideerd en effectief.
Socratisch motiveren.		
Streefdoel evalueren.	Fransen et al., 2012	
Dagboek bijhouden.		
Gebruik visuele hulpmiddelen (bijvoorbeeld video's van thuisarts.nl) waarmee de patiënt de uitleg beter begrijpt.	Engels 2017	
Nodig de patiënt uit om een familielid of vriend(in) mee te nemen. Zet waar nodig een tolk in.		
Persoonlijk account, patiëntportaal doornemen met de patiënt.		
Andere zorgverleners wijzen op beperkte vaardigheden.		
Diversiteit in diabetes biedt zorgverleners in de eerste en tweede lijn handvatten om in de spreekkamer te gebruiken voor de behandeling van en advisering aan diabetespatiënten van niet westerse-afkomst en laaggeletterden.	https://www.diversiteitindiabetes.nl/	De informatie is verzameld en inhoudelijk beoordeeld met en door het diabetesveld waaronder praktijkondersteuners, internisten, huisartsen, diabetesverpleegkundigen en diëtisten.
Gratis wachtkamerfilmpjes voor laaggeletterden.	https://www.weekvandealfabetisering.nl/downloads#wachtkamerfilmpjes	

Bijlage B.2 Overzicht voorgestelde tools per uitdaging

3.1.1. Ondersteuning bij het voorbereiden van de afspraak

Patiënten ondersteunen in het maken en onthouden van een afspraak.

1. Brief meegegeven of brief wordt thuisgestuurd.
2. (Vooraf) bellen om een afspraak te maken.
3. Vragen om in hun agenda of op een kalender op te schrijven.
4. Patiënten kunnen in hun eigen dossier afspraken terugzien (MyChart).
5. Patiënten krijgen ter herinneren in een app of SMS.

Patiënten ondersteunen bij het formuleren van klachten

1. Informatiemateriaal (bijvoorbeeld over vragen die gesteld kunnen worden, klein kaartje met de symptomen van zwangerschapsvergiftiging, tool met visuele plaatjes van lichaamsdelen, activiteiten, communicatiemap, bollen kaart met plaatjes bij patiënt met diabetes).
2. Vragenlijst laten invullen.
3. Pijnscore meten (VAS, NRS, emoticons, LAST).
4. Meer tijd.
5. Instructietekst wachtkamerscherf.
6. 3 goede vragen.
7. Tolk.

Patiënten ondersteunen bij het invullen van formulieren

1. Maatschappelijk werker helpt.
2. Vooraf bellen.
3. Bespreekbaar maken.
4. Tweetalige medewerker.

Patiënten ondersteunen bij het navigeren binnen huisartspraktijk of ziekenhuis

1. Bewegwijzering (kleurenroutes, borden, pijlen op de grond, routenummers).
2. Navigatieapp.
3. Uitleg bij aanmeld- informatiezuil of door receptioniste.
4. Website.
5. Plattegrond/kaart van ziekenhuis.

3.1.2. Goede samenwerkingsrelatie/vertrouwensband creëren

Beperkte gezondheidsvaardigheden bespreekbaar te maken

1. Zorgvraag/klacht specifieke instructie patiënten.
2. Vertrouwen geven en aangeven dat ze beslist niet de enige zijn.
3. Informatiepalen.
4. Tool gezamenlijke besluitvorming.
5. Wachtkamerposters (tips over wat je moet bespreken met de arts, goed gesprek, samen beslissen).
6. Altijd vragen of het duidelijk is en of er ondersteunende informatie nodig is.
7. Actief aanbieden.
8. Geschoold in "van zorgen naar coachen".
9. Via maatschappelijk werk de omgeving van patiënt activeren.
10. Gesproken woord op website.

11. Het bespreken met belangenbehartigers.
12. Filmpje op wachtkamerscherf.

3.1.3 Communicatie

Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de praktijk herkennen

1. Testen (MOCA, vragenlijsten, PAM1).
2. Onderling met zorgverleners uitwisselen
3. Anamnese.
4. Bespreekbaar maken (vragen of iemand bijvoorbeeld moeite heeft met lezen of schrijven).
5. Bijscholing/training voor zorgverlener.
6. Begrip checken.
7. Derden inschakelen.
8. Informatie terugvragen (terugvraagmethode).

Communicatie en informatie afstemmen op patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden

1. Informatie meegeven (links naar website, schriftelijke adviezen, oefeningen, belangrijkste zaken van het consult meegeven op papier).
2. Verwanten mee laten komen.
3. Tolk.
4. Met ander hulpverleners overleggen en signaleren.
5. Visualiseren (tekeningen, bv. de suiker die in een plak ontbijtkoek zit afgewogen en in een doosje gedaan wat ik tijdens spreekuur laat zien als het nodig is op dat moment).
6. Informatiemodules/infotheek aanwezig.
7. Oefenbladen.
8. Terugvraagmethode (teach back).
9. Taal specifieke informatie.

Nagaan of patiënt de informatie begrepen heeft

1. Herhalen.
2. Nabellen.
3. Beeldmateriaal.
4. Begrip checken (terugvraagmethode).
5. Terug laten komen.
6. Samenvatten.
7. Aan het einde van het consult checklist doorlopen.
8. Afspraken opschrijven.

Samen met de patiënt beslissen over behandelopties

1. Opties voorleggen en bespreken.
2. Samen mogelijkheden bespreken.
3. Samen beslissen (Shared decision making).
4. Verwanten betrekken in het proces.
5. Voor- en nadelen bespreken.
6. Wensen en voorkeuren van de patiënt bespreken.

3.1.4 Medicatiegebruik en zelfmanagement

Patiënt motiveren tot en het plannen van gedragsverandering

1. Socratisch motiveren/motivational interviewing.

2. Groepsconsult.
3. Inzetten andere zorgverleners.
4. Persoonlijk doel formuleren.
5. Feedback door uitslagen.

Begrip en juist gebruik van medicatievoorschriften ondersteunen

1. Op schrift/folder.
2. Mondelinge uitleg.
3. Medicatiecheck.
4. Voordoen
5. Herhalen.
6. Medicatie overzicht.
7. Inzage digitaal dossier.
8. Baxter verpakking.
9. Lijst medicatietijden/SMS.

Gedragsverandering en zelfmanagementtaken volhouden

1. E-health/e-learning (bijvoorbeeld fitbit challenge).
2. Inzet andere zorgverleners zoals POH of verpleegkundig specialist.
3. Werkbladen.
4. Zorgplan opstellen (structuur aanbieden).
5. Streefdoel evalueren.
6. Motiverende gespreksvoering.
7. Training zorgverlener.
8. Dagboek bijhouden.

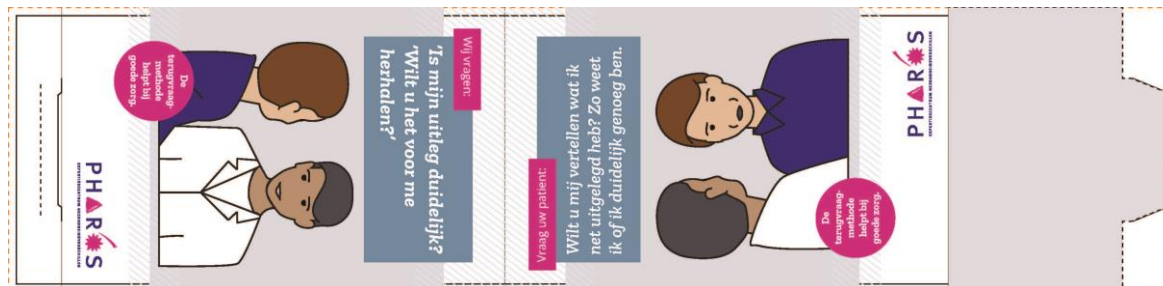
3.1.5 Communicatie naar andere zorgverleners

Follow-up (voorbereiding op volgend consult en de communicatie naar andere zorgverlener) soepeler laten verlopen

1. Zelf contact opnemen met zorgverlener.
2. Verwijsbrief/schriftelijke overdracht naar zorgverlener.
3. Vastleggen in patiëntdossier.
4. Voor controle navragen bij patiënt of verpleegkundige/doktersassistent.

Bijlage C Ontwikkelde tools (tentkaart en poster)

Tentkaart



Tentkaart

De terugvraagmethode voorkomt misverstanden en zorgt voor wederzijds begrip. Neem het voortouw en vraag de patiënt samen te vatten wat u hebt uitgelegd.

Voorbeelden:

- 'Ik wil weten of ik het goed uitgelegd heb. Wilt u me vertellen wat ik verteld heb?'
- 'Kunt u herhalen welke afspraken we hebben gemaakt?'
- 'Kunt u mij vertellen wanneer u de tabletten gaat gebruiken?'
- 'Kunt u het voordoen?'

Tips

1. Beperk uw informatie
2. Vermijd jargon
3. Wees concreet

Slechts 20 tot 40% van uw boodschap wordt onthouden.

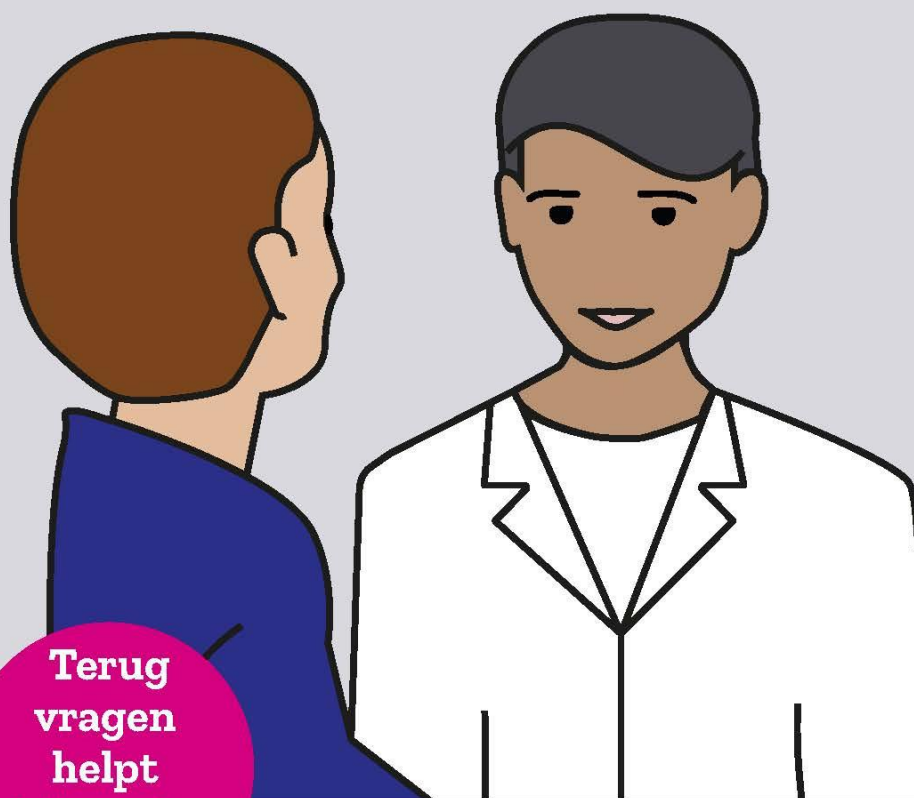
Check ieder gesprek of je informatie overkomt! **Eén op de drie patiënten heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.** Zij begrijpen informatie over gezondheid en zorg niet goed. Zij zijn ongezonder en gaan eerder dood. Eenvoudig communiceren helpt.

Kijk op pharos.nl/terugvraagmethode voor meer informatie.



Wij vragen:

'Wilt u mij vertellen wat ik net uitgelegd heb?' Zo weten wij of we elkaar hebben begrepen.



Terug vragen helpt bij goede zorg.

Bijlage D Aanwezige organisaties bij invitational conference op 26 september 2018

Patiëntenfederatie Nederland
Het LSR
Cliëntenraad Vumc
Cliëntenraad Bernhoven
Cliëntenraad BovenIJ Ziekenhuis
Patiëntenraad Zaans Medisch Centrum
Patiëntenraad OLVG
Zorgbelang Drenthe
NHG
ELZHA (huisartsenorganisatie)
Huisartsenpraktijk de Watertoren
Utrechts Fonds Achterstandswijken
Amsterdam UMC / locatie AMC
UMC Utrecht
GGD Regio Utrecht
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
V&VN
Zorgverzekeraars Nederland
Nivel
Pharos
Stichting Lezen & Schrijven
SCP
Vilans
Fontys Hogeschool
Student HBO Verpleegkunde
Maastricht University
Ministerie van Defensie
Ministerie van VWS
ZonMw