



KENNISSYNTHESE

Gezondheidsvaardigheden

Niet voor iedereen vanzelfsprekend



> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
KENNISSYNTHESE

> ± {G→} ± <
Gezondheidsvaardigheden

> ± {G→} ± <
Niet voor iedereen vanzelfsprekend

UTRECHT,
SEPTEMBER 2014

> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
> ± {G→} ± <
Jany Rademakers

KENNISSYNTHESE

GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN: NIET VOOR IEDEREEN VANZELFSPREKEND

ISBN 978-94-6122-265-7

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2014 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk september 2014

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

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

Inhoud

Managementsamenvatting	5
Gezondheidsvaardigheden; een veelomvattend concept	7
Het belang van gezondheidsvaardigheden	13
Hoe ‘gezondheidsvaardig’ is Nederland?	16
Hoe hangen gezondheidsvaardigheden samen met ziekte en zorg?	18
De leerbaarheid van gezondheidsvaardigheden	25
Zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden; hoe kan het beter?	27
Aanbevelingen	30
Referenties	32
Bijlage	36
<i>Instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden</i>	

Managementsamenvatting

- Van Nederlandse burgers en patiënten wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol op zich nemen in de zorg voor hun eigen gezondheid en ziekte en die van hun naasten. Niet iedereen is daar even goed toe in staat. Sommige mensen ontbreekt het aan de juiste kennis en informatie en aan de vaardigheden om die informatie te krijgen. Soms zijn er andere belemmeringen om actief en betrokken te zijn, zoals een gebrek aan zelfvertrouwen om vragen te stellen aan de zorgverlener, het ontbreken van motivatie om gezonder te leven of omdat men liever heeft dat de arts voor hen beslist. Al deze competenties vallen onder de noemer 'gezondheidsvaardigheden'.
- Gezondheidsvaardigheden worden op veel verschillende manieren gedefinieerd. In meer beperkte definities ligt de nadruk op functionele lees- en rekenvaardigheden en het vermogen om informatie te vinden en te verwerken. Bredere definities omvatten ook psychologische kenmerken, zoals zelfvertrouwen, motivatie en kritisch vermogen, en sociale vaardigheden.
- Gezondheidsvaardigheden zijn belangrijk als verklaring voor sociaal-economische gezondheidsverschillen en zijn volgens de American Medical Association een sterkere voorspeller van iemands gezondheid dan leeftijd, inkomen, werk, opleidingsniveau of culturele achtergrond. De World Health Organisation (WHO) beschouwt gezondheidsvaardigheden als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid.
- Voor drie op de tien volwassen Nederlanders is het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie problematisch. Dit geldt vooral voor mannen, ouderen, mensen met een lagere opleiding en een lager inkomen. Eén op de twee Nederlanders (48%) heeft moeite om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. Hen ontbreekt het aan kennis, motivatie en zelfvertrouwen. Ook hier is er een verband met leeftijd, opleiding en inkomen, en daarnaast met zelfgerapporteerde gezondheid. Ouderen, mensen met een lagere opleiding en een lager inkomen en mensen met een slechtere gezondheid zijn minder actief op het gebied van gezondheid, ziekte en zorg.
- Lage gezondheidsvaardigheden hangen samen met slechtere gezondheidssuitkomsten: een minder goede gezondheid en een grotere kans op overlijden. Gezondheidsvaardigheden zijn op verschillende domeinen van invloed, namelijk op (1) het niveau van kennis en informatie, (2) de leefstijl, (3) het zorggebruik en de toegang tot de zorg, (4) de communicatie met de zorgverlener en (5) zelfmanagement en medicijngebruik.

- Gezondheidsvaardigheden zijn tot op zekere hoogte ‘leerbaar’ en kunnen dus verder ontwikkeld worden. In Amerika zijn verschillende effectieve interventies ontwikkeld om het niveau van *health literacy* en patiënt activatie bij individuen en groepen te bevorderen. In Europa lopen we op dit gebied nog een aantal jaren achter en bestaan veel minder interventies waarvan de effectiviteit bekend is.
- Zorgaanbieders en instellingen kunnen leren om beter met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan. Een eerste voorwaarde is dat men zich bewust is dat er sprake is van een probleem. Dit is nu nog onvoldoende het geval. Er bestaan verschillende checklists waarmee hulpverleners hun manier van communiceren en organisaties (huisartspraktijken, gezondheidscentra, ziekenhuizen) de kwaliteit van hun informatie en hun toegankelijkheid voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen beoordelen. Daarnaast zou effectieve implementatie van bestaande inzichten en hulpmiddelen (folders, *toolkits*) de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden zeker al verbeteren.
- Een belangrijke aanbeveling van deze kennissynthese is dat in Nederland interventies voor de bevordering van gezondheidsvaardigheden moeten worden ontwikkeld en geëvalueerd, zowel voor de klinische setting als voor preventie en gezondheidsbevordering. Daarnaast is het van groot belang om inzicht te krijgen in de barrières bij zorgverleners voor implementatie van bestaande inzichten en hulpmiddelen. Nieuwe zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en anderen) dienen modules over gezondheidsvaardigheden standaard in hun opleidingen te krijgen. Op instellingsniveau (praktijken, gezondheidscentra, ziekenhuizen) dienen gezondheidsvaardigheden een integraal onderdeel te vormen van het beleid en de uitvoering van de zorg. Reeds ontwikkelde checklists kunnen hiervoor handvatten bieden. Adequate financiële randvoorwaarden zijn nodig om daadwerkelijke ruimte te creëren voor de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden.
- Om beleid en praktijk effectief verder te ontwikkelen is meer Nederlands onderzoek naar gezondheidsvaardigheden nodig. Veel onderzoek op dit terrein is gedaan in de Amerikaanse context, en daarom niet automatisch te generaliseren naar de Nederlandse situatie. Over sommige aspecten (bijvoorbeeld de gezondheidsvaardigheden van allochtonen) ontbreekt Nederlands onderzoek. Naast een betere kennis van de prevalentie van lage gezondheidsvaardigheden in specifieke bevolkingsgroepen en inzicht in mechanismen die de samenhang tussen gezondheidsvaardigheden en uitkomsten verklaren, is vooral implementatie- en interventieonderzoek (inclusief de effectiviteit daarvan) relevant.

Gezondheidsvaardigheden; een veelomvattend concept

Van Nederlandse burgers en patiënten wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol op zich nemen in de zorg voor hun eigen gezondheid en ziekte en die van hun naasten. Daarbij gaat het om het voorkómen van ziekten door een gezonde manier van leven, maar ook om het vinden van je weg in de gezondheidszorg, de keuze voor een ziekenhuis, het communiceren met de zorgverlener, meebeslissen over de behandeling en die voor een deel ook zelf uitvoeren (zelfmanagement) (rvz, 2013). Niet iedereen is daar even goed toe in staat. Het ontbreekt hen aan de vaardigheden om deze actieve rol vorm te geven. Tegelijk komen preventie en zorg vaak onvoldoende tegemoet aan de behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Dan hebben we het bijvoorbeeld over het informatieniveau van folders en schriftelijk of digitaal voorlichtingsmateriaal, de toegankelijkheid van een praktijk of ziekenhuis, de manier waarop de zorgverlener communiceert.

In deze kennissynthese gaan we in op de definitie van gezondheidsvaardigheden, waarom ze zo belangrijk zijn, op welke manier ze samenhangen met gezondheid en zorg en wat er, zowel aan de kant van de burger of patiënt als vanuit de zorg, kan worden gedaan om de situatie voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Deze kennissynthese richt zich primair op beleidsmakers en professionals in preventie en zorg. Zij hebben in hun werk immers vaak te maken met mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Daarnaast biedt de kennissynthese aan een breder publiek een overzicht van inzichten en recent onderzoek op dit gebied.

Wat zijn gezondheidsvaardigheden nu precies? Sommige mensen ontbreekt het aan de juiste kennis en informatie om hun beslissingen op te baseren en aan de vaardigheden om die informatie te vinden, te begrijpen en toe te passen. Deze eigenschappen worden meestal bedoeld wanneer men het heeft over gezondheidsvaardigheden. De nadruk ligt daarbij vooral op cognitieve vaardigheden en informatieverwerking. De achterliggende gedachte is dat, als mensen maar de juiste informatie hebben, zij op basis daarvan weloverwogen keuzes maken en besluiten nemen.

Soms zijn er ook andere belemmeringen om actief en betrokken te zijn op het gebied van gezondheid en zorg. Bijvoorbeeld omdat mensen niet genoeg zelfvertrouwen hebben om vragen te stellen aan de zorgverlener, het hen aan motivatie ontbreekt om gezonder te leven of omdat ze liever hebben dat de arts voor hen beslist wat er moet gebeuren. Hier gaat het niet om gezondheidsvaardigheden in engere zin (informatieverwerking) maar om de mate waarin mensen actief willen en kunnen

zijn, hun activatieniveau. Dit wordt, naast kennis, ook vooral beïnvloed door psychologische kenmerken en sociale vaardigheden. In deze kennisynthese hanteren we een brede definitie van gezondheidsvaardigheden, waarin al deze competenties aan de orde komen.

Gezondheidsvaardigheden is de gangbare Nederlandse vertaling van het Engelse begrip *health literacy*. De term gezondheidsvaardigheden is in Nederland geïntroduceerd in 2010 bij de oprichting van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden, een netwerk van organisaties, instellingen, bedrijven en individuen die zich willen inzetten voor een maatschappij waarin iedereen genoeg kennis en vaardigheden heeft om gezond te leven en optimaal te participeren (www.gezondheidsvaardigheden.nl). Daarnaast wordt in het Nederlands soms ook gesproken over ‘gezondheidsgeletterdheid’, een meer letterlijke vertaling van *health literacy* waarbij de nadruk sterker ligt op functionele lees-, schrijf- en rekenvaardigheden.

In Europa staan gezondheidsvaardigheden al sinds eind jaren negentig op de politieke en wetenschappelijke agenda, maar de aandacht voor het onderwerp neemt in de laatste jaren exponentieel toe. Het begrip *health literacy* bestaat al langer en er is, met name in de Verenigde Staten en Groot Brittannië, veel discussie over wat het concept nu precies inhoudt (Tones, 2002; Sørensen et al., 2012). De drie meest gebruikte definities zijn die van de American Medical Association, het Institute of Medicine en de WHO.

Box 1

Drie meest gebruikte definities van *health literacy*

American Medical Association (Ad Hoc Committee AMA, 1999):

The constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the healthcare environment.

Institute of Medicine (Nielsen-Bohlman et al., 2004):

The individuals' capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.

World Health Organisation (WHO) (Nutbeam, 1998):

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

Voor een uitgebreid overzicht van definities en conceptuele modellen die er in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld, verwijzen we naar Fransen et al. (2011a) en Sørensen et al. (2012).

Een belangrijke verklaring voor de discussie over definities van *health literacy* heeft te maken met de context waarin ze ontwikkeld en gebruikt worden. In het algemeen zijn er twee verschillende perspectieven op gezondheidsvaardigheden te onderscheiden: het klinische (of medische) en het volksgezondheidsperspectief (Freedman et al. , 2009; Nutbeam, 2008). Het klinische perspectief op gezondheidsvaardigheden legt de nadruk op de individuele vaardigheden van patiënten in een medische context. Het ontbreken daarvan wordt gezien als een risico (*risk*). Er is vooral vanuit dit perspectief veel onderzoek gedaan, waarbij de nadruk ligt op omgaan met informatie. Het volksgezondheidsperspectief is breder: daarbij ligt de nadruk niet alleen op het zieke individu maar ook op preventie en gezondheidsbevordering, en gaat het bij de vaardigheden niet alleen om het kunnen lezen en begrijpen van medische informatie in een klinische setting maar ook om het kunnen uitoefenen van controle op de eigen gezondheid en op persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren die daarop van invloed kunnen zijn. Deze definities omvatten ook psychologische aspecten, zoals zelfvertrouwen, motivatie en kritisch vermogen, en sociale vaardigheden. Daarover beschikken wordt beschouwd als een aanwinst (*asset*). Vanuit dit perspectief is nog minder onderzoek gedaan.

Een veel gebruikte indeling in verschillende typen gezondheidsvaardigheden is ontwikkeld door Nutbeam (1998, 2000):

- 1 Functionele geletterdheid: basisvaardigheden in lezen en schrijven om effectief in het dagelijks leven te kunnen functioneren;
- 2 Communicatieve of interactieve geletterdheid: meer gevorderde cognitieve vaardigheden en geletterdheid die, samen met sociale vaardigheden, gebruikt kunnen worden om actief deel te nemen aan dagelijkse activiteiten, om informatie te vinden en betekenis te ontleen aan verschillende vormen van communicatie, en om nieuwe informatie toe te passen op veranderende omstandigheden;
- 3 Kritische geletterdheid: meer gevorderde cognitieve vaardigheden die, samen met sociale vaardigheden, kunnen worden toegepast om informatie kritisch te analyseren en deze te gebruiken om meer controle uit te oefenen op belangrijke levensgebeurtenissen en situaties.

In dit model leidt een hoger niveau van gezondheidsvaardigheden tot grotere autonomie en meer mogelijkheden om controle uit te oefenen op het eigen leven, met name op het gebied van gezondheid en zorg. Er bestaat ook onderzoek waaruit blijkt dat het niet om een hiërarchie gaat, maar om afzonderlijke vaardigheden die elk weer ander gedrag beïnvloeden.

In de conceptualisering van gezondheidsvaardigheden vindt ontwikkeling plaats. Opvallend is dat waar het bij *health literacy* aanvankelijk vooral ging om functionele geletterdheid in de klinische context (het feitelijk kunnen lezen en begrijpen van voorschriften bij medicijnen, afsprakenbriefjes en andere medische informatie), het concept later verbreed is met aspecten van *empowerment*: het bevorderen van autonomie voor burgers en patiënten (Nutbeam, 2000, 2008; Tones, 2002). Toch lopen ook nu nog steeds de beide perspectieven op gezondheidsvaardigheden door elkaar.

Een andere ontwikkeling is dat het concept gezondheidsvaardigheden niet meer uitsluitend wordt beschouwd als een individueel 'probleem' (iemand scoort laag en valt daarmee in een risicogroep), maar dat het juist ook gaat om de context waarbinnen iemand moet functioneren. Zo is er verschil in de mate waarin zorgverleners en organisaties rekening houden met mensen met lage vaardigheden. Verder kan goede ondersteuning door anderen eigen lage gezondheidsvaardigheden gedeeltelijk compenseren. In dit kader wordt gesproken over *health literate organisations of health literate societies*.

Zoals gezegd is er nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de psychologische en sociale aspecten van *health literacy*. Wel is ongeveer tien jaar geleden in de Verenigde Staten een onderzoeksprogramma gestart rondom 'patiënt activatie' (Hibbard et al., 2005; Rademakers et al., 2012a). Daarbij gaat het om iemands zelfgerapporteerde kennis, motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot het omgaan met zijn gezondheid of (chronische) ziekte. Bij patiënt activatie wordt minder de nadruk gelegd op cognitie en informatieverwerking maar veel meer op zaken als motivatie, zelfvertrouwen, en eigen effectiviteit. Deze aspecten passen in een brede definitie van gezondheidsvaardigheden. Binnen patiënt activatie zijn verschillende oplopende niveaus van functioneren te onderscheiden (figuur 1, bron: www.InsigniaHealth.com – NL vertaling NIVEL). Met name voor mensen in niveau 1 en 2 is het moeilijk een actieve rol te spelen bij de zorg voor hun eigen gezondheid.

Figuur 1

Vier niveaus van patiënt activatie



Bron: www.InsigniaHealth.com – NL vertaling NIVEL

Er is onderzoek gedaan in hoeverre *health literacy* en patiënt activatie met elkaar samenhangen. Daaruit blijkt dat het, ondanks enige overlap, om twee verschillende concepten gaat (Greene et al., 2005; Lubetkin, Lu, & Gold, 2010; Smith et al. 2013; Nijman et al. 2014). Daarbij is echter vooral gekeken naar functionele (cognitieve) vaardigheden. De samenhang tussen patiënt activatie en functionele gezondheidsvaardigheden is zwak en ze beïnvloedt verschillende uitkomstmaten op het gebied van gezondheid. Als in deze studies psychologische en sociale aspecten deel hadden uitgemaakt van de definitie van *health literacy* en van het gebruikte meetinstrument was de samenhang zeker groter geweest. Die instrumenten waren tot voor kort echter niet beschikbaar.¹ De psychologische kenmerken en sociale vaardigheden die vallen onder patiënt activatie beschouwen wij in deze kennissynthese als een aanvulling op de meestal functioneel en/of cognitief gedefinieerde gezondheidsvaardigheden.

¹ Een overzicht van meetinstrumenten op het gebied van gezondheidsvaardigheden hebben we opgenomen in de bijlage.

Tabel 1

Samenhang tussen functionele health literacy en het niveau van patiënt activatie in de Nederlandse bevolking (in %)

	Lage health literacy (%)	Hoge health literacy (%)
Niveau 1	34.3	18.6
Niveau 2	27.7	25.5
Niveau 3	25.8	31.2
Niveau 4	12.2	24.7
Totaal	100	100

Bron: Rademakers et al., 2014

In deze publicatie zullen de termen *health literacy*, patiënt activatie en gezondheidsvaardigheden alle drie gebruikt worden. Omdat veel onderzoek op het gebied van gezondheidsvaardigheden uitsluitend ingaat op lees-, schrijf- of rekenvaardigheden in een medische context noemen we dit functionele *health literacy* of functionele gezondheidsvaardigheden. Het onderzoek dat specifiek op het gebied van patiënt activatie gedaan is wordt als zodanig beschreven. De term gezondheidsvaardigheden is het koepelbegrip dat zowel *health literacy* (volgens elke definitie) als patiënt activatie omvat.

Voor een deel bouwt deze kennissynthese voort op de notitie 'Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken' die in 2011 door Fransen et al. (AMC Sociale Geneeskunde) werd geschreven als achtergrond bij het briefadvies '[Laaggeletterdheid te lijf](#)' van de Gezondheidsraad aan Minister Schippers (Fransen et al., 2011a). Inmiddels zijn er nieuwe studies gedaan, ook in Nederland, waarvan we de inzichten in deze kennissynthese willen presenteren. Daarnaast hanteren we in vergelijking tot de genoemde publicatie een bredere definitie van gezondheidsvaardigheden waardoor ook andere thema's aan de orde zullen komen.

Het belang van gezondheidsvaardigheden

Waarom zijn gezondheidsvaardigheden eigenlijk zo belangrijk en hoe komt het dat de aandacht voor deze competenties ook in Nederland en Europa toeneemt?

De eerste reden heeft te maken met het feit dat er grote verschillen bestaan wat betreft gezondheid en ziekte tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische achtergrond (Majer et al., 2011, Mackenbach et al., 2008, Mouw et al., 2008, Kunst et al., 2005, Huisman et al., 2005, Adler & Newman, 2002). Opleidingsniveau speelt daarbij een belangrijke rol: in het algemeen kan gesteld worden dat mensen met een lager opleidingsniveau slechtere gezondheidsuitkomsten hebben, zoals een grotere kans op sterfte, meer kanker en hart- en vaatziekten, meer chronische ziekten zoals diabetes en astma/COPD en een slechtere zelfgerapporteerde gezondheid. Naar de samenhang tussen opleiding en gezondheid is al veel onderzoek gedaan. Er zijn verbanden gevonden met leefstijl en gezondheidsgedrag (zoals roken, voeding, bewegen), werk en inkomen, leefomgeving en de mate waarin iemand toegang heeft tot de gezondheidszorg (Schillinger et. al. 2006, Sarkar et al. 2011, Masseria & Giannoni, 2010). Maar over de precieze manier waarop het opleidingsniveau de gezondheidsuitkomsten beïnvloedt, het onderliggende mechanisme, is nog minder bekend (Cutler & Lleras-Muney, 2012; Rademakers et al., 2012b). Steeds vaker worden gezondheidsvaardigheden genoemd als deel van de verklaring van de invloed van opleidingsniveau op gezondheid, en uit onderzoek blijkt dat dat ook inderdaad het geval is (van der Heide et al., 2013a). De World Health Organisation (WHO) beschouwt *health literacy* zelfs als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid (WHO, 2007) en op basis van Amerikaans onderzoek concludeert de American Medical Association dat lage gezondheidsvaardigheden een sterkere voorspeller zijn van iemands gezondheid dan leeftijd, inkomen, werk, opleidingsniveau of culturele achtergrond (Ad Hoc Committee AMA, 1999).

Uit onderzoek blijkt dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden inderdaad een slechtere gezondheid rapporteren en in het algemeen slechtere gezondheidsuitkomsten hebben (Berkman et al., 2011a, 2011b). Er is overigens wel een sterke samenhang tussen opleidingsniveau en gezondheidsvaardigheden, maar deze is niet één-op-één.

Tabel 2

Samenhang tussen opleiding, functionele *health literacy*
en patiënt activatie niveau (in %)

	Opleidingsniveau		
	Laag	Medium	Hoog
Lage literacy	38.0	21.4	9.7
Hoge literacy	62.0	78.7	90.3
Totaal	100	100	100
Niveau 1	31.4	21.2	16.1
Niveau 2	23.3	27.7	23.3
Niveau 3	31.8	29.2	31.5
Niveau 4	13.5	21.9	29.1
Totaal	100	100	100

Bron: Rademakers et al., 2014

Ook bij hoger opgeleiden komen we lage gezondheidsvaardigheden tegen, en omgekeerd (Van der Heide, 2013a; Rademakers et al., 2014). De ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden, zeker de hogere niveaus, wordt door meer factoren bepaald dan het aantal jaren dat iemand op school heeft gezeten. Ook persoonlijke en sociale invloeden spelen een rol. Gezondheidsvaardigheden bieden daarmee een preciezer inzicht in de mogelijkheden en belemmeringen die individuen ervaren in het omgaan met gezondheid, ziekte en zorg dan het generieke concept opleiding.

Een tweede reden voor de toenemende aandacht voor gezondheidsvaardigheden ligt in de verschuiving binnen het gezondheidsbeleid, zowel in Nederland als in andere westerse landen, waarbij een steeds grotere rol en verantwoordelijkheid bij burgers zelf wordt gelegd. Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat mensen die rol niet altijd kunnen of willen vorm geven. Drie op de tien Nederlanders (28,7%) heeft problemen met het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van gezondheidsinformatie (Pelikan et al., 2012). In incidentele gevallen (1,8%) gaat het dan om het ontbreken van functionele lees- en rekenvaardigheden, maar meestal is de informatie in zijn geheel te moeilijk. Wanneer we kijken naar gezondheidsvaardigheden in bredere zin (patiënt activatie) dan scoort één op de vijf Nederlanders (22%) zeer laag (niveau 1) en nog een kwart (26%) laag (niveau 2) (Nijman et al., 2014). Dan gaat het dus om mensen die de actieve patiënten rol om andere redenen niet aankunnen of durven. Er wordt van verschillende kanten benadrukt dat het huidige beleid oog moet hebben voor deze kwetsbare groepen, die moeite hebben met moderne media, niet alle gezondheidsinformatie op een rijtje hebben of de beste zorg voor zichzelf kunnen regelen. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden zijn afhankelijker van de hulp van anderen en moeten maar afwachten wat voor zorg ze krijgen. Er wordt gewaarschuwd dat een al te eenzijdige nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de burger en patiënt kan leiden tot een verdere polarisatie in de samenleving en daardoor tot grotere gezondheidsverschillen (Dixon & Le Grand, 2006). Recent onderzoek toont aan dat op dit moment de gezondheidsverschillen in westerse landen inderdaad toenemen (Meara et al., 2008).

Hoe ‘gezondheidsvaardig’ is Nederland?

Uit [internationaal vergelijkend onderzoek](#) (HLS-EU, Pelikan et al., 2012, Sørensen, 2013) weten we dat Nederland het relatief goed doet wat betreft gezondheidsvaardigheden. In deze studie werden gezondheidsvaardigheden gedefinieerd als ‘het vermogen van mensen om informatie te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om daarmee afwegingen te maken en beslissingen te nemen in het dagelijks leven op het gebied van gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering’. Gemiddeld lag het percentage mensen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden in de acht onderzochte landen op 12,4% (in Nederland 1,8%). Bij nog eens 35,2% van de bevolking in deze landen waren de gezondheidsvaardigheden problematisch (in Nederland 26,9%)

Figuur 2

Niveaus van gezondheidsvaardigheden in verschillende landen en totaal

	Uitstekend	Voldoende	Problematisch	Onvoldoende
Oostenrijk	9,9%	33,7%	38,2%	18,2%
Bulgarije	11,3%	26,6%	35,2%	26,9%
Duitsland	19,6%	34,1%	35,3%	11,0%
Griekenland	15,6%	39,6%	30,9%	13,9%
Spanje	9,1%	32,6%	50,8%	7,5%
Ierland	21,3%	38,7%	29,7%	10,3%
Nederland	25,1%	46,3%	26,9%	1,8%
Polen	19,5%	35,9%	34,4%	10,2%
Totaal	16,5%	36,0%	35,2%	12,4%

Bron: Pelikan et al., 2012

In de Verenigde Staten heeft 14% van de bevolking onvoldoende gezondheidsvaardigheden, bij 22% zijn ze basaal. Bij ongeveer de helft (53%) van de Amerikanen is de *health literacy* voldoende en bij 12% goed (Kutner et al., 2006). Het grootste verschil tussen Nederland en de andere landen zit vooral in de laagste categorie: in Nederland zijn de functionele lees- en rekenvaardigheden in de bevolking beter ontwikkeld, als gevolg van goed onderwijs voor alle kinderen. In een [recent onderzoek](#) in ruim 65 landen waarbij leesvaardigheid centraal stond, kwam het Nederlandse onderwijssysteem op de 10e plaats, met alleen Finland als Europees land boven zich. De Verenigde Staten stonden op de 17e plaats (www.oecd.org/pisa/46643496.pdf).

Desondanks betekent dit nog steeds dat drie op de tien volwassen Nederlanders op de één of andere manier moeite heeft met gezondheidsinformatie. Om welke mensen gaat het dan vooral?

Gezondheidsvaardigheden hangen samen met demografische en sociaaleconomische kenmerken. Mannen en ouderen hebben lagere gezondheidsvaardigheden in vergelijking met vrouwen en jongeren. Een lagere opleiding en een lager inkomen hebben ook een negatieve impact, met name op de basale vaardigheden (vinden en begrijpen van informatie, het functionele niveau) en in mindere mate op de complexere vaardigheden (beoordelen en toepassen, de kritische *health literacy*) (Van der Heide et al., 2013b). In hoeverre allochtonen lagere gezondheidsvaardigheden hebben is in Nederland niet specifiek onderzocht, maar in Amerikaans onderzoek blijkt dit wel het geval te zijn (Paasche-Orlow et al., 2005). Fransen et al. (2013) benadrukken daarom dat Nederlandse zorgverleners daar – naast een eventuele taalbarrière – alert op moeten zijn.

Wanneer we naast het omgaan met gezondheidsinformatie breder kijken naar psychologische kenmerken en sociale vaardigheden (gemeten als patiënt activatie) heeft één op de twee Nederlanders (48%) moeite om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg (Nijman et al., 2014). Zij weten minder goed hoe ze gezondheidsproblemen kunnen voorkomen, en als ze al ziek zijn weten ze minder goed wat de mogelijke oorzaken en behandelingen zijn. Verder geven ze aan moeite te hebben met het stellen van vragen aan de zorgverlener, weten ze niet zeker wat hun medicijnen doen en hebben ze er minder vertrouwen in dat ze bepaalde medische behandelingen zelf thuis kunnen uitvoeren. Ook hier is er een verband met leeftijd, opleiding, inkomen, en daarnaast met zelfgerapporteerde (algemene en geestelijke) gezondheid. Ouderen, mensen met een lagere opleiding en een lager inkomen en mensen met een slechtere gezondheid hebben er meer moeite mee om een actieve rol ten aanzien van hun eigen gezondheid, ziekte en zorg op zich te nemen. Overigens kan het ook juist zijn dat de slechtere gezondheid een gevolg is van het gebrek aan patiënt activatie. In deze studie werden er overigens geen verschillen gevonden in patiënt activatie tussen mannen en vrouwen en naar etnische achtergrond (Nijman et al., 2014).

Hoe hangen gezondheidsvaardigheden samen met ziekte en zorg?

Lage gezondheidsvaardigheden hangen samen met slechtere gezondheidssuitkomsten: een minder goede gezondheid en een grotere kans op overlijden (Berkman et al., 2011a, 2011b). Uit het schaarse Nederlandse onderzoek op dit gebied blijkt dat ook in ons land mensen met lage gezondheidsvaardigheden vaker een matige of slechte gezondheid rapporteren en dat zij vaker last hebben van verschillende ziekten en aandoeningen, zoals astma, diabetes, kanker, hartinfarcten en psychische problemen (Groot & Maassen van den Brink, 2006, Fransen et al., 2011a).

Hoe wordt die samenhang veroorzaakt, of met andere woorden: op welke manier hebben gezondheidsvaardigheden invloed op uitkomsten? Afhankelijk van de gebruikte conceptuele modellen worden verschillende wegen onderscheiden (Nutbeam, 2000, Paasche-Orlow & Wolf, 2007). De belangrijkste domeinen die genoemd worden zijn (1) niveau van kennis en informatie, (2) leefstijl, (3) zorggebruik en toegang tot de zorg, (4) communicatie met de zorgverlener en (5) zelfmanagement en medicijngebruik.

- **Kennis en informatie**

Een belangrijke verklaring voor de slechtere gezondheidssuitkomsten is dat het mensen met lagere gezondheidsvaardigheden vaker aan kennis ontbreekt over gezondheid, (preventie van) ziekten en zorg (Gazmarian et al., 2003, Nijman et al., 2014). Die kennis kunnen mensen krijgen via de ‘traditionele’ kanalen (radio, tv, boeken en tijdschriften, zorgverleners). Het is echter al lang bekend dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden moeite hebben met het lezen en begrijpen van schriftelijke informatie, en op het gebied van patiëntenvoorlichting is dan ook al veel initiatief ondernomen om dat te verbeteren door eenvoudiger taalgebruik en meer beeldmateriaal (zie voor een overzicht van Nederlands materiaal Vilans, 2012). Steeds vaker wordt echter ook internet genoemd als potentiële bron van informatie. Hiermee komen we op het terrein van eHealth: ‘het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.’ Uit de eHealth monitor 2013 blijkt dat tweederde van de Nederlanders op internet zoekt naar informatie over gezondheid, ziekte of behandeling (Krijgsman et al., 2013). Maar ook hier zien we verschillen tussen mensen met hogere en lagere gezondheidsvaardigheden, in deze context *eHealth literacy* genoemd.² Uit Nederlands onderzoek naar *eHealth literacy* bleek dat maar 50% van de deelnemers in staat was de gestelde

² Er is een instrument om *ehealth literacy* te meten vertaald in het Nederlands (eHEALS), maar gezien de lage validiteit van het instrument zullen we dit verder niet bespreken (van der Vaart et al., 2011).

taken (het vinden van een bepaald soort gezondheidsinformatie op internet) succesvol uit te voeren. Ouderen en lager opgeleiden hadden hier de meeste moeite mee (Van Deursen & van Dijk, 2011). Het gegeven dat mensen op zoek gaan naar informatie is dus nog geen garantie dat zij de juiste informatie ook kunnen vinden.

Er is onderzoek gedaan in de Nederlandse bevolking naar de mate waarin patiënt activatie en functionele gezondheidsvaardigheden samenhangen met het gebruik van gezondheidsinformatie op internet. Ruim één op de vier Nederlanders vindt internet geen belangrijke bron van gezondheidsinformatie. Hoe lager het activatieniveau (gemiddelde score op de *Patient Activation Measure* (PAM) – zie bijlage), des te minder vaak maakt men gebruik van internet en kan men de informatie vinden die gezocht wordt (zie tabel 3, pag. 20, Nijman et al., 2014). Patiënt activatie bleek een sterkere voorspeller te zijn van dit gedrag dan functionele gezondheidsvaardigheden, waarmee duidelijk is dat cognitieve aspecten (zoals lezen en begrijpen van informatie) maar gedeeltelijk verklaren waarom mensen wel of niet actief op zoek gaan. Aspecten als motivatie, het gevoel zelf verantwoordelijk te zijn voor gezondheid en eigen effectiviteit spelen een grotere rol.

Overigens moet hier worden opgemerkt dat kennis en informatie niet vanzelfsprekend leiden tot een gezondere leefstijl of een actievere patiëntenrol. Er zijn diverse theorieën en onderzoeken over de factoren die een rol spelen bij gedragsverandering op het gebied van gezondheid (Brug et al., 2007). Naast kennis spelen ook andere interne factoren (risicoperceptie, attitude, verwachting van de eigen effectiviteit) en externe factoren (sociale druk, sociale omgeving, randvoorwaarden in de samenleving) een rol. Meer in het algemeen kan gesteld worden dat de manier waarop mensen beslissingen nemen, ook ten aanzien van gezondheid en zorg, vaak niet rationeel is (Ariely, 2009).

Tabel 3

Mate waarin mensen gezondheidsinformatie op internet kunnen vinden en gebruiken, naar activatieniveau (gemiddelde PAM score) (in %)

	%	PAM score (gem.)	p-waarde
<i>Internet is een belangrijke bron van gezondheidsinformatie</i>			<0.001
Volstrekt niet mee eens	7.2	54.59	
Niet mee eens	20.2	54.69	
Mee eens	55.9	56.63	
Volstrekt mee eens	16.7	61.59	
<i>Ik kan betrouwbare websites vinden</i>			<0.001
Volstrekt niet mee eens	9.0	52.15	
Niet mee eens	44.7	53.99	
Mee eens	42.3	59.99	
Volstrekt mee eens	4.0	66.80	
<i>Ik kan vergelijkende informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen vinden</i>			<0.001
Volstrekt niet mee eens	7.2	54.18	
Niet mee eens	48.0	54.43	
Mee eens	42.1	59.20	
Volstrekt mee eens	2.8	70.54	
<i>Ik kan vergelijkende informatie over de kwaliteit van zorgverzekeringen vinden</i>			<0.001
Volstrekt niet mee eens	5.1	53.32	
Niet mee eens	38.2	53.69	
Mee eens	53.4	58.70	
Volstrekt mee eens	3.4	69.56	
<i>Ik ken de verschillen tussen diverse zorgverzekeringen</i>			<0.001
Niet	10.3	52.25	
Een beetje	50.1	54.95	
Genoeg	38.6	60.26	
Heel goed	1.0	72.84	

- **Leefstijl**

Een minder gezonde leefstijl wordt ook genoemd als verklaring voor de slechtere gezondheid van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Roken is een belangrijke risicofactor voor kanker en hart- en vaatziekten. Uit Amerikaans onderzoek (Center for Health policy Factsheet, Greene & Hibbard, 2012) blijkt dat mensen met lagere gezondheidsvaardigheden vaker roken en minder goed het risico van roken op het krijgen van een hartaanval of herseninfarct begrijpen. Lage gezondheidsvaardigheden zijn ook een sterke voorspeller van roken bij jongeren. Daarnaast hebben mensen met lagere gezondheidsvaardigheden vaker obesitas (BMI>30), begrijpen ze minder goed de negatieve effecten van overgewicht op gezondheid en daarmee de noodzaak om af te vallen. Verder hebben ze moeite om informatie op voedingslabels, en meer in het algemeen het principe van calorieën en verbranding, te begrijpen. Ook nemen mensen met lage gezondheidsvaardigheden minder vaak deel aan screeningsprogramma's en maken zij minder gebruik van preventieve gezondheidszorg (Kobayashi et al., 2014, Center for Health policy Factsheet; Scott et al., 2002; Greene & Hibbard, 2002). Daarbij gaat het om screening voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker, griepvaccinatie, het bezoeken van consultatiebureaus voor baby's en van de tandarts. Hierdoor kunnen gezondheidsproblemen minder vaak in een vroeg stadium worden opgespoord en behandeld.

- **Zorggebruik en toegang tot de zorg**

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden vinden het moeilijker om te bepalen wanneer ze zelf een gezondheidsprobleem kunnen oplossen en wanneer ze daarvoor naar een arts moeten gaan. Dit leidt er toe dat mensen vaker naar de huisarts en specialist gaan dan volgens hun gezondheidstoestand nodig is (Fransen et al., 2011a). In een Nederlands onderzoek onder diabetespatiënten bleek dat mensen met een laag activatieniveau inderdaad hogere zorgkosten hadden dan mensen met een hoger niveau. Vooral mensen in het laagste niveau staken ongunstig af tegen andere groepen. Ze gebruikten tussen de 1500 en 2000 euro per jaar meer aan zorg binnen de basisverzekering. Vooral hadden ze vaker contact met hun huisarts (Hendriks et al., 2013).

Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat mensen met lagere gezondheidsvaardigheden vaker bij eerste hulpafdelingen terecht komen en vaker in ziekenhuizen worden opgenomen (Berkman et al., 2011). Ook in deze gevallen leidt het zorggebruik tot onnodige kosten.

Wanneer men professionele hulp zoekt wordt in Nederland verwacht dat mensen zelf een bewuste keuze maken voor de zorgverlener / medisch specialist of het ziekenhuis waar ze naar toe gaan. De gedachte hier achter is dat een actieve keuze, op basis van indicatoren die mensen

kunnen vinden op het internet, leidt tot betere kwaliteit van zorg. In de praktijk blijkt dat echter weinig te gebeuren (Victoor et al., 2014, Rademakers et al., 2014). Zes op de tien Nederlanders gaan niet zelf op zoek naar informatie, de meesten van hen gaan naar het ziekenhuis dat door hun huisarts wordt geadviseerd, waar ze goede ervaringen mee hebben of dat het dichtste bij is (Victoor et al., 2014, Rademakers et al., 2014). Er is een significante invloed van functionele *health literacy* en activatieniveau: in de groepen die op deze kenmerken het laagst scoren gaan nog minder mensen zelf op zoek naar informatie. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden vinden de vergelijkende informatie op internet ook moeilijk te vinden (tabel 3). Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden en/of mensen die niet zelf actief op zoek gaan naar een zorgverlener rapporteren inderdaad wel een lagere kwaliteit van zorg (Hendriks et al., 2013, Victoor et al., in voorbereiding). Vooral gaat het dan om minder positieve ervaringen in de interactie met de zorgverlener. Naast de slechtere gezondheidsuitkomsten is deze lagere ervaren kwaliteit een extra reden om na te gaan hoe de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden verder verbeterd kan worden.

- **Communicatie met de zorgverlener**

Communicatie tussen patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en zorgverleners verloopt vaak moeizaam (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden geven aan dat zij negatieve ervaringen hebben met communicatie en bejegening door hulpverleners (Hendriks et al., 2013, Morris et al., 2011). De problemen doen zich met name voor op de terreinen communicatie, informatie en gedeelde besluitvorming, die door deze patiënten en zorgconsumenten als te veel of te ingewikkeld ervaren worden.

Van de kant van de patiënt staan het gebrek aan kennis en schaamte over het feit dat men informatie niet kan lezen of begrijpen een actieve rol in de weg. Patiënten hebben vaak manieren ontwikkeld om niet te hoeven zeggen dat ze moeite hebben met lezen of het begrijpen van informatie: één derde van de mensen met lage gezondheidsvaardigheden die opgenomen waren in een ziekenhuis gaven aan dat ze slecht zicht hadden, en nog 7% dat hun gehoor niet goed was (Morris et al., 2011). Daarom vroegen ze iemand anders voor hen te lezen of hen bij te staan.

Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich passiever opstellen in het consult met een zorgverlener (Katz et al., 2007, Paasche-Orlow & Wolf, 2007). In een recent Nederlands onderzoek naar de communicatie van chronische patiënten met zorgverleners bleek dat lage *health literacy* en lage patiënt activatie de belangrijkste belemmerende factoren waren voor participatie van patiënten in het consult (Henselmans et al., 2014). De meest voorko-

mende redenen die genoemd werden waren dat zij niet lastig wilden zijn, dat ze het gevoel hadden dat er te weinig tijd was en dat ze pas na afloop van het consult bedachten wat ze hadden willen vragen.

Opvallende conclusie in dit onderzoek is dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich niet alleen anders gedragen (minder deelnemen aan het consult), maar ook dat zij zich anders voelen: zij zijn minder zelfverzekerd en zien meer barrières om aan het gesprek deel te nemen. Uit hetzelfde onderzoek bleek overigens dat deze groep baat zou hebben bij relatief eenvoudige vormen van ondersteuning, zoals een zogenaamde *Question Prompt List* (QPL), een lijstje van vragen dat ze voorafgaande aan het consult maken en waarmee ze hun eigen agenda en prioriteiten niet uit het oog verliezen.

Veel zorgverleners hebben niet in de gaten dat mensen lage gezondheidsvaardigheden hebben. Ook gebruiken ze vaak ingewikkeld, medisch taalgebruik. Er zijn verschillende methoden om na te gaan of mensen lage vaardigheden hebben (checklists) en of ze de informatie die ze hebben gekregen hebben begrepen (bijvoorbeeld door middel van de 'teach back' methode). In het [overzicht van Vilans](#) (2012) worden verschillende *toolboxes* en materialen aangeboden die kunnen helpen om de communicatie met mensen met lage gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Een slechtere communicatie heeft als gevolg dat mensen minder goed begrijpen wat er met hen aan de hand is en wat bijvoorbeeld de instructies zijn rondom behandeling en medicijngebruik. Dit leidt vervolgens weer tot een grotere kans op incidenten en situaties waarbij de patiëntveiligheid in het geding is (AMA, 2009).

- **Zelfmanagement**

Door de toename van het aantal mensen met een chronische ziekte die voor een deel de zorg voor hun ziekte ook zelf kunnen en vaak ook willen uitvoeren, komt er de laatste jaren meer aandacht voor zelfmanagement. Zelfmanagement heeft verschillende dimensies: medische aspecten (zoals het monitoren van symptomen, medicatiegebruik), omgaan met de psychologische en sociale consequenties van de ziekte ('coping'), leefstijlaanpassingen kunnen volhouden en het omgaan met zorgverleners.

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben meer moeite met zelfmanagement. Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat er een samenhang is tussen patiënt activatie en de mate waarin iemand in staat is zelfmanagementtaken uit te voeren. Mensen met een hoger activatieniveau doen meer aan zelfmanagement, maken vaker gebruik van ondersteuning op het gebied van zelfmanagement en hun therapietrouw is beter (Mosen et al., 2007, Fowles et al., 2009, Rask et al., 2009). Onderzoek naar patiënt activatie bij het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (Jansen et al., 2012) heeft echter aangetoond dat ongeveer vier op de tien chronisch zieken in Nederland niet in staat

zijn om zelfmanagementtaken goed uit te voeren. Het gaat daarbij vooral om mensen met een lagere opleiding, chronisch zieken met een beperking en/of meerdere aandoeningen en alleenstaanden. Mensen met een laag activatieniveau hebben ook meer behoefte aan ondersteuning op het gebied van zelfmanagement (Heijmans et al., aangeboden). Deze moet dan wel aansluiten bij het niveau waar zij op functioneren (ondersteuning op maat). Op basis van een interventiestudie concludeert Hibbard et al. (2007) dat goede ondersteuning, die leidt tot een toename van patiënt activatie, ook daadwerkelijk resulteert in een stijging van diverse gedragingen op het gebied van zelfmanagement.

Incorrect medicijngebruik wordt vaak genoemd als een belangrijk risico bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden (Berkman et al., 2011b). Met name gaat het dan om het minder goed begrijpen van de werking van de medicijnen, van de etiketten, bijsluiters en (mondelinge) instructies voor het innemen en, als gevolg daarvan, om het minder goed innemen van medicijnen (Davis et al., 2006a, 2006b). Op basis van Amerikaanse studies is een schatting gemaakt dat ongeveer de helft van de volwassenen problemen heeft met relatief eenvoudige instructies (zoals drie maal dagelijks twee tabletten innemen) en waarschuwingen op medicijnen (zoals 'in zijn geheel doorslikken', alleen voor uitwendig gebruik). Bij laaggeletterden ligt dit percentage uiteraard nog hoger.

De leerbaarheid van gezondheidsvaardigheden

Wanneer gezondheidsvaardigheden statisch waren zou de meerwaarde ten opzichte van een concept als opleidingsniveau beperkt zijn. Gelukkig is dat niet het geval. Gezondheidsvaardigheden kun je, tot op zekere hoogte, leren. Op het meest functionele niveau gaat het om leren lezen, schrijven en rekenen. Dat het Nederlandse schoolsysteem goed is, is een belangrijke basis die ons internationaal gezien een voor-sprong geeft. Toch heeft ook Nederland nog steeds 250.000 analfabeten (1,5% van de bevolking) en 1,3 miljoen laaggeletterden of zogenaamde *functioneel analfabeten* (7,9% van de bevolking) (website Stichting Lezen en Schrijven, www.lezenenschrijven.nl). Vaak gaat het om mensen die om een bepaalde reden veel schooluitval hadden, die dyslectisch zijn, of waar Nederlands thuis niet de eerste taal is. Via de Stichting Lezen en Schrijven worden lees- en schrijfcursussen voor volwassenen aangeboden.

Ook *health literacy* is een competentie die men kan leren en verder ontwikkelen. Dit inzicht sluit aan bij principes uit de gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, waarmee men met voorlichting (aan patiënten, op scholen en via de media) een hoger niveau van kennis en inzicht over gezondheid wil realiseren. Nutbeam (2000) benadrukt dat niet alleen de cognitieve ontwikkeling van mensen belangrijk is voor hun uiteindelijke gedrag, maar ook iemands persoonlijke en sociale vaardigheden en de inschatting van de eigen effectiviteit. In zijn model is *health literacy* een intermediaire uitkomst van gezondheidsvoorlichting en een predictor van leefstijl en effectief gebruik van zorg.

Hibbard & Mahoney (2010) leggen in hun theorie over de ontwikkeling van patiënt activatie een link met iemands positieve of negatieve emoties in het dagelijks leven, ook buiten de context van gezondheid en zorg. Mensen die minder actief zijn hebben vaker negatieve gevoelens en een negatief zelfbeeld. Hun houding is vergelijkbaar met wat in de psychologie 'aangeleerde hulpeloosheid' wordt genoemd, waarbij iemand door ervaring heeft geleerd geen invloed te kunnen uitoefenen op de situatie en vervolgens ook geen actie meer onderneemt (Colman, 2001). Het is hierdoor nog begrijpelijker waarom juist mensen met een lagere sociale status (opleiding, beroep en inkomen) wat betreft gezondheid en zorg minder actief zijn: zij hebben ook in andere domeinen van hun leven relatief vaak te maken met situaties waar ze toch geen controle op hebben. Volgens Hibbard & Mahoney (2010) is het mogelijk om deze negatieve spiraal om te buigen tot een positieve, door mensen steeds kleine, realistische taken en opdrachten te geven die aansluiten bij hun activatieniveau en die ze goed kunnen vervullen.

Hierdoor krijgen ze vervolgens meer zelfvertrouwen om complexere taken uit te voeren. Uiteraard moet hierbij worden opgemerkt dat de leerbaarheid van gezondheidsvaardigheden binnen één individu niet eendeloos is. Daarvoor spelen te veel andere interne en externe factoren een rol. Ook zullen er altijd individuen en groepen zijn die meer moeite hebben met een actieve rol. Toch biedt het concept gezondheidsvaardigheden zeker aanknopingspunten voor ontwikkeling.

In Amerika zijn verschillende effectieve interventies ontwikkeld om het niveau van *health literacy* en patiënt activatie bij individuen en groepen te bevorderen (Hibbard & Gilbert, 2014; Berkman et al., 2011a). Deze interventies hebben positieve effecten op leefstijl, gebruik van gezondheidsinformatie en hulpmiddelen voor beslissingsondersteuning, zelfmanagement, therapietrouw en klinische uitkomsten. In het algemeen kunnen we drie typen interventies onderscheiden:

- 1 Interventies die direct gericht zijn op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden;
- 2 Interventies die op maat gemaakt zijn voor mensen met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden (zogenaamde ‘*tailored interventions*’);
- 3 Interventies die gericht zijn op het verbeteren van gezondheidsuitkomsten en waarin aandacht is voor de verschillende effecten op mensen van verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden.

In Europa lopen we op dit gebied nog een aantal jaren achter en bestaan veel minder interventies waarvan de effectiviteit bekend is. In het [overzicht van Vilans](#) (2012) zien we vooral *toolboxes* en hulpmiddelen voor de directe communicatie met de individuele patiënt in de klinische setting, maar geen groepsinterventies of activiteiten op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting. Daarbij speelt ook mee dat de doelen van interventies in Europa niet altijd specifiek gericht zijn op gezondheidsvaardigheden (en dus ook niet meten of de interventie op dat gebied effectief is) maar meer in het algemeen op *empowerment*, participatie, zelfmanagement of gezond ouder worden. In het voorjaar van 2015 zullen de resultaten van een Europese studie (HEALIT4EU) worden gepubliceerd waarin een overzicht wordt gegeven van Europese interventiestudies op het gebied van gezondheidsvaardigheden.

Zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden; hoe kan het beter?

In de voorafgaande paragraaf hebben we gekeken naar de leerbaarheid van gezondheidsvaardigheden door individuele burgers en patiënten. Ook zorgaanbieders en instellingen kunnen echter leren om beter met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan. Een eerste voorwaarde is dan wel dat men er zich van bewust is dat er sprake is van een probleem. Uit onderzoek is bekend dat artsen in de regel het niveau van de gezondheidsvaardigheden van hun patiënten overschatten, en dat zij zich nauwelijks bewust zijn van het feit dat lage gezondheidsvaardigheden een belemmering voor de patiënt kunnen zijn bij het begrijpen van de informatie (Kripalani & Weiss, 2006). En zelfs wanneer ze zich er wél van bewust zijn, zijn ze nog niet altijd in staat hun manier van communiceren aan het lagere vaardigheidsniveau aan te passen. Om dit te leren is er behoefte aan scholing. Het zou wenselijk zijn om modules over gezondheidsvaardigheden standaard in de opleidingen van artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners op te nemen, en het thema te integreren in het praktische communicatie-onderwijs. Voor zorgverleners die al werkzaam zijn, bestaan er verschillende workshops en trainingen (Vilans, 2012).

Daarnaast zijn er manieren om er voor te zorgen dat een zorginstelling beter is georganiseerd en ingericht voor de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Brach et al. (2012) beschrijven tien kenmerken van een *'health literate care organisation'*. Die hebben betrekking op alle geledingen in de organisatie (management, personeel, zorggebruikers), alle activiteiten (planning, evaluatie, verbetering van zorg), met een focus op communicatie (met behulp van eenvoudige folders en informatiematerialen) en speciale aandacht voor hoog-risico situaties (overdracht, informatie over medicijngebruik).

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft voor Nederlandse huisartsen een [toolkit](#) gemaakt waarin onder meer twee checklists zijn opgenomen: één om de eigen stijl van communiceren mee te screenen (figuur 3, pag. 28-29) en één om de toegankelijkheid en inrichting van de praktijk mee te beoordelen. Op deze manier worden huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn zich meer bewust van de problemen die mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen ervaren en, nog belangrijker, wat zij daar zelf aan kunnen doen. Voor een deel gelden deze checklists uiteraard ook voor de tweede lijn. In ziekenhuizen kan met name de bewegwijzering een probleem zijn voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Verschillende ziekenhuizen, ook in Nederland, proberen deze te vereenvoudigen. Rima & Judd (2006) hebben een checklist voor ziekenhuizen en gezondheidscentra gemaakt waarmee zij kunnen nagaan of zij een *'health literate'* organisatie zijn.

Figuur 3

Checklist communicatie op maat voor laaggeletterden

1/2

De volgende checklist kunt u gebruiken om uw eigen taalgebruik beter onder de loop te nemen. De checklist kunt u direct na een consult invullen. Bestudeer voor meer informatie het hoofdstuk 'Tijdens het spreekuur' van de toolkit.

✓	Begroet u de patiënt warm, met een lach en open houding? Laaggeletterden voelen zich vaak onzeker en niet op hun gemak.
✓	Gebruikt u eenvoudige taal? Maar blijft u de patiënt als volwassen persoon aanspreken?
✓	Maakt u tekeningen, gebruikt u illustraties of demonstreert u met 3-dimensionale modellen? Zorg dat deze duidelijk zijn en geen extra vragen oproepen. Zie hoofdstuk 'Tijdens het spreekuur' van de toolkit.
✓	Maakt u korte zinnen? Zoals: 'Ik loop naar de kast. Ik pak mijn jas'. Niet: ik loop naar de kast omdat ik mijn jas wil pakken.
✓	Gebruikt u eenvoudige woorden? Niet: 'de jeugd van tegenwoordig' maar 'kinderen van onze school'.
✓	Gebruikt u zoveel mogelijk de tegenwoordige tijd? 'Ik loop. Ik zit. Ik spreek.'
✓	Vermijd u beeldspraken? Niet: 'ik wil graag een vinger aan de pols houden'.
	Z.O.Z.

TIP U kunt voor elk onderdeel van deze lijst nagaan of u deze toepast in uw communicatie. Ook kunt u de aangeven hoe hoog u scoort voor ieder onderdeel op een schaal van 1 tot 5.

Checklist Communicatie op maat van laaggeletterden

Checklist Communicatie op maat van laaggeletterden



2/2

✓	Spreekt u duidelijk en niet te snel?
✓	Maakt u notities? Bijvoorbeeld van de woorden die de patiënt gebruikt om zijn ziekte of probleem te beschrijven en gebruikt u deze in de conversatie?
✓	Stelt u maar één vraag te gelijk?
✓	Beperkt u de informatie tot 3-5 kernpunten en prioriteert u deze? De belangrijkste drie zaken die een patiënt moet weten zijn: wat hij heeft, wat hij moet doen en waarom het belangrijk is dat te doen.
✓	Herhaalt u de belangrijkste punten?
✓	Moedigt u patiënten aan om vragen te stellen?
✓	Bevestigt u dat u de patiënt begrijpt? Door hem/haar in eigen woorden te herhalen.
✓	Checkt u met de teach-back-methode? Vertel dat u wilt checken of u het goed hebt uitgelegd. Vraag de patiënt te herhalen wat u net verteld hebt.
✓	Gebruikt u de gebiedende wijs? Bijvoorbeeld: 'Neem elke dag één van deze pillen'. Laaggeletterden ervaren dit niet als betuttelend, maar als duidelijk.

Bron: Pharo en NIGZ

TIP

Laat meerdere praktijkmedewerkers deze lijst nagaan en bespreek de resultaten in het team. Wat zijn de gemeenschappelijke aandachtspunten? Hoe kunnen deze opgepakt worden?

Bron: LHV Toolkit Laaggeletterdheid; www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid

Aanbevelingen

De belangrijkste conclusie van deze kennissynthese is dat lage gezondheidsvaardigheden een negatieve invloed hebben op gezondheidssuitkomsten. Tegelijk is geconstateerd dat mensen, tot op zekere hoogte, gezondheidsvaardigheden kunnen leren en ontwikkelen en dat ook zorgaanbieders en instellingen kunnen leren om beter met mensen met lage gezondheidsvaardigheden te communiceren.

Hoewel in Amerika al een aantal effectieve interventies zijn ontwikkeld en geïmplementeerd om *health literacy* en patiënt activatie in individuen en groepen te bevorderen lopen we in Europa op dit gebied achter en bestaan er veel minder interventies waarvan de effectiviteit bekend is. De ontwikkeling en evaluatie van dergelijke interventies in Nederland, zowel voor de klinische setting als voor de preventie en gezondheidsbevordering, is dan ook de eerste aanbeveling.

Voor en door zorgverleners en organisaties is er al materiaal ontwikkeld om de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Effectieve implementatie van bestaande inzichten en hulpmiddelen (folders, *toolkits*) gebeurt echter niet op grote schaal. Inzicht in de barrières voor implementatie ontbreken op dit moment. Zijn beleidsmakers en professionals zich te weinig bewust van de problemen die mensen met lage vaardigheden ervaren ten aanzien van gezondheid, ziekte en zorg? Dan zou een landelijke bewustmakingscampagne een belangrijke aanbeveling zijn. Gaat het vooral om het ontbreken van vaardigheden? Dan kunnen training en scholing uitkomst bieden. Een belangrijke aanbeveling, kortom, is het krijgen van inzicht in deze barrières.

Voor nieuwe zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en anderen) is het van belang dat zij modules over gezondheidsvaardigheden standaard in hun opleidingen krijgen en dat het thema geïntegreerd wordt in het praktische communicatie-onderwijs.

Op instellingsniveau (praktijken, gezondheidscentra, ziekenhuizen) dienen gezondheidsvaardigheden een integraal onderdeel te vormen van het beleid en de uitvoering van de zorg. Dat gaat om het creëren van bewustzijn voor dit onderwerp in de organisatie, adequate toegankelijkheid (bewegwijzering, informatievoorziening), training van medewerkers etc. Reeds ontwikkelde checklists kunnen hiervoor handvatten bieden.

In [reactie op het advies](#) van de Gezondheidsraad in 2011 heeft de Minister van vws het belang van gezondheidsvaardigheden erkend. Ook in de brief '[Van systemen naar mensen](#)' (2013) pleit het Ministerie van vws voor gedifferentieerde zorg die aansluit bij individuele behoefte

ten en mogelijkheden. De aanbevelingen van de Gezondheidsraad, bijvoorbeeld voor extra honorering voor zorg aan laaggeletterden (als vergoeding voor tijdsinvestering) werden echter niet overgenomen. Toch is van belang dat er door middel van adequate financiële randvoorwaarden daadwerkelijke ruimte wordt gecreëerd voor de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

Om beleid en praktijk effectief verder te ontwikkelen is meer Nederlands onderzoek naar gezondheidsvaardigheden nodig. Veel onderzoek op dit terrein is gedaan in de Amerikaanse context, en daarom niet automatisch te generaliseren naar de Nederlandse situatie. Over sommige aspecten (bijvoorbeeld de gezondheidsvaardigheden van allochtonen) ontbreekt Nederlands onderzoek.

Relevante thema's voor onderzoek zijn:

- De prevalentie van lage gezondheidsvaardigheden in specifieke bevolkingsgroepen en patiëntpopulaties, en nagaan wat hun behoeften zijn op het gebied van ondersteuning en zorg;
- Determinanten van lage gezondheidsvaardigheden, de verklarende mechanismen en de aanknopingspunten voor ontwikkeling;
- Verder inzicht in de samenhang tussen gezondheidsvaardigheden en uitkomsten via de verschillende kanalen: kennis en informatie, leefstijl, zorggebruik en toegankelijkheid van de zorg, communicatie met de zorgverlener en zelfmanagement;
- Problemen die door zorgverleners en organisaties ervaren worden bij de implementatie van beleid, inzichten en hulpmiddelen op het gebied van gezondheidsvaardigheden;
- De effectiviteit van het implementeren van beleid, inzichten en hulpmiddelen op het gebied van gezondheidsvaardigheden op de uiteindelijke kwaliteit van zorg aan de doelgroep;
- De effectiviteit van bestaande en nieuwe interventies voor de verbetering van de communicatie in de klinische praktijk, zowel op proces- als op uitkomstniveau;
- De ontwikkeling van groepsinterventies en interventies op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting, en onderzoek naar de effectiviteit daarvan, zowel op proces als op uitkomstniveau.

Referenties

- Ad Hoc Committee on Health literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(6):552-557.
- Adler N.E., Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs (Millwood)*, 2002, 21: 60-76.
- American Medical Association Foundation. *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Reducing the risk by designing a safer, shame-free health care environment*. AMA Continuing Medical Education Program. Chicago. AMA, 2009.
- Arieli D. *Predictably irrational, the hidden forces that shape our decisions*. New York, Harper, 2009.
- Berkman N.D. et al. *Health Literacy Interventions and outcomes: An updated systematic review*. AHRQ Publication (Rockville, USA) No. 11-E006, 2011a.
- Berkman N.D., et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2011b, 155(2): 97-107.
- Brach C., Keller D., Hernandez L., Baur C., Parker R., Dreyer B., Schyve P., Lemerise A., Schillinger D. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. IOM Roundtable on Health Literacy, June 2012.
http://www.ahealthyunderstanding.org/Portals/0/Documents/IOM_Ten_Attributes_HL_Paper.pdf
- Brug J., Assema P. van, Lechner L. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*. Assen, Koninklijke van Gorcum, 2007
- Center for Health Policy, University of Missouri. *Factsheet Health Literacy, Preventive Health Care, and Healthy Lifestyles*; Missouri.
<http://medicine.missouri.edu/policy/docs/factsheets/HLhealthylifestyles.pdf>
- Chew L.D., Bradley K.A., Boyko E.J. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 2004;36:588-594.
- Colman A.M. (2001). *A dictionary of psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Cutler D.M., Lleras-Muney A. *Education and health: Insights from international comparisons*. Working paper no. 17738. National Bureau of Economic Research; 2012.
<http://www.nber.org/papers/w17738>
- Davis T.C., Long S.W., Jackson R.H., Mayeaux E.J., George R.B., Murphy P.W., Crouch M.A. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 1993, 25(6):391-5.
- Davis T.C., Wolf M.S., Bass I.I.I.P.F., Thompson J.A., Tilson H.H., Neuberger M., et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of Internal Medicine*, 2006a,145(12):887-894.
- Davis T.C., Wolf M.S., Bass P.F., Middlebrooks M., Kennen E., Baker D.W., et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 2006b, 21(8):847-851.
- Dixon A, Le Grand J. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006, 11(3):162-166.
- Deursen J. van & van Dijk J. Internet Skills Performance Tests: Are People Ready for eHealth? *Journal of Medical Internet Research*, 2011 13(2):e35.
- Fowles J, Terry P, Xi M, Hibbard JH, Bloom CT, Harvey L. Measuring self-management of patients' and employees' health: Further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient Education and Counseling*, 2009; 77(2): 116 – 122.
- Fransen M.P., Stronks K., Essink-Bot M.L. *Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken*. Achtergronddocument bij: Gezondheidsraad. Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011a.
- Fransen M.P., Van Schaik T., Twickler T., Essink-Bot M.L. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, 2011b, 16 Suppl 3:134-49.
- Fransen M.P., Harris V.C., Essink-Bot M.L. Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst: Alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2013,157(14):A5581.

- Fransen M.P, Leenaars K.E.F., Rowlands G, Weiss B, Pander Maat H, Essink-Bot M.L. International Application of Health Literacy Measures: Adaptation and Validation of the Newest Vital Sign in the Netherlands. *Patient Education & Counseling* (accepted).
- Freedman D., Bess K., Tucker H., Boyd D., Tuchman A., Wallston K. Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 2009, 36(5): 446-451.
- Gazmarian J., Williams M., Peel J., Baker D. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education & Counseling*, 2003, 51(3), 267-275.
- Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf*. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- Greene J., Hibbard J., & Tusler M. *How much do health literacy and patient activation contribute to older adults' ability to manage their health? AARP Public Policy Institute Report*. 2005, June.
http://www.aarp.org/health/doctors-hospitals/info-06-2005/2005_05_literacy.html
- Greene J., & Hibbard J. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 2012, 27(5):520-6.
- Groot W., Maassen van den Brink H. *Stil vermogen, een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid*. Den Haag: Stichting Lezen & Schrijven; 2006.
- Heide I. van der, Wang J., Droomers M., Spreeuwenberg P., Rademakers J., Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, 2013a, 18 Suppl 1:172-84.
- Heide I. van der, Rademakers J., Schipper M., Droomers M., Sørensen K., Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 2013b, 27:13:179.
- Hendriks M., Plass A.M., Heijmans M., Rademakers J. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten. Utrecht, NIVEL, 2013.
- Henselmans I., Heijmans M., Rademakers J., Dulmen S. van. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expectations*: 2014, ePub ahead of print, DOI: 10.1111/hex.12206.
- Heijmans M., Rijken M., Nijman J., Rademakers J. Patient activation among chronic disease patients and implications for self-management support needs [aangeboden].
- Hibbard J., Mahoney E., Stockard J., & Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure . *Health Services Research*, 2005, 40: 1918 – 1930.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 2007, 42(4):1443-63.
- Hibbard J., Mahoney E. Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Education & Counseling*, 2010, 78: 377-381.
- Hibbard J. & Gilbert H. Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation. London, Kings Fund, 2014.
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/supporting-people-manage-health-patient-activation-may14.pdf
- Huisman, M., Kunst, A.E., Bopp, M., Borgan, J.K., Borrell, C., Costa, G., et al. (2005) Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*, 365:493-500.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 2008, 31(5): 874-879.
- Jansen D., Spreeuwenberg P., Heijmans M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken; rapportage 2012. Utrecht, NIVEL, 2012.
- Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: A mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 2007; 22: 782-786.
- Kobayashi L.C., J. Wardle and C. von Wagner Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine*, 2014. 61: p. 100-5.
- Krijgsman J., Bie J. de, Burghouts A., Jong J. de, Cath G.J., Gennip L. van, Friele R. *eHealth, verder dan je denkt*:

- eHealth-monitor 2013. Utrecht, Nictiz/NIVEL, 2013.
- Kripalani S., & Weiss B. Teaching About Health Literacy and Clear Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 2006; 21(8): 888–890.
- Kunst A.E., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Lissau I., Regidor E., Mackenbach J.P. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34:295–305.
- Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C., White S. *The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*, (NCES 2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006.
- Lubetkin E., Lu W., & Gold M. Levels and correlates of patient activation in health center settings: Building strategies for improving health outcomes. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2010, 21: 796 – 808.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A. J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
- Majer I.M., Nusselder W.J., Mackenbach J.P., Kunst A.E. (2010) Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2011, 65:972–979.
- Martin L.T., Ruder T., Escarce J.J., Ghosh-Dastidar B., Sherman D., Elliott M., Bird C.E., Fremont A., Gasper C., Culbert A., Lurie N. Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 2009, 24, 11:1211–6.
- Masseria C., Giannoni M. (2010) Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach. *European Journal of Public Health*, 20, 5:504–510.
- Meara E.R., Richards S., Cutler D, The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy, by education, 1981–2000. *Health Affairs* (Millwood), 2008. 27(2): p. 350–60.
- Morris N, Grant S., Repp A., MacLean C., Littenberg B. Prevalence of Limited Health Literacy and Compensatory Strategies Used by Hospitalized Patients. *Nursing Research*, 2011 Sep-Oct; 60(5): 361–366.
- Mosen DM, Schmittiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *Journal of Ambulatory Care Management*, 2007; 30(1): 21–29.
- Mouw T., Koster A., Wright M.E., Blank M.M., Moore S.C., et al. (2008). Education and Risk of Cancer in a Large Cohort of Men and Women in the United States. *PLoS ONE* 3(11): e3639.
- Nielsen-Bohlman L., Panzer A. & Kindig D. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Institute of Medicine / San Fransisco, the Academic Press, 2004.
- Nijman J., Hendriks M., Brabers A., Jong J. de, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2014, 19(8): 955–969.
- Nutbeam. D. *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organisation Division of Health Promotion, Education and Communications, 1998.
- Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal; a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health promotion international*, 2000, 15 (3): 259–267.
- Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 2008, 67, 2072–2078.
- Osborne R.H, Batterham R.W, Elsworth
www.biomedcentral.com/1471-2458/13/658/ - ins1
G.R, Hawkins M., Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013, 13:658.
- Paasche-Orlow M.K., Parker R.M., Gazmararian J.A., Nielsen-Bohlman L.T., Rudd R.R. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 2005;20:175–84.
- Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S.. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 2007, 31 Suppl 1:S19–S26.
- Pander Maat H, Essink-Bot M.L., Leenaars K.E.F., Fransen M.P. A Short Assessment of Dutch Health Literacy: Development and Validation of the SAHL-D [in voorbereiding].
- Pelikan J., Röthlin F., Ganahl K., on behalf of the HLS-EU consortium. *Comparative report on health literacy in eight EU member states (The European Health literacy*

- Project HLS-EU 2009-2012). Wien, 2012.
- Raad voor de Volksgezondheid en zorg (RVZ). *De participerende patiënt*. Den Haag, 2013.
- Rademakers J., Nijman J., van der Hoek L., Heijmans M., & Rijken M. Measuring patient activation in The Netherlands: Translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health*, 2012a, 12:577.
- Rademakers J., Delnoij D., Nijman J., de Boer D. Educational inequalities in patient-centred care: Patients' preferences and experiences. *BMC Health Service Research*. 2012b;12:261.
- Rademakers et. al. *De Nederlandse patiënt en zorgconsumment in beeld*. NIVEL, Utrecht, 2013.
- Rademakers J., Nijman J., Brabers A., Jong J. de, Hendriks M. The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy*, 2014, 114(2-3):200-206.
- Rask KJ, Ziemer DC, Kohler SA, Hawley JN et al. Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population. *The Diabetes Educator*, 2009; 35(4): 622 – 630.
- Rudd R. & Anderson J. *The health literacy environment of hospitals and health care settings*. Harvard School of Public Health, Boston, 2006, <http://www.hsph.harvard.edu/wpcontent/uploads/sites/135/2012/09/health-literacyenvironment.pdf>
- Sarkar, U., et al. (2011). Social disparities in internet patient portal use in diabetes: evidence that the digital divide extends beyond access. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18, 3:318-321.
- Schillinger D., Barton L.R., Karter A.J., Wang F., Adler N. (2006) Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Reports*, 121(3):245-54.
- Scott T.L., et al. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 2002, 40(5): p. 395-404.
- Smith S., Curtis L., Wardle J., Wagner C. von, Wolf M. Skill Set or Mind Set? Associations between Health Literacy, Patient Activation and Health. *Plos One*, 2013, 8(9): e74373.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. on behalf of the European Health literacy consortium. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. 12(1): 80.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Pelikan J., Fullam J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B. Stoffels V., Osborne R., Brand H. on behalf of the European Health literacy consortium. 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, 13:948.
- Tones K. Health literacy, new wine in old bottles (Editorial). *Health Education Research*, 2002, 17 (3): 287-290.
- Vaart R van der, et al. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Measure What it Intends to Measure? Validation of a Dutch Version of the eHEALS in Two Adult Populations. *Journal of Medical Internet Research*. 2011, 13(4): e86.
- Vaart R van der, Drossaert C.H.C., Taal E, Ten Klooster P.M., Hilderink-Koertshuis R.T.E., Klaasse J.M., Van de Laar M.A.F.J. Validation of the Dutch functional, communicative and critical health literacy scales. *Patient Education & Counseling*, 2012; 89(1):82-8.
- Victoor A., Delnoij D., Friele R., Rademakers J. Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expectations*, 2014 Jun 17. doi: 10.1111/hex.12224. [Epub ahead of print]
- Victoor A., Reitsma-van Rooijen M, Friele R., Delnoij D., Jong J. de, Rademakers J. Is there a relationship between patient choice and subjective quality of care? A cross-sectional questionnaire study. [in voorbereiding]
- Vilans. *Overzicht van interventies voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden*, 2012. http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Interventies_bgv_co-creatie_Vilans_2012.pdf
- vws. 'Van systemen naar mensen'; brief aan de Tweede Kamer 8 februari 2013.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 2005;3:514-522.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*, 2007. Geneva, World Health Organisation.

Instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden

Om vast te stellen hoe het staat met de gezondheidsvaardigheden van een individu of de bevolking is het belangrijk dat er betrouwbare en valide meetinstrumenten zijn. Zoals te verwachten bij een concept dat volop ter discussie staat en waar verschillende definities van zijn, zijn er ook verschillende meetinstrumenten. In de notitie van Fransen et al. (2011a) is een overzicht gegeven van de meest bekende meetinstrumenten. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen objectieve (door een onderzoeker of zorgverlener af te nemen) en subjectieve (door respondenten zelf in te vullen) instrumenten. Een ander onderscheid dat gemaakt wordt is dat tussen instrumenten voor de klinische praktijk en instrumenten voor wetenschappelijk onderzoek in de algemene bevolking of in specifieke patiëntpopulaties. De eerste zijn in de regel korter en bedoeld als *screeners* om laaggeletterde patiënten snel te kunnen identificeren. De focus ligt daarbij vooral op functionele gezondheidsvaardigheden, terwijl de vragenlijsten die voor onderzoek ontwikkeld zijn ook ingaan op andere dimensies. Alle instrumenten die zelfgerapporteerde gezondheidsvaardigheden meten (= subjectief) zijn in principe geschikt om te integreren in vragenlijstonderzoek. Daarmee kan vastgesteld worden wat het niveau van gezondheidsvaardigheden is in een groep mensen, hoe dat samenhangt met andere aspecten (sociodemografische kenmerken, ziekte, zorggebruik e.d.), maar bijvoorbeeld ook – door middel van een voor- en nameting – om vast te stellen of een interventie om gezondheidsvaardigheden te bevorderen effectief is. In de box op de volgende pagina is een selectie beschreven van instrumenten die anno 2014 in het Nederlands beschikbaar zijn.

In het Nederlands beschikbare instrumenten om gezondheidsvaardigheden te meten

REALM-S (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – short version*)

- Doel: Objectief meten van het leesniveau van patiënten, met name in de klinische praktijk
- Methode: Respondenten lezen hardop 66 medische woorden voor
- Originele publicatie: Davis et al., 1993
- Publicatie Nederlandse validatie: Fransen et al., 2011b

SAHL-D (*Short assessment of health literacy – Dutch*)

- Doel: Objectief meten van het leesniveau van patiënten, inclusief het begrip van deze woorden, met name in de klinische praktijk
- Methode: Respondenten lezen hardop 33 medische woorden voor en kiezen uit een meerkeuze antwoord de betekenis die volgens hen bij het woord hoort
- Originele publicatie: Pander Maat et al., in voorbereiding
- Publicatie Nederlandse validatie: idem

NVS (*Newest Vital Sign*)

- Doel: Objectief meten van geletterdheid, rekenvaardigheden en toepassen van informatie, met name in de klinische praktijk
- Methode: Respondenten beantwoorden 6 vragen over het voedingslabel met productinformatie van ijs
- Originele publicatie: Weiss et al., 2005
- Publicatie Nederlandse validatie: Fransen et al., 2011b, accepted (aangepaste versie)

SBSQ (*Set of Brief Screening Questions*)

- Doel: Subjectief meten van begrip en toepassen van informatie (functionele gezondheidsvaardigheden)
- Methode: Respondenten beantwoorden drie stellingen
- Originele publicatie: Chew et al., 2004
- Publicatie Nederlandse validatie: Fransen et al., 2011b

FCCHL (*Functional Communicative and Critical Health Literacy*)

- Doel: Subjectief meten van functionele, interactieve en kritische gezondheidsvaardigheden
- Methode: Respondenten beantwoorden 14 stellingen
- Originele publicatie: Ishikawa et al., 2008
- Publicatie Nederlandse validatie: Fransen et al., 2011b, Van der Vaart et al., 2012

PAM (*Patient Activation Measure*)

- Doel: Subjectief meten van kennis, motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot het omgaan met gezondheid of (chronische) ziekte (de mate van patiënt activatie)
- Methode: Respondenten beantwoorden 13 stellingen
- Originele publicatie: Hibbard et al., 2005
- Publicatie Nederlandse validatie: Rademakers et al., 2012a

HLS-EU (*Health literacy Survey – EU*)

- Doel: Subjectief meten van de mate waarin iemand in staat is tot het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie op het gebied van gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering
- Methode: Respondenten beantwoorden 47 stellingen (er is ook een kortere versie van 16 stellingen)
- Originele publicatie: Sørensen et al., 2013 (lange versie)
- Publicatie Nederlandse validatie: niet beschikbaar, resultaten Nederland: Van der Heide et al., 2013b

HLQ (*Health literacy Questionnaire*)

- Doel: Subjectief meten van verschillende aspecten van gezondheidsvaardigheden: ondersteuning door zorgverleners; beschikken over voldoende informatie; actief omgaan met gezondheid; sociale steun; kritisch vermogen (kunnen beoordelen van gezondheidsinformatie); actieve betrokkenheid in contact met zorgverleners; de weg vinden in de gezondheidszorg; vermogen om goede gezondheidsinformatie te vinden; schriftelijke gezondheidsinformatie lezen en begrijpen
- Methode: Respondenten beantwoorden 44 stellingen, verdeeld over negen domeinen
- Originele publicatie: Osborne et al., 2013
- Publicatie Nederlandse validatie: nog niet beschikbaar. De vertaling en validatie van de HLQ vindt op dit moment bij het NIVEL plaats. Publicatie wordt eind 2014 verwacht.

Deze vragenlijsten zijn gevalideerd in de Nederlandse situatie. Uit die studies blijkt dat het ook in de Nederlandse vertaling gaat om betrouwbare tests en vragenlijsten. Wat betreft de validiteit (meet het instrument wat het beoogt te meten?) is het belangrijk te bedenken dat ze verschillende niveaus en aspecten van gezondheidsvaardigheden in kaart brengen en daardoor tot verschillende resultaten kunnen leiden. Sommige instrumenten zijn inhoudelijk beperkt en kijken alleen naar functionele leesvaardigheid (zoals de REALM-S), terwijl andere vragenlijsten (zoals de HLQ) juist veelomvattend zijn en diverse (ook psychologische) aspecten van gezondheidsvaardigheden meten. Opvallend aan de HLQ is daarnaast dat hij verder gaat dan het niveau van de individuele vaardigheden, maar dat ook het sociale systeem van mensen (ondersteuning door zorgverleners, sociale steun) wordt meegenomen.

NIVEL-overzichtstudies en kennisvragen

De enorme groei van het aantal informatiebronnen doet de behoefte toenemen aan synthese van al die informatie. Met overzichtstudies en kennisvragen gaat het NIVEL in op deze behoefte. We geven inzicht in de stand van de kennis, toegesneden op een gerichte beleidsvraag en in de thema's die op dit moment van belang zijn, de kansen en mogelijke risico's.

Meer informatie over de overzichtstudies en kennisvragen vindt u op de [NIVEL-website](#). Daar zijn onderstaande uitgaven te downloaden en gedrukte exemplaren aan te vragen.

- *Gezondheidsvaardigheden* (2014)
- *Ouderen van de toekomst – Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg* (2014)
- *De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen – Rollen, samenwerking en deskundigheid van verpleegkundigen* (2014)
- *Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg* (2013)
- *De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld* (2013)
- *Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!* (2013)
- *Zorg en sport, bewegen in de buurt* (2013)
- *Chronisch ziek en werk* (2013)
- *Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)* (2013)
- *Preventie kan effectiever!* (2012)
- *Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk* (2012)
- *De eerste lijn* (2011)
- *Zorg voor mensen met een chronische ziekte* (2011)
- *De opbrengsten van vijf jaar CQ-index* (2011)



Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Postadres Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Bezoekadres Otterstraat 118-124, Utrecht

Telefoon (030) 27 29 700

Fax (030) 27 29 729

Website www.nivel.nl

www.nivel.eu



@nivel_research