

# De gezondheidsvaardigheden van de achterban

## Cliëntenraad als aanjager van cliëntenparticipatie

**De diversiteit van de achterban van cliëntenraden is groot. Maar wist u dat de helft van de patiënten onvoldoende gezondheidsvaardigheden heeft? Wat betekent dat? En wat kunnen cliëntenraden doen om de participatie van deze diverse groep te bevorderen?**

Bijna de helft van de Nederlanders heeft lage gezondheidsvaardigheden en dus moeite om zelf regie te voeren over zorg, ziekte en gezondheid. Met alle gevolgen van dien. Bij gezondheidsvaardigheden gaat het om verschillende soorten vaardigheden. Dat vraagt om een brede benadering, aldus Jany Rademakers, hoofd van een van de onderzoeksafdelingen van het NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg en bijzonder hoogleraar 'Gezondheidsvaardigheden en patiëntenparticipatie' aan de Maastricht University tijdens haar presentatie op het congres *Twintig jaar Wmcz* van het LSR.

De term gezondheidsvaardigheden, de Nederlands vertaling van *health literacy*, is overgewaaid uit de Verenigde Staten, legt Jany Rademakers uit. 'Zorgverleners werden geconfronteerd met fouten in de inname van medicijnen, patiënten die niet kwamen opdagen op afspraken. 'Hoe kan dat nou', vroegen zij zich af, 'wij leggen het toch goed uit?' Dit was de oorsprong om te gaan kijken naar gezondheidsvaardigheden van patiënten.'

### **Drie soorten vaardigheden**

Bij gezondheidsvaardigheden gaat het om een drietal vaardigheden, aldus Rademakers. 'Allereerst gaat het om functionele vaardigheden, om lezen, schrijven en rekenen; geletterdheid dus. Als je laaggeletterd bent, dan kun je geen etiketten op medicijnen en folders lezen, geen formulieren begrijpen of invullen en geen borden en wegwijzers in ziekenhuizen lezen. Een op de tien volwassen Nederlanders heeft daar problemen mee.

Daarnaast heeft bijna drie op de tien Nederlanders problemen met gezondheidsinformatie, met kennis en informatieverwerking, met het begrijpen van gezondheidsinformatie en het toepassen van medicatie en therapie.'

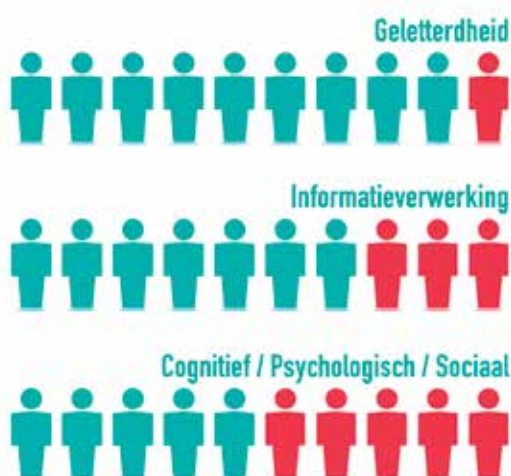
'Zowel bij de eerste vaardigheid: geletterdheid, als bij de tweede: informatieverwerking, gaat het om vaardigheden die betrekking hebben op iemands verstandelijke of intellectuele vermogens. Maar er zijn ook andere belemmeringen. Bijvoorbeeld omdat mensen niet genoeg zelfvertrouwen hebben om vragen te stellen, omdat het ze aan motivatie ontbreekt of omdat ze liever hebben dat de arts voor hen beslist. Het gaat hier om psychologische en sociale vaardigheden. Als je het zo breed definieert heeft de helft van de Nederlanders problemen met eigen regie over hun ziekte en zorg.'

'Afhankelijk van de definitie heeft dus ongeveer tien tot bijna vijftig procent van de volwassen Nederlanders lage gezondheidsvaardigheden. Dat zijn de percentages op dit moment. In de toekomst zal dit hopelijk verbeteren, maar dan nog zullen er altijd mensen blijven die minder goed uit de voeten kunnen met gezondheidsinformatie, die minder gemotiveerd zijn om iets aan hun gezondheid te doen, of die geen vragen durven te stellen aan hun zorgverlener. Alle redenen dus om hier aandacht voor te hebben.'

### **Wie zijn mensen met lage gezondheidsvaardigheden?**

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden worden nog te weinig herkend in de spreekkamer.

door Heleen van Veen



Wie zijn dan deze patiënten? Rademakers: 'In het algemeen zijn dat vaker mensen met een lagere opleiding, een lagere sociale status; ouderen, migranten, mensen met een cognitieve beperking en - dat moet ik wel zeggen ook al leidt dat vaak tot hilariteit - mannen. Met name basale competenties, het kunnen vinden en begrijpen van informatie, hangen sterk samen met opleiding. Bij meer complexe competenties, het kunnen beoordelen en toepassen van informatie in de eigen situatie, zien we die verschillen naar opleiding niet meer terug. Ook voor mensen met een hoger opleidingsniveau is het dus lastig om gezondheidsinformatie te kunnen beoordelen en er in de praktijk zelf iets mee te doen. Tien procent van de mensen met een hoge opleiding heeft lage gezondheidsvaardigheden. Hoe dat te verklaren is? Omdat dit soort gedrag niet puur rationeel is, gebaseerd op kennis en informatie, maar er ook psychologische en sociale aspecten een rol spelen. Op het moment dat je slecht nieuws krijgt, ben je even niet zo bijdehand. Het is dus belangrijk om oog te hebben voor diversiteit, om niet te snel te denken in stereotypen. Bij laaggeletterdheid denkt men al gauw dat zijn natuurlijk migranten en vluchtelingen. Maar in werkelijkheid is

twee derde van de laaggeletterden autochtoon, dus met voorouders die hun oorsprong hier hebben. Het betreft een verborgen groep. Mensen schamen zich, zullen niet snel laten weten dat ze iets niet snappen. Er zijn legio handigheidjes die mensen gebruiken zoals 'ik heb mijn bril niet bij me'.'

#### Lage gezondheidsvaardigheden aanpakken

'De gevolgen voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden zijn groot. Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden hebben slechtere gezondheidsuitkomsten. Zij kunnen niet goed bepalen wanneer ze naar de dokter moeten gaan en gaan daardoor te vaak, of juist te laat naar een arts. Het gaat om patiënten die het etiket op een doosje medicijnen niet kunnen lezen, of die de uitleg van de arts niet begrijpen maar dat niet durven te zeggen. Hierdoor maken ze fouten bij hun medicijngebruik of volgen ze de gegeven adviezen niet op.' Daar is wat aan te doen volgens Rademakers. 'Gezondheidsvaardigheden zijn niet statisch. We kunnen negatieve gevolgen van lage gezondheidsvaardigheden verminderen door individuele vaardigheden van patiënten te verbeteren. Maar daar zit wel een plafond aan. Je kunt niet iedereen alles leren. Wel kun je alles zo goed mogelijk aanpassen. Mensen zijn verschillend in wat zij willen en wat zij kunnen, en ook dat kan weer variëren onder invloed van de levensfase of van de aard en ernst van een ziekte. Er bestaat niet één patiënt; dat is wat ik in het land uitdraag. Deze diversiteit zou naar mijn mening meer centraal moeten staan in gezondheidszorg en beleid. De afgelopen jaren verlangen zorgverleners, verzekeraars, patiëntorganisaties en de overheid steeds meer van patiënten. Een actieve patiënt, de patiënt die zijn eigen regie voert is het beleid dat de minister uitdraagt. Dat klinkt allemaal mooi, maar niet iedereen kan of wil die eigen regie voeren. In plaats van gezond-



*Jany Rademakers*

heidsvaardigheden te definiëren als een individueel probleem van de patiënt, kunnen we namelijk beter spreken van een mismatch tussen patiënt en de zorgomgeving.'

Rademakers denkt dat een belangrijke motivatie voor beleidsmakers om lage gezondheidsvaardigheden te agenderen, het kostenaspect zou kunnen zijn; lage gezondheidsvaardigheden zorgen voor vermijdbare kosten in de zorg. 'Of ik dat hard kan maken, vragen mensen mij dan. Het probleem is dat ik dat niet kan omdat dergelijk onderzoek nog grotendeels ontbreekt. Je weet dus niet of investeren in gezondheidsvaardigheden op den duur wat oplevert. Maar als je het niet uitprobeert kom je daar ook niet achter; het is een vicieuze cirkel. Echter, er is ook een belangrijk moreel aspect waarom aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden belangrijk is, het aspect van rechtvaardigheid. Daarom moeten we zorgen voor een gezondheidssysteem dat beter aansluit op de wensen en mogelijkheden van een grote groep mensen met lage gezondheidsvaardigheden.'

### **Verantwoordelijkheid zorgorganisatie**

Belangrijk is dat verbeteringen niet alleen plaats vinden op de één-op-één communicatie in de spreekkamer, maar ook op het niveau van de zorginstelling. Bestuurders van zorgorganisaties zouden aandacht voor gezondheidsvaardigheden structureel moeten inbedden in missie, beleid en activiteiten van de organisatie, vindt Rademakers. 'Zij zouden medewerkers moeten toerusten met juiste kennis en vaardigheden om goed met deze groep patiënten om te gaan. Niet alle bestuurders en zorgverleners zijn zich bewust van het belang en de noodzaak om hier iets aan te doen. Meestal ontbreekt een organisatiebreed beleid. Men weet niet wat werkt en of het kosteneffectief is. Er is in de praktijk vaak te weinig tijd en er zijn te weinig middelen om extra aandacht aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden te besteden.'

Rademakers pleit ervoor de gezondheidszorg 'eenvoudiger en toegankelijker' te maken. 'Dan staat er bijvoorbeeld: volgt u de bewegwijzering. Ik vind dat altijd zo'n moeilijk woord. Zeg gewoon: de

# ‘Mensen met lage gezondheidsvaardigheden verdwijnen uit beeld’

bordjes die de weg wijzen. Gebruik veel plaatjes en zorg dat teksten voor iedereen begrijpelijk zijn. Vaardigheden van de patiënt worden overschat en het niveau van communiceren is vaak te ingewikkeld. Zeker in het ziekenhuis; het is technisch heel complex, met veel medische termen. Ik hoor vaak argumenten zoals: hoger opgeleiden vinden ‘Jip-en-Janneke-taal’ vervelend. Maar het gaat niet om versimpeling, maar om begrijpelijke taal, daar heeft iedereen wat aan. Heb je dan meer informatie nodig, dan ga je dat zoeken op internet. Om mensen met lagere gezondheidsvaardigheden te bereiken, zouden zorginstellingen cliëntervaringen kunnen uitvragen via kwalitatieve manieren door bijvoorbeeld interviews, spiegelgesprekken of door actief mensen met lage gezondheidsvaardigheden uit te nodigen. Of door themabijeenkomsten te organiseren over ‘lastige thema’s’ zoals de eigen bijdrage. Zorg als zorginstelling voor probleeminventarisatie en draagvlak en betrek vooral ook mensen met lage gezondheidsvaardigheden zelf bij het verbeteren van informatie en communicatie. Tot mijn verbijstering bleek uit onze NIVEL-onderzoeken dat dat amper gebeurt.’

## Rol zorgverleners

‘Bij opleidingen van zorgverleners is er al wel wat verbeterd. Men besteedt aandacht aan communicatie, maar amper aan gezondheidsvaardigheden of diversiteit. Als het over diversiteit gaat, gaat het al snel over culturele diversiteit. Maar het is veel meer dan dat. Inmiddels worden er al wel diverse cursussen aangeboden op dit gebied en ook zijn er al veel tools en methoden beschikbaar. Van kaarten om iets visueel duidelijk te maken tot de effectieve ‘teach-back’ methode: een ‘terugvraagmethode’ waarbij de zorgverlener test of een boodschap overkomt. ‘Kunt u vertellen wat de drie belangrijkste dingen zijn die ik u net heb verteld?’

Niet om u te checken, maar om te controleren of ik het wel duidelijk heb uitgelegd.’ Zorgverleners vinden dat lastig; hebben vaak het idee dat ze het best goed doen en denken dat de patiënt hen begrepen heeft. Het lijkt hen wat karikaturaal om dat dan terug te vragen.’

## De cliëntenraad als aanjager

Cliënten met lage gezondheidsvaardigheden zijn vaak niet actief met betrekking tot hun eigen zorg, in patiëntenorganisaties of cliëntenraden. Ook nemen ze minder vaak deel aan schriftelijke enquêtes of aan cliëntenraadplegingen en onderzoeken. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden verdwijnen daardoor uit beeld. Wat kunnen cliëntenraden doen om de participatie van deze patiënten te bevorderen? Rademakers: ‘De cliëntenraad kan op onderzoek uitgaan naar de diversiteit van de achterban, manieren bedenken hoe hij hen kan betrekken en vertegenwoordigen, kijken naar wat voor hen belangrijk is, de verschillende vormen van cliëntenparticipatie hiervoor benutten en de bestuurder hierover adviseren. Zo kunnen cliëntenraden aanjager zijn van cliëntenparticipatie met in het vizier een echte patiëntgerichte zorg met aandacht voor verschillen in wensen, behoeften én vaardigheden van mensen.’

### Meer lezen over gezondheidsvaardigheden

- NIVEL- kennissynthese *Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend* (2014)
- NIVEL - kennisvraag *Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?* (2016)

U vindt deze rapporten op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)