

Health literacy



Werken aan een 'gezondheidsvaardig' Nederland

Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste
Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede

Alja Bosch

In opdracht van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

9 december 2005

Afstudeercommissie:

Dr. C.H.C. Drossaert, eerste begeleider Universiteit Twente

Prof. Dr. E. Seydel, tweede begeleider Universiteit Twente

L. Bosker, begeleider Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Health literacy

Werken aan een 'gezondheidsvaardig' Nederland

Verslag van een onderzoek naar de waarde van het
concept 'health literacy' voor de Nederlandse
gezondheidsbevordering

Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste
Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede

A.L. Bosch

In opdracht van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

9 december 2005

Afstudeercommissie:

Dr. C.H.C. Drossaert, eerste begeleider Universiteit Twente
Prof. Dr. E.R. Seydel, tweede begeleider Universiteit Twente
L. Bosker, begeleider Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

Colofon

Titel:

*Health literacy - Werken aan een 'gezondheidsvaardig' Nederland
Verslag van een onderzoek naar de waarde van het concept 'health literacy' voor de
Nederlandse gezondheidsbevordering*

Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap,
Universiteit Twente, Enschede

Auteur:

Alja Bosch

Afstudeercommissie:

Dr. C.H.C. Drossaert, eerste begeleider Universiteit Twente
Prof. Dr. E.R. Seydel, tweede begeleider Universiteit Twente
L. Bosker, begeleider Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

Redactie:

Taallijn Tekstservice Zandvoort, Yvonne Halink

Vormgeving en illustraties:

Jeroen Steen (NIGZ), John Luteijs (NIGZ), Alja Bosch

Distributie:

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Woerden

Bestelwijze:

Deze uitgave is te bestellen bij het NIGZ, afdeling Klantenservice. Adres: Klantenservice
NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden. Telefoon: (0348) 43 76 00, (0348) 43 76 66
E-mail: klantenservice@nigz.nl, www.nigz.nl
Bestelcode: SA051788 Prijs: € 15,- (exclusief verzendkosten)

© Alja Bosch, 2005. Niets uit deze uitgave mag zonder schriftelijke toestemming worden
overgenomen, noch ten behoeve van folio-uitgaven, noch ten behoeve van digitale uitgaven.
Verzoeken tot overname van beeld of tekst kunnen schriftelijk worden gericht aan Uitgeverij
NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden, e-mail: uitgeverij@nigz.nl

Voorwoord

Dertien jaar werkte ik met plezier als fysiotherapeut in revalidatiecentrum het Roessingh in Enschede. Zeven jaar combineerde ik dat met werkzaamheden bij Roessingh Research and Development BV, waar ik me vooral bezighield met gangbeeldanalyses. Ik ontwikkelde er interesse voor onderwijs en wetenschap. De laatste jaren combineerde ik mijn werkzaamheden als fysiotherapeut met werkzaamheden als docent aan de Academie voor Fysiotherapie aan de Saxion Hogeschool Enschede. Wat mij in de loop van de jaren altijd boeide, was niet alleen de rol van communicatie in de interactie met patiënten of studenten maar ook de rol van communicatie binnen een instelling als een revalidatiecentrum of een hogeschool. Wat bepaalt of een boodschap wel en niet overkomt? Dat het te maken heeft met de wijze waarop zender en ontvanger interactief met elkaar communiceren in een ruimtelijke, sociale en culturele context, is met gezond verstand aan te voelen. Dat het te maken heeft met de middelen en kanalen die worden ingezet om een boodschap over te brengen ook.

Behoefte aan inzicht in mechanismen die goede communicatie bepalen, was voor mij reden om Toegepaste Communicatiewetenschap te gaan studeren. Vakken als Communicatie met patiënten, Multiculturele communicatie en gezondheidszorg en Public health stonden tijdens de studie centraal. Ik leerde met een andere blik naar communicatie in de gezondheidszorg en de gezondheidsbevordering te kijken. In mijn afstudeerfase kreeg ik de mogelijkheid stage te lopen bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Mijn afstudeeropdracht behelsde onderzoek naar het concept 'health literacy'. Een concept waarbij communicatie centraal staat en dat mogelijk inzicht verschaft in de oorzaken van gezondheidsachterstanden bij specifieke groepen in Nederland, zoals allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status.

Louisa Bosker, mijn begeleider van het NIGZ, wil ik bedanken voor deze leuke opdracht en de vrijheid die ik van haar kreeg om er op mijn eigen wijze mee aan de slag te gaan. Stans Drossaert en Erwin Seydel, mijn begeleiders van de Universiteit Twente, wil ik eveneens bedanken voor hun begeleiding en goede suggesties tijdens mijn afstudeerfase. Stans, jouw betrokkenheid in het gehele traject en jouw persoonlijke interesse waren een grote steun voor mij.

Opnieuw in de collegebanken zitten was een geweldige ervaring. Fietsend over het universiteits-terrein voelde ik me de koning te rijk. Voor de belangstelling en steun tijdens de studie en het schrijven van mijn afstudeerscriptie wil ik Dieter, Joke en Peter, mijn ouders en mijn vrienden bedanken, heel speciaal André en Jennifer.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
	Abstract	8
	Managementsamenvatting	9
1	Inleiding	11
	1.1 Gezondheidsachterstanden en health literacy	11
	1.2 Probleemdefiniëring en onderzoeksvragen	11
2	Wat is health literacy?	15
	2.1 Inleiding en doelstellingen	15
	2.2 Methode	15
	2.3 Resultaten literatuurstudie	16
	2.3.1 Literacy en de betekenis ervan voor de Nederlandse situatie	16
	2.3.2 Definiëring van ‘health literacy’	19
	2.3.3 Het belang van kennisstructuren	22
	2.3.4 De betekenis van health literacy in relatie tot gezondheidsuitkomsten	23
	2.3.5 Health literacy versus (health) empowerment	29
	2.3.6 Aandacht voor health literacy	34
	2.3.7 Health literacy in Nederland	36
	2.4 Conclusies	37
	2.4.1 Health literacy is meer dan het (begrijpend) kunnen lezen van informatie	37
	2.4.2 De operationalisatie van health literacy alleen op het niveau (begrijpend) lezen	38
	2.4.3 Functional health literacy heeft relaties met gezondheidsuitkomsten	38
	2.4.4 Functional health literacy heeft geen specifieke aandacht binnen empowerment	38
	2.4.5 Er is weinig (wetenschappelijke) aandacht voor health literacy in Nederland	39
3	Verkenning van het concept: masterclass health literacy	41
	3.1 Inleiding en doelstelling	41
	3.2 Methode	41
	3.3 Hoofdpunten presentatie Ilona Kickbusch	41
	3.4 Resultaten masterclass	42
	3.4.1 De eerste vragenronde	42
	3.4.2 De tweede vragenronde	44
	3.5 Conclusies	45
4	Hoe denken gezondheidsbevorderaars in Nederland over health literacy?	47
	4.1 Inleiding en doelstellingen	47
	4.2 Methode	47
	4.3 Resultaten vragenlijsten	48
	4.3.1 Meerwaarde health literacy	48
	4.3.2 Gewenste stappen	50
	4.3.3 Indicatoren meetinstrument	52
	4.3.4 Wenselijkheid meetinstrument	53
	4.3.5 Haalbaarheid meetinstrument	53
	4.3.6 Benodigde kennis	54

4.3.7 Benodigde vaardigheden	54
4.3.8 Door professionals gewenste ondersteuning	55
4.4 Conclusies	56
5 Conclusies, discussie en aanbevelingen	57
5.1 Inleiding	57
5.2 Conclusies	57
5.2.1 Health literacy: een concept met drie niveaus	57
5.2.2 De definiëring van 'health literacy' is niet eenduidig	58
5.2.3 Operationalisatie alleen op het niveau (begrijpend) lezen	58
5.2.4 Functional health literacy heeft relaties met gezondheidsuitkomsten	59
5.2.5 Aandacht voor health literacy belangrijk	59
5.2.6 Health literacy heeft meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland	60
5.2.7 Behoeftte aan meer kennis over health literacy	61
5.3 Discussie	61
5.4 Aanbevelingen	62
5.4.1 Consensus bereiken over de definiëring en operationalisering van health literacy	62
5.4.2 Meer wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen health literacy en gezondheidsuitkomsten in Nederland	62
5.4.3 Onderzoek naar overeenkomsten en verschillen met in Nederland beter bekende concepten	63
5.4.4 Ondersteuning van professionals	63
Literatuur	65
Bijlagen	69
I Hand-out PowerPoint-presentatie Ilona Kickbusch	69
II Notulen masterclass	87
III Respons vragenlijsten	93

Samenvatting

Health literacy is een nagenoeg onbekend concept in de Nederlandse gezondheidsbevordering. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is geïnteresseerd in de vraag of dit concept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij groepen met gezondheidsachterstanden in Nederland; dit werd het onderwerp van mijn afstudeeronderzoek.

Een literatuurstudie werd verricht om inzicht te krijgen in de definiëring en operationalisering van het health-literacyconcept en de relatie hiervan tot gezondheidsuitkomsten. Een masterclass werd georganiseerd om het concept te introduceren bij Nederlandse gezondheidsbevorderaars. Tenslotte werd een vragenlijst verspreid onder deze professionals om inzicht te krijgen in de meerwaarde van het health-literacyconcept.

De resultaten van deze activiteiten maakten duidelijk dat het health-literacyconcept niet eenduidig wordt gedefinieerd en geoperationaliseerd. Het health-literacyconcept heeft meerdere niveaus. Er is bewijs gevonden dat op het niveau van het kunnen lezen en begrijpen van informatie het health-literacyconcept relaties heeft met gezondheidsuitkomsten. De masterclass en de respons op de vragenlijsten maakten duidelijk dat gezondheidsbevorderaars in Nederland belangstelling hebben voor het health-literacyconcept. De meerwaarde van het concept wordt vooral gezien in het pleidooi richting overheden iets te doen aan gezondheidsachterstanden en in het betere inzicht dat het concept geeft in groepen met gezondheidsachterstanden.

Het NIGZ wordt geadviseerd aandacht aan het health-literacyconcept te schenken door te werken aan een beter begrip van het concept. Voorwaarde voor optimaal gebruik van het concept in Nederland is dat er consensus ontstaat over de definiëring en operationalisering. Het NIGZ zou samen kunnen werken met andere instituten in health-literacyprojecten en zou wetenschappelijk onderzoek kunnen initiëren naar de gezondheidseffecten van health literacy.

Abstract

Health literacy is an almost unknown concept in Dutch health promotion. The National Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) is interested in the question of whether this concept has a surplus value in the discussion about health promotion among groups with health inequalities in the Netherlands. This became the subject of my thesis.

A literature study was carried out to gain insight into definitions and operationalisations of the concept of health literacy as well as into the meaning of the concept in relation to health outcomes. A master class was organised to introduce the concept among Dutch health promotion workers. A questionnaire was then administered to these professionals to gain insight into the surplus value of the concept of health literacy.

The outcomes of these activities showed that definitions and operationalisations of the concept of health literacy are not clear. The concept has different levels. Scientific evidence has shown that on the level of reading and understanding information the concept has relations with health outcomes. The master class and the response to the questionnaires have made it clear that health promotion workers in the Netherlands have an interest in the concept. They find it has a surplus value particularly in supporting pleas to the government to address health inequalities, and in gaining a better insight into specific groups with health inequalities.

It is recommended that the NIGZ pay attention to the concept of health literacy by promoting a better understanding of the concept. For an optimal use of the concept in the Netherlands, it is necessary to reach a consensus about definitions and operationalisations. The NIGZ could work together with other institutes on health literacy projects and could initiate further studies into the health effects of health literacy.

Managementsamenvatting

Health literacy is een nagenoeg onbekend concept in de Nederlandse gezondheidsbevordering. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is geïnteresseerd in de vraag of het concept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Voor dit afstudeeronderzoek is literatuurstudie verricht om inzicht te krijgen in de definiëring en operationalisering van 'health literacy' en de betekenis van het concept in relatie tot gezondheidsuitkomsten. Er is een vergelijking gemaakt met het in Nederland beter bekende concept 'empowerment'. Ook is in de literatuur gezocht naar de wijze waarop health literacy aandacht krijgt of zou moeten krijgen. Daarnaast is er een masterclass georganiseerd, om Nederlandse gezondheidsbevorderaars kennis te laten maken met het concept. Om te inventariseren of Nederlandse gezondheidsbevorderaars vinden dat het concept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland, is onder de deelnemers van de masterclass een vragenlijst verspreid.

Health literacy heeft betrekking op verschillende niveaus van kennis en vaardigheden die een individu of gemeenschap nodig hebben om er een gezonde leefstijl op na te kunnen houden. 'Literacy' betekent hierbij meer dan de letterlijke vertaling 'geletterdheid'. Er worden drie niveaus van health literacy onderscheiden: 'functional health literacy', 'interactive health literacy' en 'critical health literacy'. *Functional health literacy* gaat over basisvaardigheden op het gebied van lezen en schrijven die nodig zijn om in alledaagse situaties effectief te kunnen functioneren. *Interactive health literacy* gaat over beter ontwikkelde cognitieve en 'literacy'-vaardigheden die samen met sociale vaardigheden kunnen worden gebruikt om informatie te verkrijgen en betekenis te geven aan verschillende vormen van communicatie. *Critical health literacy* gaat over beter ontwikkelde cognitieve en sociale vaardigheden die kunnen worden toegepast om kritisch informatie te analyseren en die te gebruiken om meer controle over het eigen leven te krijgen. Behalve op kennis en vaardigheden heeft health literacy ook betrekking op mogelijkheden en leefomstandigheden. Daarmee is health literacy een complex concept met meerdere dimensies. De definiëring van health literacy in de literatuur is niet eenduidig en kan tot verwarring leiden. Niet altijd is helder of gesproken wordt over health literacy in de zin van onvoldoende kennis van gezondheid en literacyproblemen (functioneel analfabetisme), of dat de ruimere betekenis van health literacy in de context van een gemeenschap wordt bedoeld. Consensus over de definiëring en een goede vertaling van de term 'health literacy' maakt het concept wellicht beter toepasbaar voor de Nederlandse gezondheidsbevordering.

Als in de literatuur gezocht wordt naar de betekenis van health literacy in relatie tot gezondheidsuitkomsten wordt duidelijk dat het concept alleen geoperationaliseerd is op het niveau van (begrijpend) lezen'. Een laag literacyniveau heeft relaties met gezondheidsuitkomsten als minder kennis van ziekte, minder therapietrouw, onjuiste toepassing van medicatie en frequenter bezoek aan een ziekenhuis. Literacyproblemen en mogelijk ontbrekende basale kennis bij allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status is een nieuwe manier van kijken naar oorzaken van gezondheidsachterstanden in Nederland. Bij deze groepen zal echter niet altijd duidelijk zijn of er sprake is van een laag literacyniveau. Meerdere studies laten zien dat patiënten zich schamen en niet voor hun literacyproblemen uitkomen. Belangrijk is te beseffen dat patiënten met een laag literacyniveau gemist worden als wordt uitgegaan van het opleidingsniveau zonder het literacyniveau te onderzoeken.

Het verschil tussen health literacy en het in Nederland beter bekende concept ‘empowerment’ lijkt het functional health-literacyniveau te zijn. In de context van empowerment lijkt minder te worden uitgegaan van een minimumniveau aan basiskennis en literacyvaardigheden dat nodig is om interactief en kritisch met gezondheidsinformatie te kunnen omgaan. In de literatuur zijn de niveaus ‘interactive health literacy’ en ‘critical health literacy’ niet geoperationaliseerd. Mogelijk zouden er voor de verschillende dimensies van het concept (op individueel en gemeenschapsniveau) in verschillende contexten verschillende meetinstrumenten ontwikkeld moeten worden. Het ontbreken van operationalisatie op deze niveaus maakt het health-literacyconcept minder goed bruikbaar in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland.

Het ontwikkelen van een meetinstrument voor health literacy in Nederland is geen eenvoudige zaak. Veertig gezondheidsbevorderaars (experts werkzaam in beleids-, praktijk- en onderzoeksfuncties bij gezondheidsbevorderende instanties en universiteiten in Nederland) en deelnemers aan de masterclass health literacy werden benaderd met een vragenlijst. Daarin werd gevraagd naar hun inzichten over de mogelijke operationalisatie van het concept door te vragen naar indicatoren voor een meetinstrument en het exemplarisch vragen naar kennis en vaardigheden bij het thema ‘overgewicht’. Er kwamen twintig vragenlijsten terug. De inzichten over mogelijke indicatoren lopen uiteen. Over de wenselijkheid en haalbaarheid van een meetinstrument voor health literacy in Nederland zijn de meningen verdeeld. Op dit moment lijkt het zinvol om de ontwikkeling van de health-literacyindex van Statistics Canada af te wachten. Mogelijk geeft deze index meer inzicht in de wijze van operationaliseren. Navraag leert dat de index in het voorjaar van 2006 beschikbaar zal komen voor onderzoekers.

In de internationale literatuur wordt het belang van aandacht voor health literacy beschreven. In Nederland is echter nog weinig wetenschappelijke onderbouwing te vinden voor het belang van die aandacht. Wel lijkt er in Nederland belangstelling te bestaan voor het concept. Veel belangstelling was er voor de, door het NIGZ georganiseerde, masterclass health literacy van Ilona Kickbusch. Ook de respons op de vragenlijsten laat zien dat in het algemeen positief geantwoord wordt op de vraag of het health-literacyconcept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen. Die meerwaarde wordt vooral gezien in het feit dat het health-literacyconcept extra handvatten biedt in het pleidooi richting overheden en politiek om iets te doen aan gezondheidsachterstanden bij specifieke groepen in Nederland. Daarnaast biedt het concept beter inzicht in groepen met gezondheidsachterstanden.

De respondenten stellen het NIGZ verschillende stappen voor om health literacy een plek te geven in de gezondheidsbevordering in Nederland. Het NIGZ zou meer begrip van het concept moeten bewerkstelligen, via publicaties, trainingen, wetenschappelijk onderzoek naar effecten van health literacy en samenwerking met andere instanties en overheden. In een volgende fase zou het NIGZ met deze respondenten diepgaander op het health-literacyconcept en de meerwaarde ervan voor de Nederlandse gezondheidsbevordering kunnen ingaan. In (kleinere) groepen zouden aspecten van health literacy uitgewerkt kunnen worden, bijvoorbeeld de ‘vertaling’ (definiëring en operationalisering) van het health-literacyconcept voor de Nederlandse situatie, een vergelijking met bekendere concepten als ‘empowerment’ en ‘participatie’, en mogelijke toepassingen van het health-literacyconcept. Ondersteuning van professionals door het NIGZ is gewenst, bijvoorbeeld via trainingen over de betekenis van ‘health literacy’, een health-literacy-richtlijn voor projecten en een checklist health literacy voor materialen.

1 Inleiding

1.1 Gezondheidsachterstanden en health literacy

In Nederland bestaan grote gezondheidsverschillen. Bevolkingsgroepen als allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status hebben te maken met gezondheidsachterstanden. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) houdt zich bezig met het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekte in Nederland. Het richt zich onder andere op groepen met gezondheidsachterstanden. Bij het aanbieden van gezondheidsbevorderende informatie wordt in het algemeen uitgegaan van de ‘gemiddelde’ burger in Nederland. Men gaat ervan uit dat deze de kennis en vaardigheden heeft om aangeboden informatie te kunnen verwerken en toepassen. De vraag is echter of die aanname terecht is. De ervaring van het NIGZ leert dat gezondheidsbevorderende interventies de groepen met gezondheidsachterstanden minder goed bereiken dan andere groepen in Nederland. Een mogelijke oorzaak is dat deze groepen onvoldoende kennis van gezondheid en vaardigheden hebben om informatie over gezondheid tot zich te kunnen nemen en toe te kunnen passen.

In de internationale literatuur wordt het health-literacyconcept genoemd wanneer gesproken wordt over kennis en vaardigheden die nodig zijn om gezond te kunnen leven en er een gezonde leefstijl op na te houden. Het gaat dan bijvoorbeeld om het belang van kennis van gezonde voeding, kennis van de werking van het lichaam en kennis van het gezondheidszorgsysteem. Belangrijke vaardigheden zijn bijvoorbeeld het lezen en begrijpen van gezondheidsinformatie, vragen durven stellen op een spreekuur, informatie op betrouwbaarheid kunnen beoordelen en keuzes kunnen maken over behandelingen. Health literacy lijkt in Nederland een nagenoeg onbekend concept. Letterlijk vertaald betekent het ‘gezondheidsalfabetisme’, maar ‘alfabetisme’ betekent in dit verband meer dan de letterlijke vertaling ‘geletterdheid’. Een goed Nederlands synoniem voor ‘health literacy’ is nog niet voorhanden. Het NIGZ is geïnteresseerd in de waarde van het health-literacyconcept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland.

1.2 Probleemdefiniëring en onderzoeksvragen

Health literacy lijkt in de gezondheidsbevordering in Nederland nauwelijks bekend. Het is niet duidelijk of het concept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij groepen met gezondheidsachterstanden in Nederland. Wat het health-literacyconcept inhoudt en wat de meerwaarde ervan zou kunnen zijn voor de gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland, is onderwerp van deze studie.

Doelstellingen van het onderzoek:

- inzicht krijgen in de definiëring en operationalisering van het health-literacyconcept;
- inzicht krijgen in de betekenis van het health-literacyconcept in relatie tot gezondheidsuitkomsten;
- het health-literacyconcept vergelijken met het in de Nederlandse gezondheidsbevordering beter bekende concept ‘empowerment’;

- in kaart brengen op welke wijze health literacy aandacht behoeft in de gezondheidsbevordering;
- in kaart brengen op welke wijze health literacy al aandacht krijgt in de Nederlandse gezondheidsbevordering;
- in kaart brengen of gezondheidsbevorderaars in Nederland het health-literacyconcept meerwaarde vinden hebben in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland;
- aanbevelingen doen over de manier waarop het NIGZ aandacht zou kunnen besteden aan het health-literacyconcept in de gezondheidsbevordering in Nederland.

De doelstellingen leiden tot de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is health literacy?
 - o Hoe wordt het gedefinieerd?
 - o Hoe wordt het geoperationaliseerd?
 - o Welke betekenis heeft het in relatie tot gezondheidsuitkomsten?
- Waar onderscheidt het health-literacyconcept zich van het in Nederland beter bekende concept 'empowerment'?
- Op welke wijze zou health literacy aandacht moeten krijgen?
- In hoeverre is er al aandacht voor health literacy in de gezondheidsbevordering in Nederland?
- Wat is het standpunt van gezondheidsbevorderaars over de waarde van health literacy in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland?
- Als er belangstelling voor het concept in Nederland bestaat, op welke wijze zou het NIGZ dan aandacht aan health literacy kunnen geven?

Dit afstudeeronderzoek is beschrijvend van aard. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is een literatuurstudie gedaan, is een masterclass georganiseerd en is een vragenlijst verspreid. De *literatuurstudie* heeft vooral ten doel antwoord te geven op de vraag wat health literacy is: hoe is 'health literacy' gedefinieerd en geoperationaliseerd en welke betekenis heeft health literacy in relatie tot gezondheidsuitkomsten? Ook is in de literatuur gezocht naar overeenkomsten en verschillen met het in de Nederlandse gezondheidsbevordering beter bekende concept 'empowerment'. Getracht is een antwoord te vinden op de vraag waar health literacy zich onderscheidt van empowerment en of health literacy meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij groepen met gezondheidsachterstanden. Verder is onderzocht op welke wijze health literacy aandacht krijgt of zou moeten krijgen in de gezondheidsbevordering. De resultaten en conclusies van het literatuuronderzoek staan in hoofdstuk 2.

De *masterclass* is georganiseerd om gezondheidsbevorderaars in Nederland in staat te stellen om kennis te maken met het health-literacyconcept en zich een mening te vormen over de waarde van het concept voor de Nederlandse gezondheidsbevordering. De resultaten en conclusies naar aanleiding van de masterclass zijn in hoofdstuk 3 beschreven.

De *vragenlijst* is verspreid onder de deelnemers van de masterclass. In de lijst werd de deelnemers gevraagd naar hun meningen en inzichten over health literacy, onder andere over de mogelijke meerwaarde van het concept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland en over de manier waarop het NIGZ aandacht aan het concept zou kunnen besteden. De resultaten en conclusies naar aanleiding van de vragenlijsten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. In hoofdstuk 5 ten slotte zijn de eindconclusies, discussie en aanbevelingen beschreven.

Er is in dit onderzoek voor gekozen om de term ‘health literacy’ en de verschillende niveaus van literacy niet te vertalen. De reden daarvan is de ruime betekenis van ‘literacy’ binnen het health-literacyconcept: ‘literacy’ wordt gezien als een scala aan vaardigheden. Een gelijkwaardig Nederlands woord is op dit moment niet voorhanden. De Nederlandse woorden ‘geletterdheid’ en ‘alfabetisme’ lijken een minder ruime betekenis te hebben. In het Nederlands heeft ‘alfabetisme’ vooral betrekking op het vermogen om te lezen en tekst te begrijpen. En met functioneel (an)alfabetisme wordt veelal geletterdheid in relatie tot het functioneren in alledaagse situaties bedoeld. Deze begrippen voldoen daarom niet in de context van health literacy.

2 Wat is health literacy?

2.1 Inleiding en doelstellingen

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal wat health literacy is. Daarbij worden de definiëring, operationalisatie en betekenis van het concept in relatie tot gezondheidsuitkomsten beschreven. Vooraf wordt ook stilgestaan bij het begrip 'literacy'. Om te beoordelen of health literacy meerwaarde zou kunnen hebben voor de Nederlandse situatie is gezocht naar overeenkomsten en verschillen met het bekendere concept 'empowerment'. Ook is geïnventariseerd op welke wijze health literacy aandacht zou moeten krijgen in de Nederlandse gezondheidsbevordering, en óf health literacy daar al aandacht krijgt. Via literatuurstudie is getracht een antwoord te geven op de onderzoeksvragen:

- Wat is (health) literacy?
 - o Hoe wordt het gedefinieerd?
 - o Hoe wordt het geoperationaliseerd?
 - o Welke betekenis heeft het concept in relatie tot gezondheidsuitkomsten?
- Waar onderscheidt het health-literacyconcept zich van het concept 'empowerment'?
- Op welke wijze zou health literacy aandacht moeten krijgen?
- In hoeverre is er al aandacht voor health literacy in Nederland?

2.2 Methode

Om inzicht te krijgen in het health-literacyconcept is in eerste instantie gezocht naar beschouwende artikelen waarin het wordt gedefinieerd en geoperationaliseerd en naar studies waarin de relaties van health literacy met gezondheidsuitkomsten zijn onderzocht. De studies zijn geselecteerd op raakvlakken met de Nederlandse situatie. Dat wil zeggen: er zijn studies gekozen met een onderzoekspopulatie uit westerse, geïndustrialiseerde maatschappijen. Daarnaast is gezocht naar een verscheidenheid van mogelijke relaties, om breed inzicht te krijgen in de betekenis van health literacy in relatie tot gezondheidsuitkomsten.

In de databases Pubmed, Medline, Biomed en Sciencedirect is gezocht naar artikeltitels waarin de volgende (combinaties van) termen voorkomen:

- (il)literacy AND health;
- (il)literacy AND health AND adults;
- (il)literacy AND health AND measurement.

De zoekopdracht 'literacy AND health' leverde in Pubmed 105 treffers op en in Sciencedirect 26 treffers. Ook is gezocht op:

- knowledge AND health;
- skills AND health;
- communication AND health;
- education AND health;
- empowerment AND health.

Geen van deze zoekopdrachten leidde naar artikelen waarin literacy centraal staat.

Om te inventariseren in hoeverre health literacy in Nederland aandacht krijgt, is gezocht naar het begrip 'health literacy' in Nederlandse wetenschappelijk literatuur. In Pubmed, Medline, Biomed en Sciencedirect is via de volgende zoekopdrachten gezocht naar het effect van alfabetisme en vaardigheden op gezondheid:

- (il)literacy AND health AND Netherlands;
- (il)literacy AND health AND dutch;
- (il)literacy AND Netherlands;
- gezondheid AND (an)alfabetisme;
- gezondheid AND geletterdheid;
- health AND skills AND Netherlands;
- communication AND health AND Netherlands;
- empowerment AND Netherlands.

De zoekopdracht 'literacy AND Netherlands' leverde 7 titels op, waaronder 1 relevante studie uit 2004 van Bekker en Lhajoui (zie paragraaf 2.3.7.). Er werden geen relevante studies gevonden via de zoekopdracht 'literacy AND dutch'. De zoekopdracht 'health AND communication AND Netherlands' leverde 60 referenties op. Ook deze zoekopdracht leidde niet naar artikelen waarbij literacy centraal staat. Met 'illiteracy AND Netherlands' en 'illiteracy AND dutch' werden evenmin relevante studies gevonden. Op 'health AND communication AND Netherlands' kwamen 20 referenties. De term 'literacy' komt echter in geen van de abstracts bij de 20 artikelen voor. Met 'empowerment AND Netherlands' werden 8 referenties gevonden naar merendeels meer beschouwende artikelen.

Verder is gezocht op 'literacy' en '(an)alfabetisme' in de databases van het NIGZ, het RIVM, ZonMw, het NIZW en het Nivel en in de Nederlandse Onderzoek Databank. In de Nederlandse Onderzoek Databank wordt melding gemaakt van één project waarbij health literacy aandacht krijgt, getiteld 'Proces- en effectevaluatie van een gemeenschapsgericht interventieprogramma om de determinanten voor de gezondheid in de achtergestelde wijken in Eindhoven te verbeteren'. Navraag leidde tot een proefschrift van Kloeck (2004). Health literacy krijgt in dit proefschrift echter geen specifieke aandacht.

2.3 Resultaten literatuurstudie

2.3.1 Literacy en de betekenis ervan voor de Nederlandse situatie

Het is interessant om stil te staan bij de betekenis van 'literacy' voordat verder wordt ingegaan op 'health literacy'. Hoe wordt 'literacy' gedefinieerd? En hoe (il)literate is Nederland? De definitie van 'literacy' die het International Adult Literacy Survey (IALS) formuleert in het rapport *Literacy in the information age* (Organisation for Economic Co-operation en Development [OECS]& Statistics Canada, 2000, px) ventileert een bredere opvatting van literacy dan in het verleden gangbaar was:

“The term literacy is used to refer to a particular skill – namely, the ability to understand and employ printed information in daily activities at home, at work and in the community – to achieve one’s goals, and to develop one’s knowledge potential. In denoting a broad set of information-processing competences, this conceptional approach point to the multiplicity of skills that constitute literacy in advanced

industrialised countries. In contrast a term such as ‘illiteracy’ which is still used in many countries, fails to alert the reader to important facts that people are literate to a degree, and that no single standard of literacy can meaningfully be set.”

Dus behalve over het kunnen lezen en begrijpen van tekst gaat literacy over de competentie om informatie te verwerken. Een veelheid aan vaardigheden is nodig om in een geïndustrialiseerde maatschappij als de onze individuele doelen te bereiken en kennis te ontwikkelen. De term ‘illiterate’ of ‘analfabeet’ maakt vaak niet genoeg duidelijk dat *iedereen* tot op een bepaald niveau ‘literate’ of alfabeet is. Het IALS onderscheidt vijf niveaus van literacy. Niveau 1 wordt omschreven als het kunnen vinden van benodigde informatie in een simpele tekst. Op niveau 2 kunnen er daarbij verschillende ‘afleiders’ zijn, of moet de lezer gevolgen trekken. Bij niveau 3 gaat het om het vermogen om verschillende typen informatie in een tekst te combineren en te integreren. Op niveau 4 moet de lezer verschillende aspecten kunnen vergelijken of meer dan één antwoord kunnen geven. Op niveau 5 zijn er meer afleiders in een tekst en moet de lezer ingewikkelder conclusies trekken. De niveaus 4 en 5 worden vaak samengetrokken. In veel IALS-publicaties wordt niveau 3 beschouwd als het literacyniveau dat nodig is om in de kennis-economie en de moderne westerse samenleving adequaat te kunnen functioneren (Bohnen, Ceulemans, van der Guchte, Kurvers & van Tendeloo, 2004)

Het Center for Literacy of Quebec hanteert de volgende definitie van literacy (Kickbusch, 2001, p. 292):

“Literacy involves a complex set of abilities to understand and use the dominant symbol systems of a culture for personal and community development. The need and demand for these abilities vary in different societies. In a technological society, the concept is expanding to include the media and electronic text in addition to alphabets and numbers. Individuals must be given life-long learning opportunities to move along a continuum that includes reading, writing and critical understanding and decision-making abilities they need in their communities.”

Deze definitie maakt duidelijk dat literacy in onze ‘technologische’ maatschappij ook betrekking heeft op verwerking van informatie uit de media en van internet. ‘Literacy’ betekent dat er in een steeds veranderende maatschappij levenslang-leermogelijkheden moeten zijn om vaardigheden als lezen en schrijven, kritisch begrijpen en beslissingen nemen te ontwikkelen.

Literacy is in het IALS onderzocht op drie domeinen (OECS en Statistics Canada, 2000):

- *prose*: het kunnen lezen en begrijpen van informatie uit geschreven teksten;
- *document*: het kunnen gebruiken van informatie uit schematisch opgestelde documenten als het spoorboekje, tabellen en grafieken;
- *quantitative*: het kunnen toepassen van rekenkundige bewerkingen, zoals de kosten van de boodschappen uitrekenen en rente berekenen.

In Nederland functioneert gemiddeld 10,3% van de volwassenen op het laagste literacyniveau: IALS-niveau 1. Worden de IALS-niveaus 1 en 2 samen geteld dan functioneert gemiddeld 37% van de volwassenen in Nederland niet het niveau dat noodzakelijk wordt geacht voor volwaardig functioneren in een kenniseconomie: IALS-niveau 3. De volwassenen die functioneren op IALS-niveau 1, kunnen als volgt getypeerd worden: allochtonen, meer ouderen, meer mensen met een laag inkomen, meer mensen met een lage opleiding, meer vrouwen (Bohnen et al.,

2004). Bij groepen met gezondheidsachterstanden gaat het óók om allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status. Mogelijk zijn er relaties tussen een laag literacyniveau en gezondheidsachterstanden.

Ook het percentage jongeren met een laag literacyniveau is niet gering. Van de jongeren in Nederland tussen de 16 en 19 jaar functioneert 7% op het laagste niveau en 24,5% op niveau 2. Daarmee wordt duidelijk dat literacy in Nederland ook in de toekomst een belangrijk item is (Bohnen et al., 2004). Mogelijk blijven gezondheidsachterstanden een probleem en worden ze in een snel veranderende maatschappij als de onze steeds groter als er relaties bestaan tussen literacy en gezondheidsuitkomsten.

Er zijn in Nederland omgerekend dus ongeveer 1,5 miljoen mensen die op het laagste literacy-niveau functioneren. Een groot aantal van hen, ongeveer een derde, is allochtoon (Bohnen et al., 2004). In Nederland is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de linguïstische kenmerken van allochtone groepen die men met informatie wil bereiken (De Voogd, 2002). De Voogd deed kwalitatief onderzoek naar lezen en taalgebruik in Turkse en Marokkaanse gezinnen. Het onderzoek bestond uit een twaalfstal casestudies en observaties over een langere periode, die ten doel hadden inzicht te krijgen in de manier waarop gezinnen omgaan met informatie die voor het dagelijks leven van belang is. Uit De Voogds onderzoek blijkt dat zoekstrategieën voornamelijk binnen het sociale netwerk van familie en vrienden worden bepaald en dat informatie ook binnen dat netwerk wordt verwerkt. Lager opgeleiden komen in Nederland veel barrières tegen die de ontwikkeling van literacy belemmeren. Inburgeringscursussen leggen een basis voor literacy in het Nederlands, maar het effect is beperkt als de vaardigheden nadien niet worden onderhouden en niet verder worden ontwikkeld.

Van der Kamp en Boudard (2003) verwijzen in hun studie naar de cijfers van de International Adult Literacy Survey en geven aan dat leeftijd een verklarende variabele is in het literacyprofiel van populaties. Volwassenen boven de 50 jaar scoren significant lager op de literacyschalen dan volwassenen onder de 50 jaar. Alhoewel de scores variëren, heeft 60% niet literacyniveau 3, het niveau dat nodig wordt geacht om volwaardig te kunnen functioneren in een kenniseconomie. De onderzoekers toonden in kwalitatief onderzoek aan dat ouderen situaties vermijden waarin functioneel alfabetisme noodzakelijk is, bijvoorbeeld het lezen van documenten of handleidingen bij nieuwe technologie. Volgens deze onderzoekers zijn vrouwen op leeftijd een extra kwetsbare groep, omdat documenten en formulieren bij een traditionelere rolverdeling het terrein van de echtgenoot zijn. De onderzoekers geven aan dat ook opleidingsniveau, geslacht en participatie in volwasseneneducatie een significante relatie hebben met literacyscores (Van der Kamp en Scheeren in Van der Kamp en Boudard, 2003).

Typen literacy

Literacy gaat dus niet alleen over lezen en schrijven maar over het scala aan vaardigheden die een volwassene nodig heeft om in onze kenniseconomie en westerse maatschappij te functioneren. The Canadian Education Research Information System onderscheidt zes variëteiten literacy (Kickbusch, 2001):

- *quantitative literacy*: het kunnen toepassen van rekenkundige bewerkingen, zoals de kosten van de boodschappen uitrekenen en rente berekenen;
- *scientific literacy*: het kunnen lezen en begrijpen van wetenschappelijke informatie;
- *technological literacy*: het kunnen lezen en begrijpen van handleidingen en het kunnen gebruiken van nieuwe technologie;
- *cultural literacy*: vaardigheden hebben om in een bepaalde cultuur te integreren;

- *media literacy*: het kunnen verwerken en toepassen van informatie uit de media;
- *computer literacy*: kunnen omgaan met de computer.

Kickbusch (2001) pleit ervoor om health literacy aan de lijst van de Canadian Education Research Information System toe te voegen. Kickbusch (2004) stelt dat 'illiteracy' niet alleen health literacy hindert maar ook een individu's persoonlijke, sociale en culturele ontwikkeling. Zij geeft tevens aan dat ook mensen met goede literacyvaardigheden problemen kunnen ervaren in het tot zich nemen, begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie.

2.3.2 Definiëring van 'health literacy'

In buitenlandse, veelal Amerikaanse literatuur wordt een link tussen 'literacy' en gezondheid gelegd, iets wat terugkomt in het begrip 'health literacy'. De term 'health literacy' werd ongeveer dertig jaar geleden voor het eerst in de literatuur vermeld (Nutbeam, 2000). Het begrip lijkt echter nog niet echt doorgedrongen in de Nederlandse gezondheidsbevordering. Ook voor health literacy geldt dat een onderscheid in 'literate' of 'illiterate' te eenvoudig is. Nutbeam (2000) onderscheidt drie literacyniveaus in relatie tot 'health'.

- *basic/functional literacy*: beschikken over voldoende basisvaardigheden op het gebied van lezen en schrijven om in alledaagse situaties effectief te kunnen functioneren;
- *communicative/interactive literacy*: beschikken over beter ontwikkelde cognitieve en 'literacyvaardigheden' die samen met sociale vaardigheden kunnen worden gebruikt om actief te participeren in activiteiten van het dagelijks leven, om informatie te verkrijgen en om betekenis te geven aan verschillende vormen van communicatie en die toe te passen in veranderende situaties.
- *critical literacy*: beschikken over beter ontwikkelde cognitieve vaardigheden die samen met sociale vaardigheden kunnen worden toegepast om kritisch informatie te analyseren en die te gebruiken om meer controle over het eigen leven (gebeurtenissen en situaties) te krijgen.

Deze indeling laat zien dat 'functional literacy' in de zin van begrijpend kunnen lezen en schrijven een belangrijke basisvaardigheid is, maar dat het individu ook andere cognitieve en sociale vaardigheden moet ontwikkelen om informatie interactief en kritisch toe te kunnen passen.

'Health literacy' wordt in de literatuur verschillend gedefinieerd. Het wordt als een begrip toegepast op individueel niveau maar ook als concept op maatschappelijk en politiek niveau. In internationale studies wordt 'functional health literacy' opgevat als de basale kennis en vaardigheden die nodig zijn om gezond te kunnen leven. In Nederland spreken Saan en De Haes (2005) in deze context van 'gezondheidsvaardig'. The Center for Health Care Strategies Inc. stelt een heel functionele definitie van 'health literacy' voor (Kickbusch, 2001, p. 292), waarin alleen de relatie met verwerking van informatie uit de gezondheidszorg gelegd wordt:

"Health literacy is the ability to read, understand and act on health care information."

De meeste studies nemen echter de definitie van Ratzan en Parker uit 2000 als uitgangspunt (Ratzan, 2001, p. 210)

"The degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions."

In deze laatste definitie wordt health literacy vooral gezien als de mate waarin mensen de mogelijkheid hebben om basale informatie en diensten op het gebied van gezondheid te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen om zo gezonde keuzes te kunnen maken. Deze definitie maakt duidelijk dat het niet alleen gaat om de mogelijkheden om kennis en vaardigheden te verwerken maar ook om de mogelijkheden om informatie en diensten te verkrijgen. The World Health Organisation accepteerde in 1998 de definitie van Nutbeam (Nutbeam, 2000, p. 264):

“Health literacy represents 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. Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.”

In deze definitie wordt de link met cognitieve en sociale vaardigheden gelegd. De definitie maakt duidelijk dat health literacy leidt tot empowerment als mensen toegang krijgen tot informatie en leren om deze informatie effectief toe te passen. Het begrip ‘empowerment’ is in Nederland beter bekend dan ‘health literacy’. Het staat voor het vermogen om zelf keuzes te maken en controle te hebben over eigen leven. Health literacy wordt door Nutbeam gezien als doel en als uitkomst van gezondheidsbevordering. De door hem beschreven drie literacyniveaus leiden tot drie niveaus van health-literacyuitkomsten op individueel en ‘community’-niveau, oftewel gemeenschapsniveau (Nutbeam, 2000, tabel 1. p. 266).

Op individueel niveau:

- functional health literacy (communicatie over informatie):
 - o verbeterde kennis van risico’s en gezondheidszorgdiensten;
 - o therapietrouw aan voorgeschreven programma’s.
- interactive health literacy (ontwikkeling van individuele vaardigheden):
 - o verbeterde mogelijkheid om onafhankelijk te handelen op basis van aanwezige kennis;
 - o verbeterde motivatie en zelfvertrouwen;
- critical health literacy (individuele en ‘community’-empowerment): verbeterd individueel incasseringsvermogen bij sociale en economische tegenspoed.

Op gemeenschapsniveau:

- functional health literacy (communicatie over informatie): grotere participatie bij gezondheidsbevorderende programma’s;
- interactive health literacy (ontwikkeling van individuele vaardigheden): verbeterde mogelijkheid om de sociale norm te beïnvloeden en interactief te zijn in de sociale groep;
- critical health literacy (individuele en ‘community’-empowerment):
 - o verbeterde mogelijkheid om te handelen naar sociale en economische determinanten van gezond gedrag;
 - o verbeterde empowerment.

Deze indeling van uitkomsten in drie niveaus geeft inzicht in de wijze waarop er in de gezondheidsbevordering op elk van de niveaus aandacht voor health literacy zou kunnen zijn. Daarbij gaat het op het niveau van de functional health literacy vooral om het vergroten van kennis via

informatieverschaffing over gezondheidsrisico's en over hoe je de weg vindt in de gezondheidszorg. Bij de niveaus 'interactive health literacy' en 'critical health literacy' gaat het vooral over het ontwikkelen van cognitieve en sociale vaardigheden om het individu en de gemeenschap optimaal te laten functioneren. Ook Kickbusch (1997) beschrijft health-literacyuitkomsten. Zij noemt vaardigheden als 'kunnen onderhandelen over omgevingsfactoren', 'eigen gedrag in relatie tot gezondheid kunnen overwegen', 'coping', 'verzorging', 'gebruik kunnen maken van de gezondheidszorg' en 'verschuiving van een fatalistische houding bij gezondheidsproblemen naar een actievere houding waarbij kennis wordt geïmplementeerd'.

Kickbusch geeft een heel complete definitie van 'health literacy' (1997, p. 269).

'Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions'.

Deze definitie maakt duidelijk dat het er niet alleen om gaat iemands persoonlijke levensstijl te veranderen maar ook iemands levensomstandigheden te verbeteren. Het betekent dat gezondheid of een gezonde leefstijl niet alleen een zaak is van het betreffende individu of een specifieke groep maar ook van bijvoorbeeld de overheid. Denk aan de leefomstandigheden in achterstandswijken. Health literacy lijkt in deze definitie behalve een uitkomst ook een strategie te zijn.

Al met al blijkt dat 'health literacy' heel verschillend wordt gedefinieerd. Als het gaat om basale kennis van gezondheid(szorgdiensten) en het begrijpend lezen van informatie spreken we van 'functional health literacy'. Als het gaat om interactief en kritisch functioneren, individueel of in de groep, spreken we van 'interactive health literacy' en 'critical health literacy'. Op deze niveaus gaat health literacy behalve over basale kennis van gezondheid en begrijpend lezen ook over cognitieve en sociale vaardigheden, zelfvertrouwen en kritisch kunnen denken. Een indeling in 'wel health literate' en 'niet health literate', is dus te eenvoudig. Ieder individu lijkt op een bepaald niveau health-literacyproblemen te kunnen ondervinden. Mogelijk zijn de problemen bij groepen allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status al op het niveau van functional health literacy aanwezig. Het opvolgen van medische instructies of lezen van bijsluiters is al niet eenvoudig voor iemand met literacyproblemen. Laat staan de juiste behandeling kiezen uit meerdere mogelijkheden, of – bij het overgrote aanbod – de goede zorgverzekering afsluiten.

2.3.3 Het belang van kennisstructuren

In onze maatschappij is het noodzakelijk voor een individu om health literate te zijn, nu en nog meer in de toekomst. Het individu moet niet alleen kunnen lezen en schrijven maar moet ook voldoende kennis en vaardigheden bezitten om te kunnen omgaan met informatie die op hem afkomt uit de media. In de ruimste opvatting betekent het dat iemand informatie van de radio, de televisie, uit de krant, uit tijdschriften en – niet onbelangrijk – van internet moet kunnen interpreteren. In onze maatschappij, waarin gezondheid *big business* is geworden, is het van belang om ‘echt’ van ‘onecht’ te kunnen onderscheiden. De term die staat voor het vermogen om informatie uit de media te verwerken, is ‘media literacy’. Media literacy lijkt in het kader van health literacy een belangrijke vorm van literacy te zijn.

Potter (2001, p. 13) benadrukt het belang van ‘media literate’ zijn. Hij stelt: “Taking control is what media literacy is all about.” Mediaberichtgeving kan ten onrechte de indruk wekken dat men bij de media weet hoe het zit. Media literacy heeft vooral te maken met het vermogen om informatie in het juiste perspectief te plaatsen, aldus Potter. Daarvoor zijn kennisstructuren en vaardigheden nodig. Hoe meer kennisstructuren iemand heeft, hoe ruimer zijn perspectief. Deze kennisstructuren worden ‘gebouwd’ door vaardigheden te gebruiken om informatie te selecteren en die informatie om te zetten in betekenisvolle ontwerpen. Volgens Potter wordt informatie multi-dimensionaal verwerkt: informatie heeft een cognitief, emotioneel, esthetisch en moreel aspect.

Het doel van media literacy is mediaboodschappen beter te begrijpen en zo meer controle te krijgen over de wijze waarop informatie kan worden geïnterpreteerd. Meer controle betekent meer keuze, meer ‘power’ en meer waardering voor de media, stelt Potter. Mensen die ‘media literate’ zijn, kunnen meer lagen in een boodschap zien en zijn daarom beter in staat om te selecteren en betekenis te geven aan informatie. Daardoor kunnen zij beter datgene uit een boodschap halen wat nodig is. Mensen met een hoger media-literacyniveau begrijpen mediaboodschappen beter, hebben meer controle en waarderen mediaboodschappen daarom meer (Potter, 2001).

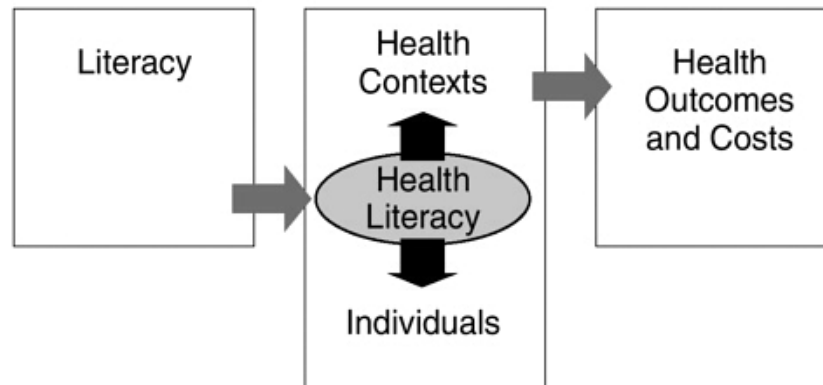
Potter vermeldt ook dat de meeste media-informatie onbedoeld op ons afkomt. Deze onbedoelde informatie beïnvloedt onbewust de wijze waarop we tegen de wereld en onszelf aankijken, en daarmee tegen misdaad, onderwijs, religie, familie en de wereld in het algemeen. De kans is groot dat we een vertekend beeld van de werkelijkheid krijgen. Door de veelheid aan informatie ontstaat informatiemoeheid. Mensen verwerken niet meer actief de informatie die op hen afkomt maar vertrouwen op (cognitieve) schema’s, waarbij een mediaboodschap veelal niet accuraat wordt verwerkt. Verwerking van informatie via kennisstructuren is superieur aan informatieverwerking via schema’s, omdat kennisstructuren beter betekenis kunnen geven aan onze ervaringen uit zowel de media als uit de echte wereld.

Media literacy blijkt belangrijk als het om health literacy gaat. Beide vormen van literacy gaan uit van het belang van kennis(structuren) en vaardigheden. Noch het begrip ‘media literacy’ noch ‘health literacy’ lijkt in Nederland of Europa ingeburgerd. Een goed Nederlands synoniem is voor beide begrippen nog niet voorhanden.

2.3.4 De betekenis van health literacy in relatie tot gezondheidsuitkomsten

Om er een gezonde levensstijl op na te kunnen houden en de eigen levensomstandigheden te kunnen verbeteren, zijn kennis en vaardigheden nodig. Mogelijk hebben deze kennis en vaardigheden relaties met gezondheidsuitkomsten. Een eenvoudig 'health literacy framework' van

Figuur 1. Bron: Nielsen-Bohlman et al., 2004, p. 33
Health Literacy Framework

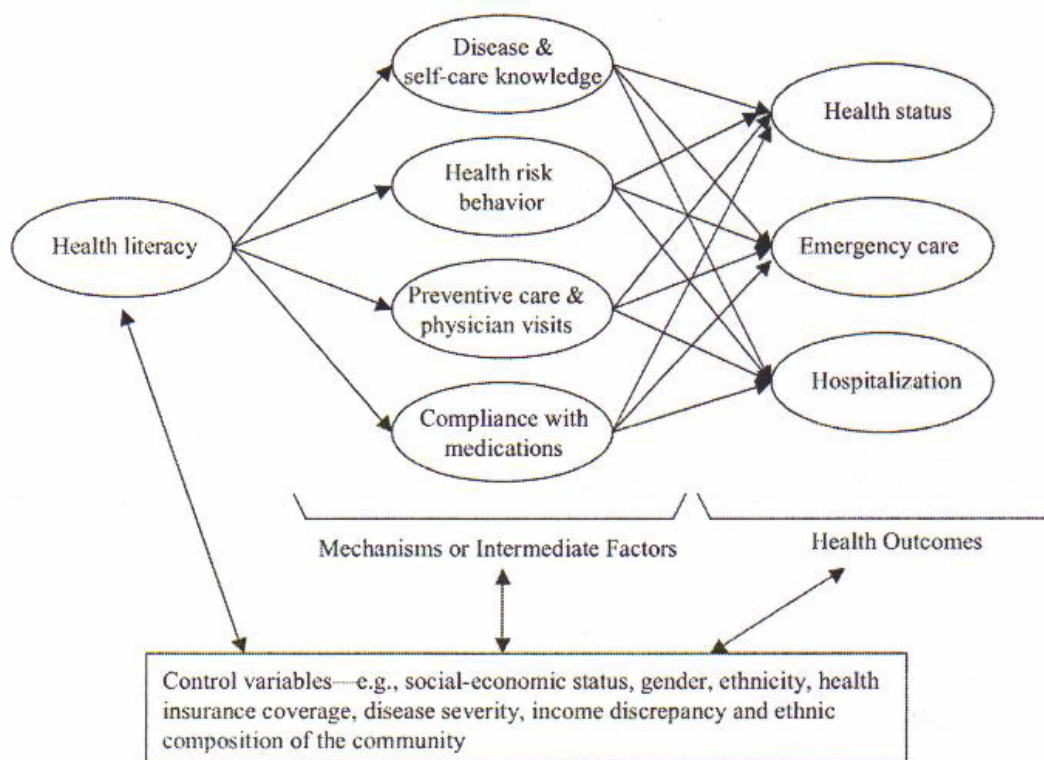


Nielsen-Bohlman, Panzer en Kindig (2004) geeft weer dat literacy een effect heeft op gezondheidsuitkomsten en kosten afhankelijk van het individu en de (health) context waarin dat individu zich bevindt. Zie figuur 1.

De connectie tussen health literacy en gezondheidsuitkomsten wordt nog inzichtelijker in beeld gebracht in het model van Lee, Arozulah en Cho (2004). Het geeft inzicht in factoren die een rol spelen bij health literacy en mogelijke uitkomsten. Mechanismen als kennis van ziekte en zelfverzorging, risicovol gedrag, preventieve zorg, artsbezoek en therapietrouw worden door health literacy beïnvloed, wat uiteindelijk effect heeft op de gezondheidsstatus en het gebruik van acute zorg en het ziekenhuis. Zie figuur 2.

Figuur 2. Bron: Lee et al., 2004, p. 1312

A simplified model of mechanisms linking health literacy to health outcomes



In het kader van dit afstudeeronderzoek is gezocht naar wetenschappelijke onderbouwing van deze relaties tussen health literacy en gezondheidsuitkomsten. Er zijn studies geselecteerd die raakvlakken hebben met de Nederlandse situatie. Dat wil zeggen: studies met een onderzoekspopulatie uit westerse, geïndustrialiseerde maatschappijen. De meeste studies laten zien dat functional health literacy in de zin van (begrijpend) lezen een goede voorspeller is van effecten op gezondheidsuitkomsten. Voorbeelden van gevonden effecten zijn minder kennis van ziekte en gezondheid, het onjuist opvolgen van medische instructies, een verkeerde perceptie van behandelresultaten, frequenter ziekenhuisbezoek, minder goede communicatie tussen arts en patiënt en hogere kosten in de gezondheidszorg. Deze ‘intermediaire uitkomsten’ (zie figuur 2) hebben een effect op de gezondheidsstatus. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op een aantal van deze studies. De beschreven studies zijn illustratief voor de relaties tussen functional health literacy en intermediaire of gezondheidsuitkomsten, zoals weergegeven in het model van Lee et al. (2004).

Operationalisatie

In de meeste studies worden de volgende meetinstrumenten gebruikt: de Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), de Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) of de verkorte versie ervan, de S- TOFHLA. Deze instrumenten hebben betrekking op het leesniveau of lees - en begripsniveau van geschreven informatie. De REALM bestaat uit het lezen van 66 woorden en is in ongeveer 3 minuten af te nemen. De woorden staan in 3 kolommen van 22 woorden op een standaard A4-formaatkaart. De moeilijkheidsgraad van de woorden loopt op. De patiënt moet de woorden hardop lezen en scoort op het juist uitspreken van het woord. Er wordt niet onderzocht of de patiënt het woord ook begrijpt. Gesteld wordt dat

het hardop kunnen uitspreken van een woord een indicatie voor literacy geeft. Er kunnen tussen 0 en 66 punten worden gescoord. De resultaten worden gerelateerd aan de US-highschool-grades. De REALM onderscheidt vier literacyniveaus (Gordon, Hampson, Capell & Madhok, 2002):

- *0-18: third grade en minder*. Individuen met dit niveau kunnen geen eenvoudige materialen lezen en hebben mondelinge instructies nodig.
- *19-44: fourth to sixth grade*. Individuen met dit niveau hebben eenvoudige materialen nodig en zijn waarschijnlijk niet in staat om bijsluiters te lezen.
- *45-60: seventh to eighth grade*. Individuen met dit niveau hebben moeite met de meeste voorlichtingsmaterialen; zij zullen zich niet beledigd voelen als ze eenvoudige materialen krijgen.
- *61-66: high school*. Individuen met dit niveau kunnen de meeste voorlichtingsmaterialen lezen.

De TOFHLA bestaat uit twee onderdelen: een begrijpend-lezenonderdeel en een cijferonderdeel. Voor het begrijpend-lezenonderdeel worden medische of gezondheidsgerelateerde teksten gebruikt, zoals een ziekenhuisformulier met rechten en plichten voor de patiënt en een deel van een 'informed consent'. In de tekst is elk vijfde tot zevende woord weggehaald. Proefpersonen wordt gevraagd ontbrekende woorden aan te vullen, waarbij zij steeds de keus krijgen uit vier woorden (multiple choice). Het juist kunnen invullen van het ontbrekende woord geeft een indicatie van iemands literacy. In het cijferonderdeel wordt bijvoorbeeld onderzocht of de patiënt voorschriften bij medicatie en het tijdstip bij een afspraak begrepen heeft (Gazmarian, Williams, Peel & Baker, 2003). Er kunnen tussen de 0 en 100 punten worden gescoord. In de TOFHLA worden drie literacyniveaus onderscheiden.

- *Inadequate health literacy (0-59)*. Individuen met dit niveau lezen veelal de eenvoudigste materialen verkeerd, zoals de bijsluiter bij medicijnen of een briefje met afspraak voor de dokter.
- *Marginal health literacy (60-74)*. Individuen met dit niveau scoren beter op de hierboven beschreven taken maar hebben moeite met het lezen van moeilijkere materialen, zoals de beschrijving van rechten en plichten op een ziekenhuisformulier.
- *Adequate health literacy (75-100)*. Individuen met dit niveau doorlopen de meeste taken van de test succesvol, hoewel ook zij nog problemen kunnen ondervinden bij materialen die geschreven zijn boven een tenth-gradeleesniveau (US-highschoolleesniveau).

De laatste jaren zijn er kortere, snellere versies ontwikkeld ontwikkeld (Baker, Williams, Parker, Gazmarian & Nurss, 1999; Bennet, Robbins & Haecker, 2003; Chew, Bradley & Boyko, 2004; Shea et al., 2004). Al deze meetinstrumenten hebben eveneens betrekking op het niveau begrijpend lezen. Meetinstrumenten voor health literacy die kennis en vaardigheden meten op het niveau van interactive health literacy en critical health literacy, zijn in de literatuur niet gevonden.

Health literacy en effecten op kennis en gezondheid

De hierna besproken studies geven inzicht in de relaties van functional health literacy met kennis van ziekte en het onjuist toepassen van medische instructies. De relatie tussen functional health literacy en kennis van ziekte bij ouderen (vanaf 65 jaar) met een chronische aandoening (astma, diabetes en hartfalen) werd onderzocht door Gazmarian et al. (2003). Zij toonden met een verkorte versie van de TOFHLA aan dat 24% van de patiënten inadequate en 12% van de

patiënten marginale health-literacyvaardigheden bezat. De kennis van de ziekte werd onderzocht door belangrijke elementen uit voorlichtingsmateriaal 'terug te vragen'. Patiënten met een laag literacyniveau bezaten significant minder kennis over hun ziekte dan patiënten met een adequaat literacyniveau.

Ook Williams, Baker, Honig, Lee en Nowlan (1998) toonden aan dat een laag health-literacy-niveau een relatie heeft met minder kennis van ziekte en het onjuist opvolgen van instructies. Bij patiënten met astma werd bij een laag health-literacyniveau minder kennis van de betreffende ziekte en onjuist gebruik van de inhalator gevonden. In het onderzoek kwam naar voren dat een laag literacyniveau een sterke relatie heeft met een hogere leeftijd. Ook wanneer gecorrigeerd werd voor opleidingsniveau, bleef een laag literacyniveau een goede voorspeller van onjuist gebruik van de inhalator. Williams et al. pleiten ervoor om voorafgaand aan voorlichtingsprogramma's patiënten te onderzoeken op hun literacyniveau. Eerder al werd aangetoond dat sociaal-economische status een belangrijke determinant is voor astmamorbiditeit. Minder opleiding, minder kennis van de ziekte, onjuist gebruik van de inhalator en onderbehandeling werden al eerder geassocieerd met toename van het bezoek aan eerstehulpafdelingen (Marder, Targonski & Orris in Williams et al., 1998). Het is denkbaar dat health literacy hierbij een rol speelt: de sociaal-economische status en het opleidingsniveau hebben mogelijk een relatie met health literacy.

De relatie tussen het niveau van functional health literacy van ouders en het begrijpen van medische informatie over hun kind werd onderzocht door Moon, Cheng, Patel, Baumhaft en Scheidt (1998). Het literacyniveau van ouders werd gemeten met de REALM. De ouders in kwestie werden vervolgens 48 tot 96 uur later geïnterviewd en hun werd gevraagd naar de diagnose van het kind en medische instructies. De onderzoekers vonden dat het literacyniveau van ouders geen voorspeller was van kennis van de diagnose van hun kind en het volgen van medische instructies. Zij vonden dat er op alle literacyniveaus gebrek aan kennis bestond en pleitten voor verbetering van de communicatie in het algemeen. Wel werd een relatie aangetoond tussen een laag literacyniveau en de beleving van de ernst van de ziekte van het kind.

De relatie tussen functional health literacy en de aanwezige kennis en het begrijpen van de ziekte bij personen met hiv/aids werd onderzocht door Kalichman et al. (2000). De literacy werd gemeten met de TOFHLA. Uit de metingen bleek dat 18% van de patiënten een marginaal of inadequaat health-literacyniveau had. De onderzoekers controleerden voor onderwijsniveau en toonden aan dat personen met een laag literacyniveau minder kennis van de ziekte bezaten. De gezondheidstatus werd echter niet beïnvloed door het literacyniveau. Wel werd aangetoond dat personen met een laag literacyniveau vaker de arts bezochten. Een belangrijke uitkomst was dat personen met een laag literacyniveau een verkeerde perceptie van de behandeling hadden. Ze waren ten onrechte optimistischer over de therapie-uitkomsten, geloofden dat hiv na behandeling minder seksueel overdraagbaar was en dat er minder noodzaak was voor safe seks. Kalichman et al. stellen dat meer dan de helft van de personen met een laag literacyniveau zou zijn gemist als zij in het onderzoek alleen naar het aantal jaren genoten onderwijs hadden gekeken. Gekeken werd naar onafhankelijke effecten van functional health literacy ten opzichte van het onderwijsniveau. Daarbij werden vier groepen vergeleken:

- laag health-literacyniveau met laag onderwijsniveau;
- laag health-literacyniveau met hoog onderwijsniveau;
- hoog health-literacyniveau met laag onderwijsniveau;
- hoog health-literacyniveau met hoog onderwijsniveau.

Analyse van de data maakte duidelijk dat personen met een laag health-literacyniveau onafhankelijk van het aantal jaren genoten onderwijs minder kennis en begrip van hun gezondheidssituatie hadden, ten onrechte optimistischer waren over de therapie-uitkomsten en geloofden dat hiv na behandeling minder seksueel overdraagbaar was. De groep met een laag literacyniveau en weinig jaren onderwijs scoorde het slechtst op kennis en begrip van de ziekte en perceptie van de behandeling. De groep met een hoog literacyniveau en meer jaren onderwijs scoorde het best op deze onderdelen. In eerder onderzoek bij personen met hiv/aids van Kalichman, Ramachandran en Catz (in Kalichman et al., 2000) werd al aangetoond dat mensen met een laag literacyniveau minder therapietrouw waren en een minder goed functionerend immuunsysteem hadden.

Bij patiënten met reumatoïde artritis werd de relatie tussen functional health literacy en de ernst van de ziekte en het functioneren van de patiënt onderzocht door Gordon et al., 2002. De literacy werd gemeten met de REALM. In dit onderzoek bleek 15% van de patiënten functioneel 'illiterate' met een REALM-score van minder dan 60, wat wil zeggen dat het leesniveau 'seventh to eighth grade' (UK-leesniveau 12-13 jaar) of minder is. Het functioneren van de patiënt werd gemeten met de Health Assessment Questionnaire (HAQ) en depressie werd gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-scale). Sociale uitsluiting werd gemeten met de Carstairs-index. Een laag literacyniveau leidde tot meer angst maar bleek geen relatie met het functioneren van de patiënt te hebben. Een laag literacyniveau kwam meer voor bij mensen bij wie sprake was van sociale uitsluiting. Ook werd aangetoond dat patiënten met een laag literacyniveau in een periode van twaalf maanden drie keer vaker het ziekenhuis bezochten, onafhankelijk van leeftijd en sekse. Vier patiënten weigerden deelname aan het onderzoek, van wie er drie aangaven niet te kunnen lezen.

Conclusie

Functional health literacy in de zin van (begrijpend) lezen blijkt een goede voorspeller van de mate waarin patiënten beschikken over kennis van hun ziekte en de mate waarin zij medische instructies opvolgen. Functional health literacy heeft eveneens een relatie met therapietrouw en de frequentie van ziekenhuisbezoek. Een relatie met een slechtere gezondheidsstatus of slechter functioneren van de patiënt werd niet overtuigend aangetoond. Wel werd duidelijk dat health literacy een relatie heeft met angst en verkeerde perceptie van behandelingsuitkomsten. In de bestudeerde literatuur werd in het algemeen en voor verschillende groepen patiënten bij tussen 15-18 % van de patiënten een laag literacyniveau gevonden. Daarbij werd in ieder geval in één studie deelname geweigerd door patiënten die aangaven niet te kunnen lezen. Mogelijk is het percentage patiënten met een laag literacyniveau nog groter. Belangrijk is dat onderzoekers stellen dat een groot aantal personen met een laag literacyniveau wordt gemist als je alleen kijkt naar het aantal jaren genoten onderwijs. In de bestudeerde studies worden ook relaties gelegd tussen functional health literacy en leeftijd en functional health literacy en sociaal-economische status, waarmee functional health literacy een interessant niveau binnen het concept health literacy is in relatie tot achterstandsgroepen in Nederland.

Health literacy en effecten op communicatie

Behalve effecten op kennis en gezondheid heeft health literacy ook een effect op de communicatie tussen arts en patiënt. De ervaren kwaliteit van de communicatie tussen arts en patiënt in relatie tot functional health literacy werd onderzocht door Schillinger, Bindman, Wang, Stewart en Piette (2004). De onderzoekers namen als uitgangspunt dat patiënten met een laag literacy-

niveau niet alleen beperkingen ondervinden met lezen en rekenen maar ook met mondelinge communicatie. Het health-literacyniveau werd gemeten met de S-TOFHLA. De ervaren kwaliteit van de arts-patiëntcommunicatie werd gemeten met onderdelen van de Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire. Alhoewel de kwaliteit van de communicatie door de patiënt als goed werd ervaren, werd ook in deze studie duidelijk dat patiënten met een laag literacyniveau vaker in verwarring waren of onvoldoende informatie bezaten over de status van hun ziekte en over hoe ze die succesvol konden managen. Bij patiënten met een laag literacyniveau lijkt het verstandig om interventies niet alleen te richten op de patiënten maar om ook familie en vrienden erbij te betrekken. Als familieleden aanwezig zijn bij een consult, duurt dat consult langer en geeft de arts meer informatie (Blanchard, Ruckdeschel & Blanchard in Lee et al., 2004). Lee et al. stellen dat met name de groep mensen met een laag literacyniveau in een omgeving met een disfunctionerend netwerk aandacht van professionele hulpverleners behoeft. Deze mensen kunnen immers niet terugvallen op familie of vrienden.

Health literacy en schaamte

Belangrijk is te beseffen dat functional health literacy in veel gevallen samengaat met schaamtegevoelens. Patiënten weigeren bijvoorbeeld deelname aan onderzoek omdat ze niet kunnen lezen. In een studie van Parikh, Parker, Nurss, Baker en Williams (1996) wordt aangetoond dat literacyproblemen samengaan met schaamtegevoelens. Van alle patiënten met een laag literacy-niveau gaf 67,4% toe problemen te hebben met lezen en met het begrijpen van wat men had gelezen. Van deze groep had 67,2% dat de echtgenoot niet verteld, 53,4% had het de kinderen niet verteld en 19% had niemand ooit verteld problemen met lezen te hebben. Bijna 40% van deze groep patiënten gaf aan schaamtegevoelens te hebben. Het is zaak om te bedenken op welke wijze deze gevoelens van schaamte een rol zouden kunnen spelen bij het tijdig zoeken van zorg en de interactie met zorgverleners.

In onderzoek van Birru et al. (2004) naar het vinden van internetinformatie over gezondheid en ziekte kwam eveneens naar voren dat sommige proefpersonen met een laag literacyniveau er niet voor uitkwamen dat ze informatie niet konden vinden. Zij beantwoordden vragen over ziekte vanuit al aanwezige kennis in plaats van kennis die was gekregen via internet. De ‘gezondheidssites’ die de proefpersonen bezochten om aan hun kennis te komen, hadden gemiddeld een eleventh-grade-leesniveau (een bevinding die consistent is met andere studies volgens de onderzoekers). Het leesniveau van de deelnemers was ‘third to eighth grade’. Sommige deelnemers waren in staat om de tekst te lezen maar begrepen niet de betekenis. Vermeld moet worden dat de deelnemers voorafgaand aan de studie een korte cursus navigeren en zoeken op internet gevolgd hadden. Birru et al. merken op dat veel deelnemers met een laag literacy-niveau waarschijnlijk geen internetdiensten of computer kunnen betalen. Health literacy wordt hiermee gerelateerd aan een lage sociaal-economische status. Als patiënten minder kennis hebben op het gebied van gezondheid, als zij minder goed in staat zijn om instructies op te volgen, als de arts-patiëntcommunicatie slechter is en als zij niet durven uitkomen voor literacy-problemen, dan zou dat wel eens kunnen leiden tot hogere kosten op het vlak van gezondheidszorg.

De kosten van health literacy

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen health literacy en kosten in de gezondheidszorg. In een studie van Friedland (1998) worden de kosten van ‘inadequate health literacy’ voor de Verenigde Staten geschat. De jaarlijkse kosten voor het gezondheidszorg-systeem in de VS worden in een analyse die is uitgevoerd door de National Academy on an

Aging Society geschat op 30 tot 73 biljoen dollar. In een studie van Weiss en Palmer (2004) met een beperkt aantal deelnemers werden de jaarlijkse medische kosten bekeken. Significant hogere kosten werden gemaakt door patiënten met een laag literacyniveau. De literacy bleek een voorspeller van medische kosten, onafhankelijk van sociodemografische factoren als het wel of niet hebben van werk en het opleidingsniveau.

2.3.5 Health literacy versus (health) empowerment

Gezien de effecten en de kosten van een laag functional health-literacyniveau lijkt health literacy een interessant concept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Het concept 'empowerment' is echter beter bekend en wordt vaker gebruikt in de praktijk van de Nederlandse gezondheidsbevordering bij de benadering van achterstandsgroepen. Beide concepten worden in de literatuur ook met elkaar in verband gebracht, zoals in de definitie van Nutbeam (2000, p. 264):

“By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.”

Alhoewel er in Nederland meer gesproken en geschreven wordt over empowerment, is er nog weinig wetenschappelijke onderbouwing te vinden voor het inzetten van het concept 'empowerment' in de Nederlandse gezondheidsbevordering. 'De zoekopdracht 'empowerment AND netherlands' levert 8 referenties op, in de meeste gevallen naar meer beschouwende artikelen. Er werd 1 onderzoek naar een empowerment-interventie gevonden. De interventie bestond uit discussierondes in een verpleeghuis waarbij bewoners hun mening gaven over het leven en de zorg in het verpleeghuis. De procedure werd ontwikkeld met als doelstelling cliënt-empowerment en kwaliteitscontrole in het verpleeghuis. Uiteindelijk resulteerde deze in een rapport met de mening en aanbevelingen van de bewoners en een actieplan (Van Geen, 1997).

Een vergelijking tussen health literacy en empowerment is op zijn plaats. Getracht is inzicht te krijgen in overeenkomsten en verschillen tussen health literacy en empowerment en een antwoord te vinden op de vraag waar health literacy zich onderscheidt van empowerment. Heeft health literacy ten opzichte van empowerment meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij groepen met gezondheidsachterstanden? Recentelijk hebben Jacobs, Braakman & Houweling (2005) in opdracht van ZonMw onderzoek verricht naar empowerment in de gezondheidsbevordering in Nederland. Bij de vergelijking van health literacy en empowerment is veelal gebruikgemaakt van de bevindingen van deze onderzoekers voor het concept 'empowerment'.

De definiëring van 'empowerment'

Evenmin als 'health literacy' is 'empowerment' eenduidig gedefinieerd. Volgens Jacobs et al. (2005) is er weinig overeenstemming onder academisch onderzoekers en professionals over wat empowerment is, over hoe het tot stand komt en over de uitingsvormen ervan (Stein 1997, Laverack & Wallerstein, 2001 en Menon, 2002 in Jacobs et al., 2005). Van Regenmortel (2002, p. 77) geeft aan dat de volgende definitie van Rappaport uit 1984 het meest wordt gehanteerd:

“Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their lives.”

In deze definitie wordt duidelijk dat empowerment een proces is: het is de wijze waarop mensen, organisaties en gemeenschappen ‘baas’ over eigen leven worden. Ook health literacy gaat over meer controle krijgen over het eigen leven. Health literacy wordt bovendien eveneens beschreven in relatie tot het individu of een populatie, echter niet zozeer in relatie tot organisaties. Empowerment wordt in de literatuur veelal als proces en health literacy als doel of uitkomst beschreven.

Jacobs et al. (2005) zien empowerment als een complex construct. Zij stellen dat empowerment een aantal kenmerken heeft die problemen oproepen in de conceptualisatie, het werken aan empowerment en het evalueren ervan. Een van de kenmerken is de gelaagdheid van het begrip. Het kan om empowerment van individuen gaan, maar ook van groepen, gemeenschappen of organisaties. Saan en De Haes (2005) onderscheiden drie dimensies van empowerment: persoonlijk, interpersoonlijk/collectief en maatschappelijk/politiek. Jacobs e.a. 2005 zien empowerment als een proces waarin de nadruk ligt op het cyclische of spiraalvormige karakter en op elementen als samenwerking tussen verschillende partijen, participatie van de doelgroep en bewustwording en ontwikkeling van vaardigheden. Het gaat daarbij om elementen die bijdragen aan het proces van controle en invloed krijgen op het eigen bestaan en de eigen gezondheid, zoals blijkt uit het volgende citaat van Zimmerman (1995, p. 583, in Jacobs et al., 2005):

“Empowering processes are those where people create or are given opportunities to control their own destiny and influence the decisions that affect their lives.”

Health literacy gaat over het vermogen om gezond te leven en er een gezonde leefstijl op na te houden. De definiëring van empowermentprocessen maakt duidelijk dat empowerment over meer dan gezondheid lijkt te gaan. Ook ‘health literacy’ is een gelaagd begrip. Het onderscheiden van de drie literacyniveaus (functional, interactive en critical) maakt al duidelijk dat het over verschillende niveaus kennis en vaardigheden van individuen of populaties gaat. Ook bij health literacy gaat het over mogelijkheden van mensen en over de leefomstandigheden waarin zij zich bevinden. Dus net als bij empowerment gaat het ook bij health literacy over controle en invloed krijgen op het eigen bestaan en op de eigen gezondheid, waarbij critical health literacy de optimale uitkomst is.

Als we de health-literacydefinitie van Kickbusch vergelijken met de definities van ‘empowerment’, lijkt de overeenkomst te zitten in het ontwikkelen van vaardigheden en genoeg zelfvertrouwen om de leefstijl en leefomstandigheden te veranderen en in actie te komen om de gezondheid te verbeteren. Het verschil tussen beide definities is het uitgangspunt van health literacy: daarvoor is een basaal kennisniveau nodig (Kickbusch, 1997):

“Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions.”

Van Regenmortel (2002) spreekt bij empowerment op individueel niveau over kritisch bewustzijn. Kritische bewustwording vormt in haar visie de brug naar actie en participatie. Daarbij wordt participatie gezien als middel om gevoelens van machteloosheid te bestrijden en (ervaren of actuele) controle te verwerven. Op individueel niveau betekent ‘empowering’ volgens Van

Regenmortel: leren om beslissingen te nemen, om bronnen te managen en om samen te werken met anderen. Deze vaardigheden lijken ook op de niveaus 'interactive health literacy' en 'critical health literacy' van toepassing. Immers: hierbij gaat het over het interactief vinden en kritisch kunnen toepassen van informatie om 'gezonde beslissingen' te kunnen nemen.

Health literacy wordt veelal beschreven als uitkomst. Empowerment als uitkomst is volgens Jacobs et al. (2005) minder helder beschreven. Het is gerelateerd aan (een gevoel van) kracht en macht en aan toegang tot hulpbronnen en voorzieningen (zoals de gezondheidszorg). De uitkomst 'empowered' betekent volgens Van Regenmortel (2002) dat het individu een gevoel van controle, kritisch bewustzijn en participatiegedrag heeft (zie tabel 1). Saan en De Haes (2005) spreken op persoonlijk niveau over zelfinzicht en zelfkennis, persoonlijk effectief handelen (controle en zeggenschap) en zelferkenning (gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen en respect).

Tabel 1. Bron: Zimmerman, 2000 in Van Regenmortel, 2002, p. 76.
Empowerment processes en empowered outcomes

Levels of Analysis	Process ("empowering")	Outcome ("empowered")
Individual	• <i>learning decision-making skills</i>	• <i>sense of control</i>
	• <i>managing resources</i>	• <i>critical awareness</i>
	• <i>working with others</i>	• <i>participatory behaviors</i>
Organizational	• <i>opportunities to participate in decision-making</i>	• <i>effectively compete for resources</i>
	• <i>shared responsibilities</i>	• <i>networking with other organizations</i>
	• <i>shared leadership</i>	• <i>policy influence</i>
Community	• <i>access to resources</i>	• <i>organizational coalitions</i>
	• <i>open government structure</i>	• <i>pluralistic leadership</i>
	• <i>tolerance for diversity</i>	• <i>residents' participatory skills</i>

Jacobs et al. (2005) geven aan dat de complexiteit van het concept 'empowerment' ook consequenties heeft voor de operationalisatie en het onderzoek naar empowerment. De operationalisatie van empowerment is divers en contextafhankelijk. De onderzoekers stellen dat empowerment de link is tussen participatie en gezondheid, waarbij empowerment een intermediair doel is en gezondheid het ultieme doel. Participatie is een strategie of voorwaarde voor empowerment en tegelijkertijd een intermediaire uitkomst (Robertson & Minkler in Jacobs et al. 2005). Volgens Jacobs et al. zijn voor empowerment verschillende soorten evaluatieonderzoek nodig, zoals procesevaluatie en impact- en uitkomstevaluatie. Een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodologie is nodig om veranderingen in empowerment inzichtelijk te maken. Er zijn instrumenten beschikbaar voor het meten van specifieke componenten van empower-

ment, zoals 'self-esteem', 'locus of control', 'self-efficacy', 'percieved competence' en 'participatie'. Ook voor health literacy geldt dat de complexiteit van het concept consequenties heeft voor operationalisatie en onderzoek. Operationalisatie van health literacy heeft op dit moment alleen nog maar op het niveau van (begrijpend) kunnen lezen plaatsgevonden. Denkbaar is dat de genoemde empowermentcomponenten ook bij de niveaus 'interactive health literacy' en 'critical health literacy' een rol spelen.

Jacobs et al. (2005) gebruiken het begrip 'health empowerment', te vertalen als 'gezondheids-empowerment'. Het begrip legt een directe relatie tussen gezondheid en empowerment (Menon in Jacobs et al., 2005). In dit verband wordt gesproken over 'psychologische empowerment', die zich kenmerkt door:

- gevoel van controle over de eigen gezondheid en factoren die daaraan bijdragen;
- gevoel van waargenomen competentie;
- internalisering van het doel van goede gezondheid of gezonde leefstijl op zowel individueel als maatschappelijk vlak.

Menon heeft een algemene lijst ontwikkeld van items die betrekking hebben op deze drie kenmerken. Met behulp van deze lijst zouden specifieke vragenlijsten voor evaluatie van health empowerment geconstrueerd kunnen worden. Hier zou kunnen worden gekeken naar mogelijke overlap met health-literacyuitkomsten.

Jacobs et al. (2005) melden dat deelnemers van focusgroepsbijeenkomsten bewust zelf keuzes kunnen maken als een centraal element van empowerment zagen. Dat betekent dat mensen ook kunnen kiezen voor ongezonde leefgewoontes. Als het maar gaat om geïnformeerde en bewuste keuzes waarvoor ze zelf verantwoordelijkheid nemen. Empowerment is dus geen garantie voor gezond leven. In de discussie kwam de vraag naar voren of het zelf verantwoordelijk maken van het individu niet wat hoogdravend en een nogal westerse manier van kijken is. Health literacy lijkt meer rekening te houden met de mogelijkheid dat groepen mensen onvoldoende kennis en vaardigheden bezitten om gezonde keuzes te maken.

Health literacy of (health) empowerment

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat health literacy en empowerment twee verwante begrippen zijn. Kickbusch en Nutbeam brengen empowerment en health literacy met elkaar in verband. Nutbeam (2000, p. 264):

“Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.”

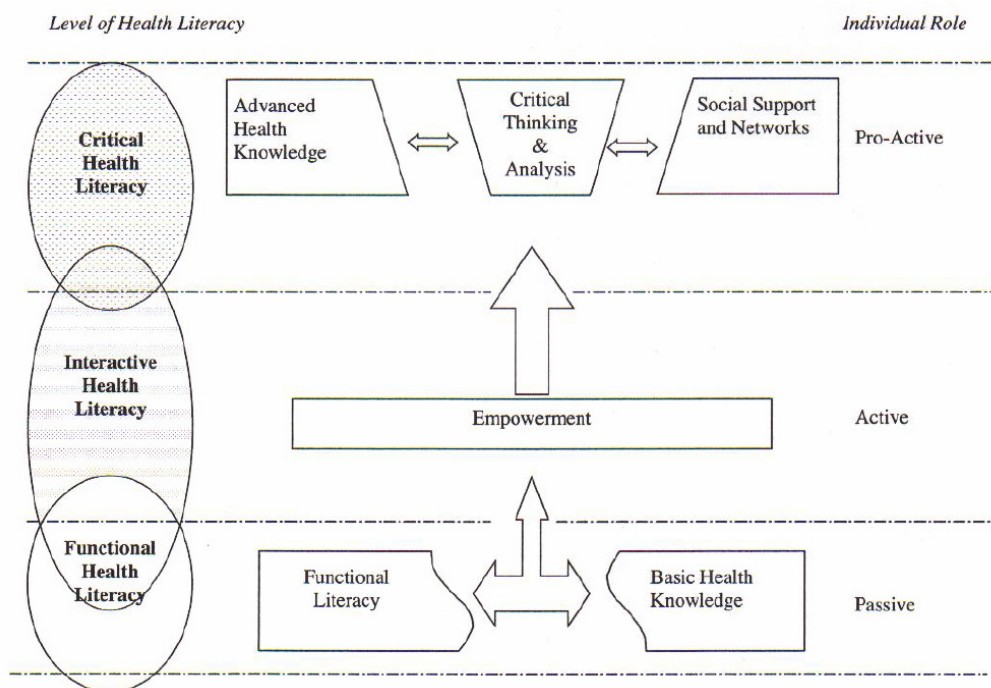
Nutbeam vindt health literacy, in de zin van het verbeteren van de toegankelijkheid van informatie en de mogelijkheden om die effectief te gebruiken, bepalend voor empowerment. Kickbusch (2004, p. 2) ziet empowerment als een belangrijk element van health literacy:

“Empowerment, an educational process designed to help patients develop the knowledge, skills, attitudes and degree of self-awareness necessary to effectively assume responsibility for their health-related decisions, is a key element of health literacy. To have the capacity to exercise greater control over their health, people need information, knowledge and understanding. This gives confidence and a will to assert control.

Health literacy also includes understanding one's right in relation to health and the health care system, and enables patients to understand and act in their own interest."

Kickbusch ziet empowerment als een educatief proces waarin patiënten kennis, vaardigheden, attitudes en zelfbewustzijn ontwikkelen, wat leidt tot meer eigen verantwoordelijkheid voor beslissingen op het vlak van gezondheid. Kickbusch geeft aan dat mensen informatie, kennis en begrip van rechten in relatie tot gezondheid en de gezondheidszorg nodig hebben. Dit geeft vertrouwen en zal een gevoel van controle over het eigen leven vergroten. Kickbusch stelt dat een voorwaarde voor empowerment is dat individuen 'functional health literate' zijn, waarbij functional health literacy ook in haar visie een combinatie is van 'functional literacy' en 'basic health knowledge'. Op het niveau van functional health literacy heeft het individu veelal nog een passieve rol. Op het niveau 'interactive health literacy' heeft het individu een actievere rol. Empowermentprocessen lijken op dit niveau een rol te spelen: zie het model in figuur 3. Critical health literacy is in dit model de optimale uitkomst, waarbij het individu een proactieve rol heeft wat zijn gezondheid betreft.

Figuur 3. Bron: Kickbusch, 2004, p. 3
Health Literacy Framework volgens Kickbusch



Kickbusch ziet empowerment als proces, niet als uitkomst. Een vergelijking van de health-literacyuitkomsten uit figuur 3 en de empowermentuitkomsten uit tabel 1 geeft echter de indruk dat de uitkomst 'critical health literacy' synoniem is met de uitkomst 'empowered'.

Conclusie

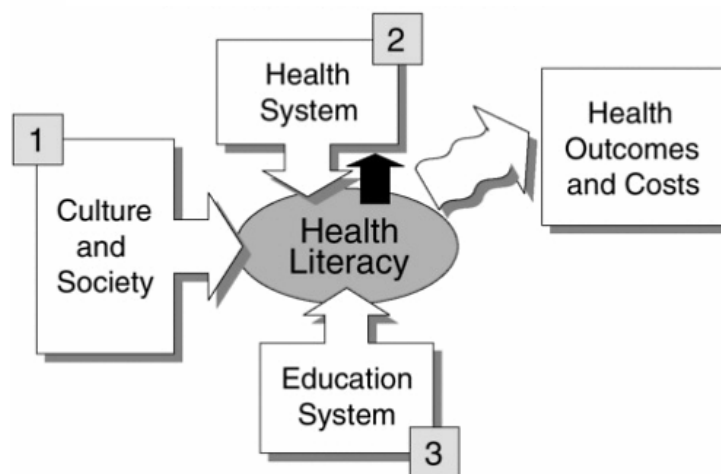
Om gezond te kunnen leven of een gezonde leefstijl te hebben, hebben mensen basale kennis en vaardigheden (functional health literacy) nodig op grond waarvan zij gefundeerde beslissingen op gezondheidsgebied kunnen nemen (interactive en critical health literacy of empowerment).

Of, zoals Potter (2001) het stelt: het hebben van kennisstructuren is van belang om informatie juist te kunnen interpreteren. Vooralsnog lijken health literacy en empowerment zich op dat punt te onderscheiden. Health literacy gaat uit van een niveau waarop basiskennis en literacy voorwaardelijk zijn om te komen tot een meer interactieve en kritische houding ten aanzien van gezondheid. Bij empowerment lijkt dit basisniveau geen specifieke aandacht te hebben. Bij groepen met gezondheidsachterstanden is mogelijk sprake van problemen op dit basisniveau. Health literacy lijkt daarom een interessant concept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Mogelijk biedt health literacy nieuwe inzichten en nieuwe antwoorden op de vraag waarom gezondheidsbevorderende interventies deze groepen minder goed bereiken.

2.3.6 Aandacht voor health literacy

Verskillende auteurs pleiten voor meer aandacht voor health literacy. Die aandacht zou het niveau van de gezondheidsbevordering moeten overstijgen. Nielsen-Bohlman et al. (2004) noemen drie mogelijke terreinen om health literacy als uitkomst te beïnvloeden: cultuur en maatschappij, het gezondheidszorgsysteem en het onderwijssysteem (zie figuur 4).

Figuur 4. Bron: Nielsen-Bohlman et al., 2004, p. 34
Potential Intervention Points



De definitie van Kickbusch (1997) in paragraaf 2.3.2 maakte al duidelijk dat aandacht voor health literacy niet alleen bestaat uit het verbeteren van individuele kennis en vaardigheden maar dat ook de mogelijkheden en levensomstandigheden van een individu of gemeenschap moeten worden verbeterd. Dat het hier dan ook gaat om meer dan gezondheidsbevorderende interventies alleen, moge duidelijk zijn. Zoals in figuur 4 inzichtelijk is gemaakt, heeft ook de overheid de verantwoordelijkheid om aandacht te schenken aan health literacy, bijvoorbeeld in de vorm van aandacht voor het verbeteren van health literacy binnen het onderwijs, de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem. Uiteindelijk leidt een 'health literate land' tot gezondere uitkomsten en minder kosten.

Kickbusch (2004) beschrijft waarom health literacy een prioriteit in de Europese Unie zou moeten zijn. Een aantal van haar argumenten: de behoefte van burgers in Europa aan meer

informatie, keuze en empowerment, de vergrijzende maatschappij met meer chronische aandoeningen, migratie en het steeds complexer wordende gezondheidszorgsysteem. Kickbusch pleit voor aandacht van beleidsmakers, levenslang-lerenprogramma's, ontwikkeling van 'e-health' en meer onderzoek in het kader van health literacy. Kickbusch stelde al eerder (Kickbusch 2001) dat verder onderzoek naar health literacy inzicht kan geven in empowermentprocessen, in het niveau van verschillende populaties en in het effect van gezondheidsbevorderende interventies. Zij vindt dat er een set van indicatoren ontwikkeld zou moeten worden om het health-literacyniveau van een gemeenschap te meten.

Health literacy is net als empowerment een dynamisch en complex concept. Denkbaar is dat ook bij health literacy het evalueren heel contextafhankelijk is. Hibbard, Stockard, Mahoney en Tusler (2004) ontwikkelden de Patient Activation Measure (PAM), een meetinstrument met zes domeinen:

- zelfmanagement van symptomen en problemen;
- deelname aan activiteiten die functiebehoud en vermindering van functieverlies bewerkstelligen;
- actief participeren in behandel- en diagnosekeuzes;
- meewerken met zorgverleners;
- zorgverleners en zorginstellingen kunnen selecteren op basis van prestaties en kwaliteit;
- navigeren in het gezondheidszorgsysteem.

Deze domeinen werden aan de hand van literatuurstudie naar het effect op de gezondheid gekozen. De domeinen zijn onderverdeeld in subdomeinen (kennis, ideeën en vaardigheden van patiënten) en vervolgens verder ontwikkeld. Gazmarian, Curran, Parker, Bernhardt en DeBuono (2005) vinden de PAM in het kader van health literacy een veelbelovend instrument om interventies gericht te ontwikkelen en veranderingen te onderzoeken.

Gazmarian et al. (2005) pleiten voor een 'health literate Amerika' en presenteren met een zes-stappenplan om dat doel te bereiken. Op de eerste plaats moeten de karakteristieken van een health literate Amerika duidelijk worden en de vaardigheden die nodig zijn om dat doel te bereiken. Op de tweede plaats moeten er meetinstrumenten worden ontwikkeld om het niveau van health literacy en verbeteringen op dat gebied vast te leggen. Op de derde plaats moet de communicatie in de gezondheidsbevordering kritisch worden geëvalueerd. Op de vierde plaats moet er aandacht worden geschonken aan de communicatievaardigheden van professionals in de gezondheidsbevordering. Op de vijfde plaats moet worden ingezien dat health literacy alleen niet voldoende is om tot gezond gedrag te komen. Er moet ook oog blijven voor andere factoren die gezond gedrag beïnvloeden. Ten slotte, op de zesde plaats, moet samenwerking tussen consumenten, de regering, gezondheidsbevorderaars, patiëntenverenigingen, gezondheidszorginstellingen, de media, het bedrijfsleven en beleidsmakers worden bevorderd.

Davis en Wolf (2004) geven aan dat er op dit moment nog geen kwaliteitsstandaard bestaat voor het ontwikkelen van materialen voor gezondheidsvoorlichting of de training van artsen met betrekking tot health literacy. Als die kwaliteitsstandaard wel zou bestaan, zouden de communicatie en voorlichting beter op maat gesneden kunnen worden.

In niet-wetenschappelijke literatuur is er wel aandacht voor de wijze waarop men in de praktijk van de gezondheidsbevordering om dient te gaan met individuen met een laag literacyniveau. Bekende namen op dit gebied zijn Doak, Doak en Root (1996) en Osborne (2004). Doak et al. schreven 'Teaching patients with low literacy skills'. Osborne schreef 'Health Literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message' waarin zij strategieën en technieken

beschrijft om de communicatie in de gezondheidszorg te verbeteren. Zoektocht op het internet naar health literacy leidt tot verschillende sites met informatie en checklists hoe patiënten met een laag literacyniveau te benaderen of sites voor patiënten met een laag literacyniveau hoe de communicatie met zorgverleners te verbeteren (bijvoorbeeld www.healthliteracy.com/).

Conclusie

Aandacht voor health literacy lijkt niet alleen een zaak voor gezondheidsbevorderende instanties maar ook voor beleidsmakers, de politiek en overheden. Eigenlijk voor de maatschappij als geheel. Een belangrijke voorwaarde is wel dat het concept 'health literacy' wordt geoperationaliseerd, iets waar zowel Kickbusch als Gazmarian voor pleit.

2.3.7 Health literacy in Nederland

Health literacy lijkt een interessant concept voor de Nederlandse gezondheidsbevordering. Met name het niveau 'functional health literacy' leidt mogelijk tot nieuwe inzichten in de benadering van groepen met gezondheidsachterstanden. In de Nederlandse wetenschappelijke literatuur is geïnventariseerd of health literacy bij ons al aandacht krijgt in de gezondheidsbevordering, en zo ja op welke wijze. Daarbij is één relevante studie gevonden: Bekker en Lhajoui (2004). In deze studie is de relatie van literacy met de beleving van gezondheid onderzocht bij Marokkaans Berber sprekende vrouwen in Nederland. De respondenten werden in drie groepen verdeeld. Twee groepen bestonden uit eerste-generatievrouwen, waarbij de ene groep 'literate' en de andere groep 'illiterate' was. De derde groep vrouwen bestond uit tweede-generatievrouwen die allen 'literate' waren. Het literacyniveau werd bepaald via een aangepaste versie van de REALM. Aangetoond werd dat literacy een significant effect heeft op het beleven van een betere gezondheid. De onderzoekers vonden geen verschillen in gezondheidsconditie bij de verschillende groepen respondenten. Bekker en Lhajoui concluderen dat het belangrijk is dat immigranten optimaal toegang tot mogelijkheden krijgen om hun literacyniveau te verbeteren.

Er is weinig wetenschappelijke onderbouwing te vinden voor de wijze waarop in Nederland literacy, alfabetisme, communicatievaardigheden of gezondheidsvaardigheden aandacht krijgen in de gezondheidsbevordering. In de praktijk van de Nederlandse gezondheidsbevordering is weliswaar (evidence-based) aandacht voor communicatie met de doelgroep, maar de onderbouwing is vooral gebaseerd op buitenlandse studies (Silverman, Kurtz & Draper, 2000). Er zijn wel meer algemene alternatieven ontplooid om de communicatie tussen overheid en burger te verbeteren. Zo wordt getracht om overheidsinformatie beter af te stemmen op specifieke doelgroepen. Sinds 2003 bestaat het 'Keurmerk Gewone Taal', dat valt onder het beheer van Stichting Makkelijk Lezen. De stichting beoordeelt teksten op een aantal wetenschappelijk ontwikkelde criteria, afhankelijk van de doelgroep(en) waarvoor ze geschreven zijn (Bakker-Renes & Hoefnagel 2005). Ook in de praktijk van de gezondheidsbevordering zijn inmiddels alternatieven ontplooid om communicatieproblemen te slechten en mensen 'gezondheidsvaardiger' te krijgen. Cursussen over kennis van het eigen lichaam en gezondheid en 'voorlichters eigen taal en cultuur' (VETC'ers) zijn voorbeelden van pogingen om de communicatie tussen allochtone Nederlanders en professionals te verbeteren. Bij de ontwikkeling van gezondheidsbevorderende programma's is er aandacht voor het pre-testen bij doelgroepen en intermediairs, om na te gaan of de materialen voor de doelgroep begrijpelijk en aantrekkelijk zijn (Brug, Schaalma, Kok, Meertens & Molen, 2003). De vraag is echter of er voldoende inzicht is in het

niveau waarop een individu of doelgroep de kennis en vaardigheden bezit om de gezondheidsinformatie tot zich te nemen, te verwerken en te begrijpen die nodig is om adequate beslissingen te kunnen nemen. Denkbaar is dat de benodigde kennis en vaardigheden bij groepen met gezondheidsachterstanden minder of niet aanwezig zijn. Binnen het concept 'health literacy' is er aandacht voor de verschillende niveaus waarop kennis en vaardigheden bij een individu of doelgroep aanwezig zijn. Het is interessant om met gezondheidsbevorderaars in Nederland te kijken naar de waarde van het health-literacyconcept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland.

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk stond de vraag centraal wat health literacy is, een vraag die is beantwoord aan de hand van literatuurstudie. Daarbij is meer duidelijkheid ontstaan over de definiëring en operationalisering van het concept. Er is wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor de mogelijke relaties van health literacy met gezondheidsuitkomsten, en er is een vergelijking is gemaakt met het in Nederland beter bekende concept 'empowerment'. Ten slotte is geïnventariseerd of health literacy al aandacht krijgt in Nederland en op welke wijze het concept hier dan aandacht zou moeten krijgen. Op basis van de literatuurstudie is een aantal conclusies te trekken, die hieronder aan bod komen.

2.4.1 Health literacy is meer dan het (begrijpend) kunnen lezen van informatie

Binnen het concept 'health literacy' is er aandacht voor verschillende niveaus van kennis en vaardigheden die een individu of gemeenschap bezit in relatie tot gezond leven. De definiëring van 'health literacy' is in de literatuur niet eenduidig en leidt mogelijk tot verwarring. De meeste studies nemen de definitie van Ratzan en Parker als uitgangspunt (zie paragraaf 2.3.2). Deze definitie heeft vooral betrekking op informatieverwerking. Kickbusch legt in haar definitie (paragraaf 2.3.2) veel meer de link met toegang krijgen tot informatie en leren om die effectief toe te passen. In Kickbusch' definitie heeft health literacy relaties met empowerment: zelf keuzes kunnen maken en controle hebben over het eigen leven. Deze definitie maakt duidelijker dat health literacy behalve over een individu's kennis en vaardigheden ook over mogelijkheden en dus leefomstandigheden gaat.

Duidelijk wordt in ieder geval dat literacy meer betekent dan 'geletterdheid'. Het gaat bij literacy om een scala aan vaardigheden, waarbinnen (begrijpend) kunnen lezen een basisvaardigheid vormt. Het onderscheiden van 'literate' en 'illiterate' mensen is te eenvoudig. Het onderscheid tussen van drie literacyniveaus (functional, interactive en critical) binnen het concept maakt duidelijk dat iedereen 'literate' is *tot op een bepaald niveau*. Begrijpend kunnen lezen én de gelezen informatie vervolgens interactief en kritisch kunnen toepassen, betekent dat je optimaal 'health literate' bent. Op individueel niveau leidt functional health literacy tot verbeterde kennis van risico's en gezondheidszorgdiensten, en therapietrouw aan voorgeschreven programma's. Interactive health literacy leidt tot een verbeterde mogelijkheid om onafhankelijk te handelen op basis van aanwezige kennis, verbeterde motivatie en meer zelfvertrouwen. Critical health literacy leidt tot verbeterd individueel incasservermogen bij sociale en economische tegenspoed. Dat health literacy in onze maatschappij niet los kan worden gezien van media literacy zal in de toekomst steeds duidelijk worden.

2.4.2 De operationalisatie van health literacy alleen op het niveau (begrijpend) lezen

Het health-literacyconcept wordt in de literatuur alleen geoperationaliseerd op het niveau van (begrijpend) kunnen lezen. In de meeste studies worden de meetinstrumenten REALM of TOFHLA gebruikt. Meetinstrumenten op het niveau van interactive health literacy en critical health literacy lijken nog niet te zijn ontwikkeld. Het is belangrijk om ook voor deze niveaus te komen tot operationalisatie van het concept. Duidelijk is dat dit geen eenvoudige zaak is, gezien het feit dat het concept meerdere dimensies heeft. Meetinstrumenten zullen doel-, doelgroep- en contextafhankelijk zijn. Mogelijk kan bij de operationalisatie van health literacy gebruikgemaakt worden van meetinstrumenten voor deelaspecten van het concept. De 'Patient Activation Measure' lijkt in het kader van health literacy een veelbelovend instrument om interventies gericht te ontwikkelen en veranderingen te onderzoeken. Overlap met empowermentaspecten is denkbaar. Verschillende auteurs geven aan dat voor meer inzicht in de doelgroep en de effecten van gezondheidsbevorderende interventies operationalisatie noodzakelijk is.

2.4.3 Functional health literacy heeft relaties met gezondheidsuitkomsten

Uit de literatuurstudie blijkt dat het niveau 'functional health literacy' in de zin van verminderde literacyvaardigheden een relatie heeft met gezondheidsuitkomsten. Aangetoond is dat mensen met een laag literacyniveau in het algemeen slechter scoren op kennis van hun ziekte, minder therapietrouw zijn, medicatie onjuist toepassen en frequenter een ziekenhuis bezoeken. Ook zijn zij angstiger dan mensen met hogere literacyniveaus. Voor hiv/aids-patiënten werd aangetoond dat er bij een laag literacyniveau sprake is van een minder functionerend immuunsysteem en ook vaker van een onjuiste perceptie van de behandeling. Daarnaast wordt in de literatuur duidelijk dat een laag literacyniveau veelal samengaat met slechtere communicatie tussen arts en patiënt. Informatie wordt minder goed begrepen en instructies worden minder goed opgevolgd. Literacyproblemen leiden daarmee tot hogere kosten in de gezondheidszorg. Het is niet altijd duidelijk of er sprake is van een laag literacyniveau. Meerdere studies laten zien dat patiënten zich schamen en niet voor hun literacyproblemen uitkomen. Belangrijk is te beseffen dat patiënten met een laag literacyniveau gemist worden als wordt uitgegaan van het opleidingsniveau zonder het health-literacyniveau te onderzoeken.

2.4.4 Functional health literacy heeft geen specifieke aandacht binnen empowerment

In de literatuur is gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen 'health literacy' en 'empowerment'. Voor beide concepten geldt dat er sprake is van complexe constructen met meerdere dimensies, die contextafhankelijk zijn en waarvan geen eenduidige definities worden gegeven. De niveaus 'interactive health literacy' en 'critical health literacy' hebben raakvlakken met empowerment. De uitkomst 'empowered' lijkt synoniem te zijn met de uitkomst 'critical health literate'. Het niveau 'functional health literacy' lijkt echter toegevoegde waarde te hebben ten opzichte van het empowermentconcept. Op dat niveau wordt ervan uitgegaan dat je basale kennis en literacyvaardigheden (functioneel alfabetisme) nodig hebt om interactief en kritisch met informatie te kunnen omgaan. Bij empowerment lijkt dit geen specifieke aandacht

te krijgen. Functional health literacy kan worden gezien als een voorwaarde om empowermentprocessen succesvol te kunnen laten verlopen.

2.4.5 Er is weinig (wetenschappelijke) aandacht voor health literacy in Nederland

In internationale literatuur wordt uiteengezet waarom health literacy aandacht zou moeten krijgen. De behoefte van burgers aan meer informatie, keuze en empowerment, de vergrijzende maatschappij, migratie en het steeds complexer wordende gezondheidszorgsysteem zijn belangrijke argumenten. Aandacht voor health literacy zou vanuit meerdere terreinen plaats moeten vinden: cultuur en maatschappij, het onderwijs en het gezondheidszorgsysteem zelf. Verschillende auteurs geven het belang van operationalisatie aan voor beter inzicht in de doelgroep en het evalueren van gezondheidsbevorderende interventies. In Nederlandse wetenschappelijke literatuur is er nagenoeg geen aandacht voor health literacy. In één studie (Bekker & Lhajoui, 2004) wordt de relatie van literacy met de beleving van gezondheid onderzocht bij Marokkaans Berber sprekende vrouwen in Nederland. Aangetoond werd dat literacy een significant effect heeft op het beleven van een betere gezondheid. In de praktijk van de Nederlandse gezondheidsbevordering is er weliswaar (evidence-based) aandacht voor communicatie met de doelgroep, maar de onderbouwing is vooral gebaseerd op buitenlandse studies.

Het is interessant om met gezondheidsbevorderaars in Nederland te kijken naar de waarde van health literacy voor de Nederlandse situatie. Vinden deze gezondheidsbevorderaars – experts werkzaam in beleids-, praktijk- en onderzoeksfuncties bij gezondheidsbevorderende instanties en universiteiten – dat health literacy meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland? Health literacy is bij de meeste gezondheidsbevorderaars in Nederland een onbekend concept. Daarom was het voor gezondheidsbevorderaars van belang om dit concept eerst te verkennen, voordat zij in het kader van dit afstudeeronderzoek uitspraken konden doen over de eventuele meerwaarde ervan. Daartoe is een masterclass health literacy georganiseerd, die in het volgende hoofdstuk aan bod komt.

3 Verkenning van het concept: masterclass health literacy

3.1 Inleiding en doelstelling

Om samen met gezondheidsbevorderaars in Nederland inzicht te krijgen in de eventuele meerwaarde van health literacy voor de Nederlandse situatie, is een masterclass health literacy georganiseerd. Doel van de masterclass was verkenning van het health-literacyconcept. De verwachting was dat de deelnemers dit concept door de masterclass zouden leren kennen, zich er een mening over zouden vormen en in staat zouden zijn om health literacy te plaatsen in de gezondheidsbevordering in Nederland en af te zetten tegen het beter bekende concept 'empowerment'.

3.2 Methode

Voor de masterclass werden veertig experts uitgenodigd die werkzaam zijn in beleids-, praktijk- en onderzoeksfuncties bij gezondheidsbevorderende instanties en universiteiten in Nederland. Dr. Ilona Kickbusch is gevraagd de masterclass te verzorgen. Ilona Kickbusch heeft zich de afgelopen jaren intensief met health literacy beziggehouden (Kickbusch 1997, 2001 en 2004). Zij is bekend door haar werk op diverse hooggeplaatste posities bij WHO en WHO Europa en haar hoogleraarschap aan de Yale University, School of Medicine. Ter voorbereiding van de masterclass werden de artikelen 'Health literacy: addressing the health and education divide' (Kickbusch, 2001) en 'Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century' (Nutbeam, 2000) aan de deelnemers gestuurd. De masterclass vond plaats op dinsdagmiddag 12 april 2005 onder leiding van Hans Saan, senior adviseur bij het NIGZ. Ilona Kickbusch verzorgde een presentatie, waarna de deelnemers in twee vragenrondes met haar van gedachten konden wisselen over de betekenis van health literacy voor de Nederlandse situatie. Vier medewerkers van het NIGZ notuleerden de discussie en de vragenrondes.

3.3 Hoofdpunten presentatie Ilona Kickbusch

Alleen de hoofdpunten van de presentatie worden hier beschreven (zie voor de hand-out van de volledige PowerPoint-presentatie bijlage I). In haar presentatie plaatste Ilona Kickbusch het health-literacyconcept in de context van een *knowledge-rich 21st-century society*. Health literacy is van belang in een maatschappij waarin de kosten van de gezondheidszorg zullen stijgen en het individu meer en meer eigen keuzes zal moeten maken. Kickbusch noemde meerdere dimensies van literacy, die ook in de toekomst actueel zullen blijven:

- quantitative literacy;
- scientific literacy;
- technological literacy;
- cultural literacy;
- media literacy;
- computer literacy;
- environmental literacy;
- health literacy.

Kickbusch presenteerde haar ideeën over health literacy in het kader van de drie opeenvolgende niveaus van literacy: functional health literacy, interactive health literacy en critical health literacy. Zij stelde dat functional health literacy duidt op een algemene bekendheid met gezondheidsonderwerpen en de vaardigheid om teksten over gezondheid te begrijpen. Mensen met interactive health literacy zijn in staat om op interactieve wijze met gezondheidsinformatie om te gaan, terwijl mensen met critical health literacy uitgebreide kennis over gezondheidsonderwerpen hebben, kritisch over gezondheidskwesties kunnen nadenken en daarbij gebruik kunnen maken van een sociaal netwerk. Op elk niveau zijn gezondheidsactiviteiten te bedenken waarbij specifieke kennis en vaardigheden noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld om geschreven informatie te kunnen lezen en begrijpen, informatie op te zoeken op internet, contact te zoeken met een hulpverlenende instantie of een keuze te maken uit verschillende behandelmethode. Ook volgens Kickbusch is media literacy, het kritisch kunnen interpreteren van berichtgeving uit de media, een belangrijke vorm van literacy. Media literacy heeft invloed op health literacy, omdat veel gezondheidsinformatie ons bereikt via de media. Ten slotte gaf Kickbusch aan op welke terreinen interventies te bedenken zijn om te komen tot een maatschappij waarin mensen 'critical health literate' zijn. Binnen het onderwijs, op culturele manieren en via het gezondheidssysteem zelf kan aandacht gegeven worden aan de verbetering van het niveau van health literacy.

3.4 Resultaten masterclass

De resultaten van de vragenrondes die hierna worden beschreven, zijn een interpretatie van de genotuleerde vragen en antwoorden. Zie voor de volledige samenvatting van de notulen bijlage II.

3.4.1 De eerste vragenronde

Wie is health literate?

De vragenronde startte met het thema: wie is 'health literate' en wie niet? Kickbusch gaf aan dat dit afhangt van de maatschappij waarin het individu leeft. In de westerse maatschappij is analfabetisme een probleem wanneer gebruikgemaakt wordt van gezondheidszorg. In niet-westerse samenlevingen of andere culturen hoeft dat echter niet zo te zijn. In onze maatschappij speelt betrouwbaarheid van informatie een rol. 'Gezondheidsreclame' kan misleidend zijn en een serieus probleem vormen. Misleidende reclame bemoeilijkt health literacy. Een veronderstelling is dat mensen met een laag health-literacyniveau ongezonder zijn. In het algemeen is dit moeilijk hard te maken. Op specifieke gebieden is het wel aangetoond, bijvoorbeeld op het gebied van roken. In het algemeen kan worden gesteld dat mensen met een hoge opleiding gezonder zijn en wordt aangenomen dat een maatschappij met een hoog health-literacyniveau ook een gezondere maatschappij is. Kickbusch gaf aan dat het health-literacyconcept in haar visie eerder betrekking heeft op het kennis- en vaardighedenniveau van een bevolking dan op dat van een individu.

Hebben we grotere keuzevrijheid ten aanzien van gezondheid?

In de masterclass werd gesproken over de trend dat burgers steeds meer keuzevrijheid krijgen maar onvoldoende voorbereid worden op het maken van keuzes. Kickbusch' reactie was dat mensen behoefte blijken te hebben aan keuzevrijheid maar dat er verschillen zijn in de mate

waarin zij daar behoefte aan hebben. Meer concurrentie, meer marketing en meer complexiteit leiden tot de illusie van meer keuze. Het probleem is echter dat keuzes vaak niet meer te identificeren zijn. Dat maakt dat mensen niet (willen) kiezen. Ze kunnen het niet en laten de dingen dan op hun beloop. De overheid zou mensen in staat moeten stellen om te kiezen. Tegelijkertijd moeten de keuzes helder (identificeerbaar) zijn. Kickbusch vindt dat de overheid mensen in de steek laat als het gaat om de toegankelijkheid van zorg (*navigating through the health system*: wegwijz worden in het zorgsysteem). De uitdaging voor de overheid is een balans te vinden tussen sociale zekerheid en keuzevrijheid. Bij alle keuzemogelijkheden heeft de overheid de verantwoordelijkheid om zekerheid te bieden, zonder te bemoeizuchtig te worden.

Hoe verhoudt health literacy zich tot andere concepten?

Health literacy lijkt veel verwantschap te vertonen met concepten als ‘empowerment’, ‘self-efficacy’ en ‘participatie’. Nog niet duidelijk is op welke punten er overeenkomsten en verschillen tussen deze concepten bestaan. Health literacy heeft verschillende uitkomstmaten. Empowerment is er een van – maar niet de enige. Aan de relatie tussen health literacy en gezondheid zijn in de Verenigde Staten veel studies gewijd. Deze studies richten zich veelal op het niveau ‘functional health literacy’, waarbij (begrijpend) kunnen lezen een belangrijke basis is. In Canada zou het gehele concept ‘health literacy’ gemeten worden via 199 indicatoren. Ook in het Verenigd Koninkrijk, Israël, Oostenrijk, Scandinavië en Zwitserland wordt onderzoek gedaan. In al deze studies levert de definitie van ‘health literacy’ problemen op. De ontwikkeling van het concept gaat langzaam. De vertaling van het begrip binnen landen in Europa is moeilijk. De terminologie is een obstakel.

Spreekt het health-literacyconcept je aan of is het oude wijn in nieuwe zakken?

Dagvoorzitter Hans Saan gaf deze vraag in de pauze mee aan de deelnemers, om in groepjes over te discussiëren en vervolgens plenair de dialoog met Kickbusch voort te zetten. Van drie groepjes is de discussie genotuleerd. Hieronder worden de onderwerpen van discussie weergegeven.

Health-literacyniveaus

Gesproken werd over hoe health literacy de complexiteit van gezondheid weergeeft. Gezondheidsbevordering dient de drie verschillende niveaus in zijn geheel in ogenschouw te nemen en zich niet te richten op één stuk uit de puzzel.

Belangenbehartiging bij keuzevrijheid

Ook werd gediscussieerd over de toenemende keuzevrijheid voor burgers. Er zit een goede maar ook een negatieve kant aan. Vooral mensen met een laag niveau van health literacy worden met de negatieve kant geconfronteerd. Een antwoord daarop kan zijn dat belangenbehartigers als de Consumentenbond actiever moeten worden, bijvoorbeeld door het vereenvoudigen van informatie. Het samenvatten van informatie kan echter al snel leiden tot aanpassing van de betekenis.

Health-literacytrainers

De aandacht voor health literacy bevestigt eens te meer de noodzaak om rekening te houden met individuen en groepen met lage niveaus van health literacy. In deze discussie is gesproken over de noodzaak van een soort persoonlijke health-literacytrainers. Feitelijk vervullen bijvoorbeeld VETC’ers, zorgconsulenten, praktijkassistenten en apothekersassistenten gedeeltelijk dit soort rollen. De vraag is of op het collectieve niveau de belangen van elke (sub)groep wel in voldoende

de mate behartigd worden. Juist de groepen met een lage sociaal-economische status en allochtonen organiseren zich weinig in dit type verbanden.

Health literacy als uitkomstmaat

Verder vroeg men zich af of een algemene uitkomstmaat (meetbaar resultaat) voor health literacy mogelijk is. Geconstateerd werd dat dit afhankelijk is van het zorgsysteem, dus moeilijk gelijk valt te trekken per land.

3.4.2 De tweede vragenronde

Is health literacy de oplossing voor ongelijkheid?

Kickbusch gaf aan dat het health-literacyconcept is ontstaan vanwege ongelijkheid tussen mensen. Er is toenemende ongelijkheid op verschillende niveaus: financieel, in de toegang tot zorg en op het vlak van keuzemogelijkheden. Als de toegankelijkheid van zorg goed geregeld is, helpt health literacy mensen om betere keuzes te maken. Mensen met een lage sociaal-economische status hebben in het algemeen minder kennis over gezondheidsrisico's, over hun rechten op gezondheidszorg en over de mogelijkheden van het systeem. Ze kunnen die daardoor niet optimaal benutten. Health literacy is daarom niet los te zien van ongelijkheden en achterstanden, bijvoorbeeld in het onderwijs en op het vlak van financiële mogelijkheden. Professionals dienen meer 'literate' te worden ten aanzien van hun cliënten. Dat wil zeggen: ze moeten zich meer bewust worden van wie ze voor zich hebben. Wat is de achtergrond van de persoon? Welke kennis en vaardigheden zijn wel en niet aanwezig? Uit een discussie over overeenkomsten en verschillen tussen health literacy en 'patiënt education' komt naar voren dat 'patient education' vooral inhaakt op al aanwezige medische kennis en dat binnen het health-literacyconcept breder naar kennis en vaardigheden op gezondheidsgebied wordt gekeken.

Hoe verhoudt health literacy zich tot de gezondheidsindustrie?

Met het oog op preventie wordt het promoten van gezond leven steeds belangrijker. Het idee is mensen zo veel mogelijk uit de 'kostbare' gezondheidszorg te houden. Momenteel hebben we te maken met 'healthism'. Er zit geld in de gezondheidsindustrie. De mix van media literacy, health literacy en marketing heeft dan ook belangrijke consequenties. Die mix kan zorgen voor verwarrende boodschappen voor individuen, maar is in de huidige context niet te vermijden. De gezondheidsomgeving verandert steeds. De vraag is van belang welke kennis en vaardigheden nodig zijn om een geïnformeerde keuze te kunnen maken. Elk individu maakt zelf keuzes, maar dat hoeven niet altijd gezonde keuzes te zijn. Gezondheidsbevorderaars moeten goed nadenken over het gevaar van 'mixed messages'. Zo moet je een folder die gezond eten bevordert niet de titel *More and more* geven in een tijd waarin eveneens wordt bevorderd dat mensen wat minder zouden moeten eten.

Geeft health literacy inzicht in populaties?

Kickbusch gaf aan dat indicatoren als opleiding en inkomen onvoldoende inzicht geven in het 'gezondheidsniveau' van een populatie. Het health-literacyconcept is breder en kan daarom belangrijke inzichten op populatieniveau geven. Het maakt vergelijkingen tussen gemeenschappen mogelijk. Dat maakt het interessant. Health literacy heeft verschillende uitkomstmaten (bijvoorbeeld gezondheid of kosten van de zorg). Health literacy is een 'health promotion outcome' maar ook een politiek relevante uitkomstmaat.

3.5 Conclusies

De masterclass stond vooral in het teken van het vergroten van kennis over en inzicht in het concept 'health literacy'. De presentatie en antwoorden van Kickbusch boden gelegenheid om meer grip te krijgen op de betekenis van het concept in het algemeen en in het bijzonder voor de Nederlandse situatie. Duidelijk werd dat Kickbusch het health-literacyconcept in zijn ruime betekenis ziet, waarbij het op individueel niveau en op gemeenschapsniveau gaat over kennis en vaardigheden maar ook over mogelijkheden en leefomstandigheden. Kickbusch ziet health literacy niet alleen als 'health promotion outcome' maar ook als een politieke relevante uitkomstmaat. Op deze middag werd opnieuw duidelijk dat de definiëring van 'health literacy' niet eenduidig is en dat er nog weinig bekend is over de operationalisatie van het concept. In dat verband werd gesproken over een Canadese lijst met 199 indicatoren (navraag leert dat Statistics Canada een health-literacyindex ontwikkelt die in het voorjaar van 2006 beschikbaar komt voor onderzoekers). Discussie over de waarde van het health-literacyconcept voor de Nederlandse gezondheidsbevordering en de plaats ten opzichte van bekendere concepten als 'empowerment' bleef vooralsnog uit.

Aan het eind van de masterclass werd de deelnemers gevraagd de komende tijd mee te denken over het proces van het plaatsen van health literacy in de Nederlandse gezondheidsbevordering. Daarbij staan voor het NIGZ de volgende vragen centraal:

- Vinden gezondheidsbevorderaars in Nederland dat het health-literacyconcept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland? En zo ja, hoe dan?
- Op welke wijze willen we in de gezondheidsbevordering aan de slag met health literacy?
- Op welke wijze en in hoeverre dient health literacy voor de Nederlandse situatie geoperationaliseerd te worden?

4 Hoe denken gezondheidsbevorderaars in Nederland over health literacy?

4.1 Inleiding en doelstellingen

Het NIGZ wilde weten of gezondheidsbevorderaars het health-literacyconcept meerwaarde vinden hebben in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland en op welke wijze het NIGZ aandacht zou kunnen schenken aan health literacy. Uit de literatuurstudie en masterclass bleek dat het health-literacyconcept nog nauwelijks is geoperationaliseerd. Alleen op het niveau van functional health literacy in de zin van begrijpend lezen zijn meetinstrumenten ontwikkeld. Om een indruk te krijgen van de wijze waarop health literacy geoperationaliseerd zou kunnen worden, is gevraagd naar mogelijke indicatoren van health literacy voor de Nederlandse situatie. Daarbij is meteen gevraagd naar de haalbaarheid en wenselijkheid van het ontwikkelen van een meetinstrument voor health literacy in Nederland. Om een exemplarisch idee te krijgen van de operationalisatie van health literacy voor een specifiek thema is bij het thema ‘overgewicht’ gevraagd naar de noodzakelijke kennis en vaardigheden voor een volwassene in Nederland om op gewicht te komen en te blijven.

4.2 Methode

Onder de deelnemers van de masterclass werd samen met een verslag van de masterclass een vragenlijst verspreid. Er is voor gekozen om deze vragenlijst alleen naar deze deelnemers te sturen, vanwege de onbekendheid van het health-literacyconcept onder Nederlandse gezondheidsbevorderaars. De deelnemers hebben via de masterclass kennis kunnen maken met het concept en zich een mening kunnen vormen. Het ging zoals gezegd om veertig experts, werkzaam in beleids-, praktijk- en onderzoeksfuncties bij gezondheidsbevorderende instanties en universiteiten in Nederland.

De vragenlijst bestond uit de volgende vragen:

- Heeft het health-literacyconcept meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland – en zo ja, hoe dan?

Als respondenten deze vraag bevestigend beantwoordden, werd hun gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden:

- Welke stappen zou het NIGZ naar uw mening moeten zetten om het concept ‘health literacy’ in de gezondheidsbevordering een plek te geven?

Health literacy is een complex concept. Een meetinstrument om het health-literacyniveau van een individu of populatie in Nederland te bepalen, bestaat nog niet. Hierover zijn de volgende vragen gesteld:

- Welke indicatoren (of vragen) zou een meetinstrument voor health literacy in Nederland moeten bevatten?

- Is het wenselijk om een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen?
- Is het haalbaar om een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen?

Health literacy wordt wel gedefinieerd als ‘de kennis en vaardigheden die iemand nodig heeft om gezond te kunnen leven’. Om exemplarisch inzicht te krijgen in benodigde kennis en vaardigheden zijn twee vragen gesteld bij het thema ‘overgewicht’:

- Welke kennis heeft een volwassene in Nederland nodig om op een gezond gewicht te komen en te blijven?
- Welke vaardigheden heeft een volwassene in Nederland nodig om op een gezond gewicht te komen en te blijven?

Ten slotte is gevraagd naar de wijze waarop de respondent als professional door het NIGZ ondersteund zou willen worden om een gebrek aan kennis en vaardigheden bij achterstandsgroepen op te kunnen vangen.

4.3 Resultaten vragenlijsten

Op de vragenlijsten kwamen na een herinneringsmail en een belronde twintig reacties: zeventien ingevulde vragenlijsten, twee niet volledig ingevulde lijsten en één lijst waarbij een respondent had aangegeven het beantwoorden van deze vragen meer een zaak van het NIGZ te vinden. Er kwamen daarnaast nog drie reacties binnen van deelnemers die het invullen van de vragenlijst te moeilijk vonden. De hierna beschreven resultaten zijn een interpretatie van de reacties. In bijlage III is de letterlijke, volledige respons op de vragenlijsten terug te vinden.

4.3.1 Meerwaarde health literacy

Heeft het health-literacyconcept meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland – en zo ja, hoe dan? Van de zeventien respondenten die deze vraag hebben beantwoord, zijn er vijftien van mening dat het concept inderdaad meerwaarde heeft. Twee respondenten vinden dat health literacy (nu nog) geen meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. De antwoorden op de vraag ‘en zo ja, hoe dan?’ zijn hieronder in categorieën verdeeld en met citaten verhelderd.

(1) Health literacy spreekt verschillende sectoren aan (vijf maal geantwoord):

“Goed als PR-middel om het thema op de agenda te krijgen voor intersectorale samenwerking.”

“Om duidelijk te maken richting politiek en industrie dat ook zij partner zijn in de achterstand van deze groepen.”

(2) Health literacy leidt tot beter begrip van de doelgroep (vier maal):

“Het in lijn proberen te brengen van de informatie en de ontvanger van die informatie.”

“Omdat er dan automatisch meer aandacht voor diversiteit (culturele/ gender/ specifieke) zal zijn.”

(3) Health literacy geeft goed de verschillende niveaus van vaardigheden aan (drie maal):

“Het heeft een meerwaarde omdat het zo goed de verschillende niveaus van vaardigheden aangeeft en omdat het oog heeft voor de ontwikkelingen in een samenleving die bepalen in hoeverre vaardigheden toereikend zijn. Bijv. internetgebruik, nadruk op keuzes maken in het zorgaanbod. Daardoor kun je nuanceren en gericht je doelen stellen.”

“Different sectors of the population have different levels of health literacy and respond differently to health information around them. Improving health literacy implies investigating current levels of literacy, and considering how this can best be improved amongst these different groups.”

(4) Health literacy levert een holistische benadering van gezondheid op (twee maal):

“Voor mij is de brede visie en het holistisch benaderen van gezondheid het grote voordeel van het nemen van ‘health literacy’ als uitgangspunt.”

“The concept adds value since it approaches health promotion amongst low SES groups from a much broader context – looking at how different societal impacts (culture and society, health system and education system) affect their knowledge, but also at what changes can be made within these different systems to change to behaviour of specific groups.”

(5) Health literacy is een stimulans om weer aan de slag te gaan met oude, bekende zaken (eenmaal):

“Gezondheidsbevordering (ook gericht op mensen met een aandoening zoals chronisch zieken) is een belangrijk instrument om mensen in staat te stellen keuzes te maken ten aanzien van hun gezondheid en ziekte. Ik herken in de beschrijving van health literacy en m.n. de drie niveaus zoals Kickbush die aangeeft (functional/ interactive/critical) veel uit de communicatietheorieën en bijv. ook uit de Voorlichtingspijl: de stapsgewijze aanpak om mensen afhankelijk van het te bereiken doel daar te krijgen waar ze willen komen/zijn. In zoverre is het niet nieuw, maar de meerwaarde zit wel in dat ‘de oude wijn’ in nieuwe zakken wordt gepresenteerd en dat kan weer een stimulans zijn om aan de slag te gaan met oude, bestaande zaken die wel van belang blijven. Ik vind het trouwens niet alleen een concept voor achterstandsgroepen. Je kunt zoals Kickbush ook aangaf vanuit verschillend perspectief illiterate zijn of een lagard (wel hoog opgeleid bijv. maar niets met computers hebben).”

Een respondent die van mening was dat health literacy (nog) géén meerwaarde had in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen, vond dat het concept onvoldoende is geoperationaliseerd:

“De definiëring van het concept blijkt (bleek) veel verwarring te doen ontstaan. Op het moment dat een concept meer verwarring zaait dan concreet aangeeft waar het voor bedoeld is, voldoet het mijns inziens niet en moet het beestje een naam krijgen waardoor iedereen meteen weet wat ermee bedoeld wordt.”

“Ik zie het nu nog als een concept, een andere manier van denken, dat nog niet is uitgewerkt en als zodanig nu reeds bruikbaar is in discussies met bijv. de overheid. Het concept moet uitgewerkt worden. De richting van uitwerking is van belang om het als een bruikbaar ‘iets’ te kunnen gaan inzetten.”

Conclusie

De respondenten antwoorden in het algemeen positief: health literacy wordt ervaren als een concept met meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen. Die meerwaarde zien de respondenten vooral in het inzetten van het concept tegenover andere sectoren. Gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen wordt daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gezondheidsbevorderende instanties en sectoren als de overheid en het bedrijfsleven. Het concept kan mogelijk ingezet worden om beter inzicht in doelgroepen (in dit geval achterstandsgroepen) te krijgen. Ook de holistische benadering van gezondheid wordt als voordeel van het concept gezien. Het gaat niet alleen om kennis en vaardigheden maar ook om leefstijl en levensomstandigheden. Operationalisatie van het concept lijkt echter van belang.

4.3.2 Gewenste stappen

Welke stappen zou het NIGZ moeten zetten om het health-literacyconcept in de gezondheidsbevordering een plek te geven? De antwoorden op deze vraag worden hieronder besproken.

(1) Werken aan meer begrip van het concept en de bekendheid ervan vergroten (zes maal geantwoord). Daartoe stellen de respondenten het volgende voor:

- “Workshop met Don Nutbeam.”
- “Uitwerken visieaspecten in kleine groepen.”
- “Trainingsprogramma’s aanbieden.”
- “Publiceren over health literacy.”
- “Ondersteuningsmateriaal aanbieden.”
- “Niet zozeer het begrip maar het thema uitdragen: er is ongelijkheid in toegang tot gezondheidsinformatie – op het niveau van vaardigheden en op het niveau van kennis.”

(2) Agendasetting bij de politiek en bij andere overheden en kennisinstituten (zes maal).

“Een politieke lobby: het past binnen het huidige kabinets-denken: de burger moet zelf keuzes maken.”

“Propageren concept ‘gezonde keuze moet makkelijke keuze zijn.’”

(3) Het concept invullen vanuit verschillende invalshoeken met andere preventie- en gezondheidszorginstituten (drie maal):

- “Discussie met veld gezondheidsbevorderaars.”
- “Samenwerking met VWS en ZonMw.”

(4) Wetenschappelijk onderzoek (drie maal):

“In samenwerking met universiteit. Mogelijke ingangen: de ontwikkeling van een meetinstrument; onderzoek naar de relatie ‘general literacy’ en ‘health literacy’ of onderzoek naar de effectiviteit van health literacy interventies.”

“Wat wordt er al op dit gebied gedaan? Wat zijn de ervaringen met health literacy in binnen- en buitenland? Wat zijn de behoeften in Nederland op dit gebied en hoe kan de health-literacybenadering worden geïmplementeerd in de Nederlandse situatie?”

(5) Een Nederlandse term introduceren (eenmaal).

Eén respondent vraagt zich af of het NIGZ health literacy wel een plek zou moeten geven gezien de moeizame implementatie van het concept in andere landen. Deze respondent vindt wel dat health literacy ‘als gedachtegoed’ het huidige werk zou kunnen inspireren en dat het concept te gebruiken is als nieuwe manier om tegen het eigen werk en dat van anderen aan te kijken:

“(…) En ons te laten inspireren bij de ontwikkeling van hulpmiddelen om de communicatie/gezondheidsbevordering ‘health literacy proof’ te maken. Daarbij kunnen we ons zowel op de professional/intermediair richten als op de eindgebruiker/ burger/ cliënt/consument/patiënt.”

Conclusie

Werken aan meer duidelijkheid over het health-literacyconcept lijkt een belangrijke eerste stap voor het NIGZ als het health literacy een plek gaat geven in de gezondheidsbevordering. De respondenten geven aan dat trainingen, publicaties en het uitwerken van visieaspecten in kleine groepen daarbij mogelijke middelen zijn. Samenwerking met andere preventieve en gezondheidszorginstituten is hierbij een goed uitgangspunt. Ook geven de respondenten aan dat het NIGZ health literacy op de agenda zou kunnen zetten van de politiek, overheden en andere kennisinstituten. Ook wordt gepleit voor wetenschappelijk onderzoek, met als mogelijke ingangen meetinstrumenten, relaties van literacy met health literacy en het effect van health-literacyinterventies.

4.3.3 Indicatoren meetinstrument

Health literacy is een complex concept. Een meetinstrument om het health-literacyniveau van een individu of populatie in Nederland te bepalen, bestaat nog niet. Het NIGZ wilde graag weten welke indicatoren thuishoren in een meetinstrument voor het bepalen van het health-literacyniveau in Nederland. De respondenten is gevraagd naar hun inzichten daarover. De voorgestelde indicatoren voor een meetinstrument voor health literacy in Nederland hebben vooral betrekking op individuele kennis en vaardigheden. Hierna volgt een greep uit de antwoorden (zie voor een volledig overzicht van de voorgestelde indicatoren bijlage III).

Als mogelijke indicatoren van kennis werden bijvoorbeeld genoemd:

- kennis van het functioneren van het eigen lichaam;
- kennis van belangrijke gezondheidsproblemen en van hoe je die kunt voorkomen;
- kennis van het zorgsysteem;

Als mogelijke indicatoren van individuele vaardigheden werden genoemd:

- lezen en schrijven;
- gebruik van nieuwe media;
- vragen stellen bij de dokter;
- keuzes kunnen maken uit de aangeboden zorg.

Mogelijke andere indicatoren op het gebied van health literacy:

- toegang tot informatie;
- de mate waarin informatie aansluit bij al aanwezige kennis;
- de mate waarin eenvoudige gezondheidsvragen in de eigen omgeving kunnen worden opgelost;
- risicoperceptie;
- de 'health locus of control';
- eigen effectiviteit;
- empowerment.

Een respondent twijfelt over het ontwikkelen van een meetinstrument, omdat dit volgens deze respondent niet de weg lijkt om te bepalen hoe het staat met de gezondheidsvaardigheid van mensen met een gezondheidsachterstand. Een vertaling van het Canadees model wordt voorgesteld.

Conclusie

De respondenten noemen veel mogelijke indicatoren. Duidelijk is dat die indicatoren zeer verschillend van aard zijn. Denkbaar is dat er afhankelijk van de doelgroep, het doel en de context waarin gezondheidsbevordering plaatsvindt verschillende indicatoren aan de orde zijn. Sommige van de voorgestelde indicatoren zijn op hun beurt weer complexe concepten, zoals 'eigen effectiviteit' en 'empowerment'. Het ontwikkelen van een meetinstrument voor health literacy lijkt daarmee geen eenvoudige zaak.

4.3.4 Wenselijkheid meetinstrument

Is het wenselijk om een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen? Daarover waren de meningen zeer verdeeld. Van de zestien respondenten die antwoordden op de vraag, vonden acht respondenten het wenselijk en acht niet.

Wel wenselijk:

“Als het redelijk makkelijk in te vullen is kan het beleidsmakers en werkers helpen de bestaande situatie en de gewenste situatie in termen van vaardigheden goed te beschrijven en daar beleid op te ontwikkelen.”

“Helaas is het nog altijd zo dat effectiviteit en meetbaarheid vaak gevraagd worden door subsidiegevers. Bovendien kan het informatie geven of de health-literacyvisie inderdaad een goede aanpak is van de gezondheidsverschillen of dat gezondheid-achterstanden een andere (buiten het concept ‘health literacy’ liggende) oorzaak hebben.”

Niet wenselijk:

“Nog niet, eerst helder krijgen wat health literacy inhoudt en dan bekijken wat waar al gemeten wordt.”

“Ik zou voor een meer onderbouwd antwoord ook meer willen zien van dat Canadese model, want eerlijk gezegd kan ik me er niet zoveel bij voorstellen. Verder vraag ik me af of men in Nederland zit te wachten op weer een andere lijst met indicatoren.”

4.3.5 Haalbaarheid meetinstrument

Is het haalbaar om een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen? Bij deze vraag werd veelal verwezen naar de voorgaande vraag. Van de vijftien respondenten die antwoordden op deze vraag, denken er negen dat het ontwikkelen van een meetinstrument voor de Nederlandse situatie haalbaar is, drie dat het niet haalbaar is en drie weten het niet.

Haalbaar:

“Uiteraard.”

“We moeten gebruikmaken van wat er al is ontwikkeld in andere landen en dat aanpassen aan de Nederlandse situatie. Ik weet niet hoe bruikbaar de lijsten zijn die al ontwikkeld zijn.”

Niet haalbaar:

“Dit lijkt mij niet te kloppen gezien het brede karakter van het begrip. Op specifieke onderdelen van het begrip kan dat anders liggen.”

Geen idee:

“Lijkt me een moeizaam traject.”

Conclusie

Over de wenselijkheid en haalbaarheid van het ontwikkelen van een meetinstrument in Nederland zijn de meningen verdeeld. Het is wenselijk in het licht van het meetbaar maken van bestaande en gewenste situaties, om beleid op te kunnen ontwikkelen. Ook is het wenselijk om gezondheidsbevorderende interventies te kunnen evalueren. Onduidelijkheid over wat ‘health literacy’ inhoudt én de al bestaande lijsten met indicatoren in Nederland maken het ontwikkelen van een meetinstrument minder wenselijk. Wat de haalbaarheid betreft, gaan de reacties vooral in de richting van uitzoeken wat al ontwikkeld is in andere landen.

4.3.6 Benodigde kennis rond overgewicht

Welke kennis heeft een volwassene in Nederland nodig om op gezond gewicht te komen en te blijven? De respondenten noemden op deze vraag veel kennisaspecten, waarvan de meest voorkomende hieronder zijn samengevat (zie voor een volledig overzicht bijlage III). Belangrijk is kennis over:

- eten;
- bewegen;
- stress;
- wanneer je te dik bent;
- de balans tussen eten en bewegen;
- de werking van het lichaam;
- hoe je informatie kunt vinden;
- de medische en sociale risicofactoren van overgewicht op korte en lange termijn;
- de keuzes die je kunt maken om te zorgen voor een aan gezond gewicht;
- de omgevingsfactoren die van invloed zijn op overgewicht.
- hoe je zelf een actieplan kunt opstellen.

Eén respondent geeft aan liever te spreken over de mogelijkheden die een volwassene heeft om op een gezond gewicht te blijven en geeft hierbij aan dat gemakkelijke en toegankelijke informatie vanuit de industrie, handel en horeca nodig is. Eén respondent stelt dat kennis individueel verschillend is per fase van gedragsverandering. De houding van een volwassene is daarom belangrijker: wat vind ik ervan?

4.3.7 Benodigde vaardigheden

Welke vaardigheden heeft een volwassene in Nederland nodig om op gezond gewicht te komen en te blijven? De meest genoemde vaardigheden (zie voor een volledig overzicht bijlage III):

- nee kunnen zeggen tegen alle verleidingen van de reclame;
- beschikken over de wilskracht/motivatie en kracht om standvastig te zijn;
- stevig gemotiveerd zijn om fit te worden;

- een eigen programma voor gezond bewegen kunnen opstellen;
- informatie kunnen zoeken;
- hulp kunnen vinden;
- een heldere vraag kunnen stellen;
- informatie kunnen toepassen (gezond inkopen, gezond eten maken);
- een positieve inschatting van eigen effectiviteit;
- weerbaar zijn tegen sociale druk;
- kunnen bewegen;
- labels van producten kunnen lezen;
- de omgeving kunnen inschakelen ('critical health literate' zijn);
- reële doelen kunnen stellen;
- beschikken over communicatievaardigheden (bijvoorbeeld om je te kunnen inschrijven bij een sportschool).

Vermeld wordt dat behalve kennis en vaardigheden ook steun van de sociale omgeving belangrijk is. Eén respondent mist de volgende vragen: welke omgeving en welke stimulansen zijn nodig? Want, aldus deze respondent: "Met kennis en vaardigheden alleen red je het niet."

Conclusie

Het exemplarisch vragen naar kennis en vaardigheden maakt duidelijk dat er alleen al veel kennis en vaardigheden nodig zijn om in Nederland op gezond gewicht te komen en te blijven. Een deel van deze kennis en vaardigheden kan ook bij andere specifieke thema's ingezet worden: weten hoe je informatie vindt, weerbaar zijn tegen sociale druk, of de omgeving kunnen inschakelen. Toch zijn bij elk specifiek thema ook weer specifieke kennis en vaardigheden nodig. Denk aan een thema als verantwoord omgaan met genotmiddelen als alcohol, tabak en drugs of, voor jongeren, verantwoord omgaan met seksualiteit. Er een gezonde leefstijl op na houden is in Nederland geen eenvoudige zaak. Worden daarbij ook nog eens iemands mogelijkheden en levensomstandigheden in ogenschouw genomen, dan wordt duidelijk dat er nog heel wat stappen gezet moeten worden voordat Nederland 'health literate' is.

4.3.8 Door professionals gewenste ondersteuning

Op welke wijze zou u als professional door het NIGZ ondersteund willen worden om een gebrek aan kennis en vaardigheden bij achterstandsgroepen op te kunnen vangen? Op deze vraag kwamen respondenten met de volgende suggesties:

"Guidelines voor een project in de context van health literacy, model van factoren waaraan gedacht moet worden."

"Inzicht in waaraan gezondheidsbevorderingsplannen moeten voldoen om een bijdrage te kunnen leveren aan het verhogen van health literacy; bijvoorbeeld door goede voorbeelden te selecteren en hulp bij het opzetten van lokale en landelijke programma's te geven; kwaliteitsmeter/checklist health literacy ontwikkelen; trainingen geven: wat is health literacy?"

"Een rapport van de literatuurstudie health literacy ontvangen."

“Het zou interessant zijn een gezamenlijk project hierover te starten van NIGZ en Trimbos- instituut.”

Conclusie

Vooralsnog hopen de respondenten van het NIGZ vooral meer kennis van het concept health literacy te krijgen en meer inzicht in hoe dat concept in de praktijk kan worden toegepast.

4.4 Conclusies

De vraag of health literacy een concept is met meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland, werd voornamelijk positief beantwoord. Als voordeel van health literacy worden genoemd: de handvatten die het concept biedt richting overheden en de politiek om iets te doen aan achterstandsgroepen, beter begrip van de doelgroep, de holistische benadering van gezondheid, aandacht voor verschillende niveaus van vaardigheden en een stimulans om weer aan de slag te gaan met oude, bekende zaken. Als nadeel van health literacy wordt genoemd dat het concept onvoldoende is geoperationaliseerd. Van de veertig deelnemers aan de masterclass reageerden er twintig op de vragenlijst. Bij telefonische benadering van deelnemers die niet reageerden, bleek dat dit onder andere door drukte, ziekte of vakantie kwam. Denkbaar is echter ook dat het thema ‘health literacy’ deze deelnemers minder aansprak. De over het algemeen positieve respons ten opzichte van health literacy kan daarom een vertekend beeld geven.

De respondenten stellen het NIGZ verschillende stappen voor om health literacy een plek te geven in de gezondheidsbevordering in Nederland. Het NIGZ zou allereerst meer begrip van het concept moeten bewerkstelligen, via publicaties, trainingen, wetenschappelijk onderzoek naar effecten van health literacy en samenwerking met andere instanties en overheden. Er zijn echter ook respondenten die zich afvragen of het NIGZ health literacy überhaupt een plek zou moeten geven in de Nederlandse gezondheidsbevordering gezien de moeizame implementatie in andere landen.

De voorgestelde indicatoren voor een meetinstrument voor health literacy in Nederland hebben vooral betrekking op individuele kennis en vaardigheden. Duidelijk wordt dat deze indicatoren zeer verschillend van aard zijn en dat sommige indicatoren op zichzelf complexe concepten zijn. Over de vraag of het wenselijk en haalbaar is om een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen, zijn de meningen verdeeld. Het kan gezondheidsbevorderaars helpen om inzicht in de omvang van een probleem of in resultaten van interventies te krijgen. Het lijkt echter verstandig om eerst beter uit te zoeken wat health literacy voor Nederland inhoudt en wat men met een meetinstrument zou willen doen. Omdat bij het operationaliseren van health literacy andere (sub)concepten een rol lijken te spelen, is het belangrijk om eerst inzicht in deze concepten te krijgen alvorens een nieuw instrument te ontwikkelen. Een zo eenvoudig mogelijk instrument heeft de voorkeur. Voorgesteld wordt om het Canadese model te vertalen.

Bij de vraag naar kennis en vaardigheden bij het thema ‘overgewicht’ wordt duidelijk dat een volwassene in Nederland een breed scala aan kennis en vaardigheden nodig heeft om op gewicht te komen en te blijven. De respondenten geven aan op welke wijze zij door het NIGZ ondersteund zouden willen worden bij een gebrek aan kennis en vaardigheden bij achterstandsgroepen. Daartoe worden onder andere trainingen en richtlijnen voorgesteld.

5 Conclusies, discussie en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Health literacy is een nagenoeg onbekend concept in de Nederlandse gezondheidsbevordering. In dit onderzoek is getracht een antwoord te geven op de vraag wat de waarde van het health-literacyconcept zou kunnen zijn in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Literatuurstudie diende inzicht te geven in de definiëring en operationalisering van 'health literacy' en de betekenis van het concept in relatie tot gezondheidsuitkomsten. Het health-literacyconcept is vergeleken met het in Nederland beter bekend concept 'empowerment' om te weten te komen waar deze concepten zich van elkaar onderscheiden en of health literacy mogelijk meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen. Ten slotte is in de literatuur gezocht naar de wijze waarop health literacy aandacht zou moeten krijgen.

Duidelijk werd dat er in Nederland nog maar weinig (wetenschappelijke) aandacht voor health literacy is. Een masterclass diende om gezondheidsbevorderaars kennis te laten maken met het health-literacyconcept, zodat zij zich vervolgens een mening konden vormen over de waarde van het concept voor de Nederlandse gezondheidsbevordering. Veertig experts met beleids-, praktijk- en onderzoeksfuncties bij gezondheidsbevorderende instanties en universiteiten in Nederland werden voor de masterclass uitgenodigd. Er is een vragenlijst ingezet om de ideeën en inzichten van deze experts over health literacy in kaart te brengen.

In dit laatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies uit de drie onderdelen van het onderzoek (de literatuurstudie, de masterclass en de vragenlijst) besproken. Daarbij wordt antwoord gegeven op de vraag of het health-literacyconcept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland.

5.2 Conclusies

5.2.1 Health literacy: een concept met drie niveaus

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat er binnen het health-literacyconcept aandacht is voor de verschillende niveaus van kennis en vaardigheden van een individu of gemeenschap. De indeling in functional health literacy, interactive health literacy en critical health literacy maakt duidelijk dat het onderscheid in alleen 'health literate' en 'health illiterate' te eenvoudig is. 'Literacy' betekent meer dan 'geletterdheid'. Het gaat bij literacy om een scala aan vaardigheden. Daarbij vormt functional literacy, oftewel (begrijpend) kunnen lezen, een basisvaardigheid. Interactive literacy gaat over beter ontwikkelde cognitieve en sociale vaardigheden die kunnen worden gebruikt om actief informatie te verkrijgen en betekenis te geven aan verschillende vormen van communicatie. Critical literacy gaat over beter ontwikkelde cognitieve en sociale vaardigheden die kunnen worden toegepast om kritisch informatie te analyseren en die informatie te gebruiken om meer controle over het eigen leven te krijgen.

Nutbeam (2000) beschrijft deze drie niveaus van literacy in relatie tot drie niveaus health-literacyuitkomsten. Op individueel niveau leidt functional health literacy tot verbeterde kennis van risico's en gezondheidszorgdiensten en therapietrouw aan voorgeschreven programma's. Interactive health literacy leidt tot verbeterde mogelijkheden om onafhankelijk te handelen op

basis van aanwezige kennis, tot verbeterde motivatie en tot meer zelfvertrouwen. Critical health literacy leidt tot verbeterd individueel incasseringsvermogen bij sociale en economische tegenspoed. Op gemeenschapsniveau leidt functional health literacy tot grotere participatie bij gezondheidsbevorderende programma's. Interactive health literacy leidt tot verbeterde mogelijkheden om de sociale norm te beïnvloeden en interactief te zijn in de sociale groep. Critical health literacy leidt tot verbeterde mogelijkheden om te handelen naar sociale en economische determinanten van gezond gedrag en tot meer empowerment.

5.2.2 De definiëring van 'health literacy' is niet eenduidig

Duidelijk is dat health literacy een complex concept met meerdere dimensies is. Behalve over kennis en vaardigheden gaat health literacy ook over mogelijkheden en leefomstandigheden. De definiëring van health literacy in de literatuur is echter niet eenduidig en leidt mogelijk tot verwarring. Niet altijd is helder of 'health literacy' staat voor kennis hebben over gezondheid en literacyproblemen (functioneel alfabetisme) of dat de ruimere betekenis van 'health literacy' in de context van een gemeenschap wordt bedoeld. Als het concept gebruikt gaat worden in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland, is het van belang dat er consensus komt over de definitie van 'health literacy' voor de Nederlandse situatie. Uitgangspunt zou de definitie van Kickbusch kunnen zijn.

"Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions."

Deze definitie heeft echter raakvlakken met de definitie van 'empowerment'. De vraag is of het naast elkaar gebruiken van twee zo vergelijkbare concepten niet tot meer verwarring leidt. Het niveau waarop health literacy zich van empowerment lijkt te onderscheiden – functional health literacy – lijkt voor de Nederlandse gezondheidsbevordering een nieuwe invalshoek. Daarbij lijkt het toch meer te gaan over:

"The degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions."

Op deze definitie van Ratzan en Parker baseren veel Amerikaanse studies zich. Zoals gezegd is het van belang om consensus te bereiken over de definitie van 'health literacy' voor de Nederlandse situatie. Een goede Nederlandse vertaling van de term 'health literacy' maakt het concept wellicht beter toepasbaar voor de Nederlandse gezondheidsbevordering.

5.2.3 Operationalisatie alleen op het niveau (begrijpend) lezen

Het health-literacyconcept is in de literatuur alleen op het niveau van begrijpend lezen geoperationaliseerd. In de meeste studies worden de meetinstrumenten REALM of TOFHLA gebruikt. In de literatuur zijn geen meetinstrumenten op het niveau van interactive health literacy en critical health literacy gevonden. Die meetinstrumenten lijken nog niet te zijn ontwikkeld. Denkbaar is dat er voor verschillende dimensies (op individueel of gemeenschapsniveau) in verschillende

context verschillende meetinstrumenten ontwikkeld zouden moeten worden. Uit de respons op de vragenlijsten bleek dat het ontwikkelen van een meetinstrument voor health literacy in Nederland geen eenvoudige zaak is. Exemplarisch inzicht in de mogelijke operationalisatie van het concept via het vragen naar indicatoren voor een meetinstrument en naar kennis en vaardigheden bij het thema ‘overgewicht’ onderschrijft dit. Over de wenselijkheid en haalbaarheid van een meetinstrument voor health literacy in Nederland zijn de meningen onder de Nederlandse gezondheidsbevorderaars dan ook verdeeld. Voorgesteld wordt om gebruik te maken van bestaande meetinstrumenten voor deelaspecten van health literacy. Op dit moment lijkt het zinvol om de health-literacyindex van Statistics Canada af te wachten. Mogelijk geeft deze index meer inzicht in de wijze van operationaliseren van het concept. Navraag leert dat de Canadese index voorjaar 2006 beschikbaar komt voor onderzoekers.

5.2.4 Functional health literacy heeft relaties met gezondheidsuitkomsten

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat functional health literacy, in de zin van begrijpend kunnen lezen, een effect heeft op gezondheidsuitkomsten. De meeste studies in kwestie zijn afkomstig uit de Verenigde Staten. Mensen met een laag literacyniveau hebben minder kennis over hun ziekte, zijn minder therapietrouw, passen vaker medicatie onjuist toe en bezoeken frequenter een ziekenhuis. Zij zijn bovendien angstiger dan mensen met hogere literacyniveaus. Patiënten met een laag literacyniveau hebben vaker een onjuiste perceptie van de behandeling. Een laag literacyniveau gaat doorgaans samen met minder goede communicatie tussen arts en patiënt: informatie wordt minder goed begrepen en instructies worden minder goed opgevolgd. Ook werd een relatie tussen functional health literacy en een minder functionerend immuunsysteem aangetoond. Functional health literacy leidt ook tot hogere kosten in de gezondheidszorg. Er is in de literatuur geen wetenschappelijke onderbouwing te vinden van de effecten van interactive health literacy en critical health literacy op gezondheidsuitkomsten, maar die effecten zijn er mogelijk wel.

5.2.5 Aandacht voor health literacy belangrijk

Literacyproblemen en het mogelijk ontbreken van basiskennis bij allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status zijn een nieuwe invalshoek bij het achterhalen van oorzaken van gezondheidsachterstanden in Nederland. Literatuurstudie maakt duidelijk dat voor deze groepen is aangetoond dat zij lagere literacyniveaus hebben dan andere groepen in Nederland. Het is echter niet altijd duidelijk of er inderdaad sprake is van een laag literacy-niveau. Uit meerdere studies blijkt dat patiënten zich schamen en niet voor hun literacyproblemen uitkomen. Eén studie toonde aan dat patiënten met een laag literacyniveau zouden zijn gemist als de onderzoekers alleen van het opleidingsniveau waren uitgegaan.

In de literatuur wordt beschreven waarom health literacy aandacht zou moeten krijgen. De behoefte van burgers aan meer informatie, keuze en empowerment, de vergrijzende maatschappij, migratie en het steeds complexer wordende gezondheidszorgsysteem zijn belangrijke argumenten. Er zou vanuit meerdere terreinen aandacht moeten zijn voor health literacy: cultuur en maatschappij, het onderwijs en het gezondheidszorgsysteem zelf. Verschillende auteurs geven het belang van operationalisatie aan voor beter inzicht in de doelgroepen en het effect van gezondheidsbevorderende interventies.

In Nederlandse wetenschappelijke literatuur is er nagenoeg geen aandacht voor health literacy. In één studie wordt de relatie van literacy met de beleving van gezondheid onderzocht bij Marokkaans Berber sprekende vrouwen in Nederland (Bekker en Lhajoui 2004). Aangetoond werd dat literacy een significant effect heeft op het beleven van een betere gezondheid. In de praktijk van de Nederlandse gezondheidsbevordering is weliswaar (evidence-based) aandacht voor communicatie met de doelgroep, maar de onderbouwing is vooral gebaseerd op buitenlandse studies. De belangstelling voor de masterclass en de respons op de vragenlijsten onder Nederlandse gezondheidsbevorderaars duiden erop dat er interesse is voor health literacy in Nederland.

5.2.6 Health literacy heeft meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland

De masterclass en vragenlijsten hebben geleid tot inzicht in de meningen en ideeën van gezondheidsbevorderaars in Nederland. Veertig experts met beleids-, praktijk- en onderzoeksfuncties bij gezondheidsbevorderende instanties en universiteiten in Nederland bezochten de masterclass health literacy en werden benaderd met een vragenlijst. Van de veertig deelnemers reageerden er uiteindelijk twintig op de vragenlijst. Uit hun reacties bleek dat health literacy wordt gezien als een concept met meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland.

Handvatten richting overheden en politiek

De meerwaarde van het concept wordt vooral gezien in het feit dat het extra handvatten biedt in het pleidooi richting overheden en politiek om iets te doen aan gezondheidsachterstanden bij specifieke groepen in Nederland. In de literatuur kwam al mogelijke beïnvloeding van health literacy vanuit cultuur en maatschappij, het onderwijs of het gezondheidszorgsysteem naar voren. In het kader van health literacy wordt gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gezondheidsbevorderende instanties, overheden en het bedrijfsleven.

Beter inzicht in doelgroepen door aandacht voor verschillende niveaus health literacy

Als voordeel van health literacy wordt ook gezien dat het concept leidt tot beter inzicht in de doelgroepen. Bij het ontwikkelen van gezondheidsbevorderende boodschappen wordt nagedacht over middelen en kanalen om de boodschap optimaal te communiceren. Meestal wordt daarbij echter uitgegaan van een ‘gemiddelde’ burger. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de heel verschillende ruimtelijke, sociale en culturele contexten van specifieke groepen. Als onvoldoende rekening wordt gehouden met deze aspecten van communicatie, komt de boodschap vaak niet over zoals die bedoeld is en worden doelstellingen niet gehaald. Health literacy wordt door Nederlandse gezondheidsbevorderaars gezien als een concept met aandacht voor deze aspecten van communicatie in de gezondheidsbevordering. Het onderscheid in de drie niveaus ‘functional health literacy’, ‘interactive health literacy’ en ‘critical health literacy’ maakt duidelijk dat een individu of gemeenschap op verschillende niveaus ‘health literate’ kan zijn. Binnen de gezondheidsbevordering dient er aandacht te zijn voor het health-literacyniveau van specifieke doelgroepen. Uit de literatuur blijkt dat groepen met gezondheidsachterstanden in Nederland (allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status) lagere literacyniveaus hebben. Health literacy geeft daarmee nieuwe inzichten in de benadering van

deze groepen met gezondheidsbevorderende interventies. Het gegeven dat een grote groep jongeren tussen 16 en 19 jaar eveneens een laag literacyniveau heeft, maakt duidelijk dat health literacy ook met oog op de toekomst van belang is. Bij gezondheidsbevorderende interventies op het niveau van functional health literacy moet rekening worden gehouden met onvoldoende basiskennis van gezondheid en onvoldoende basisvaardigheden op het gebied van begrijpend lezen en schrijven.

5.2.7 Behoeftte aan meer kennis over health literacy

Nederlandse gezondheidsbevorderaars hebben belangstelling voor het health-literacyconcept. Via het invullen van vragenlijsten stelden gezondheidsbevorderaars die deelnamen aan de masterclass het NIGZ verschillende stappen voor om health literacy een plek te geven in de gezondheidsbevordering in Nederland. Het NIGZ zou meer begrip van het concept moeten bewerkstelligen, via publicaties, trainingen, wetenschappelijk onderzoek naar effecten van health literacy en samenwerking met andere instanties en overheden. Er zijn echter ook respondenten die zich afvragen of het NIGZ health literacy überhaupt een plek zou moeten geven in de Nederlandse gezondheidsbevordering, gezien de moeizame implementatie in andere landen. Eén respondent stelt voor om health literacy ‘als gedachtegoed’ het huidige werk te laten inspireren. Ook geven de gezondheidsbevorderaars via de vragenlijsten aan op welke wijze zij door het NIGZ ondersteund zouden willen worden bij een gebrek aan kennis en vaardigheden bij achterstandsgroepen. Zij hebben behoefte aan meer kennis over het concept en de praktische toepasbaarheid ervan, kennis die bijvoorbeeld kan worden overgedragen via trainingen en richtlijnen.

5.3 Discussie

Geconcludeerd is dat health literacy een concept met meerwaarde is in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Met name het niveau ‘functional health literacy’ lijkt een nieuwe insteek bij het ontwikkelen van gezondheidsbevorderende interventies voor allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status. Dat bepaalde doelgroepen onvoldoende basiskennis hebben op het vlak van gezondheid en problemen hebben met begrijpend lezen, kan misschien verklaren waarom gezondheidsbevorderende boodschappen deze groepen doorgaans onvoldoende bereiken. Deze conclusie is echter gebaseerd op studies naar het effect van literacy op gezondheid uit het buitenland, en dan met name uit de Verenigde Staten. Of de resultaten gegeneraliseerd mogen worden naar de Nederlandse situatie, is maar de vraag.

‘Interactive health literacy’ en ‘critical health literacy’ zijn belangrijke niveaus binnen het concept. Uiteindelijk is het ultieme doel van gezondheidsbevordering een ‘critical health literate Nederland’. Deze niveaus hebben veel raakvlakken met het in Nederland beter bekende concept ‘empowerment’. De meerwaarde van health literacy op deze niveaus ten opzichte van empowerment is minder duidelijk. Belangrijk is uit te zoeken in hoeverre het health-literacyconcept op deze niveaus de discussie over gezondheidsbevordering helderder maakt, en niet verwarrender, zeker als het concept gebruikt gaat worden naast ‘empowerment’ en ‘participatie’. Vergelijking is een moeilijke zaak, omdat ‘interactive health literacy’, ‘critical health literacy’ en ‘empower-

ment' niet of nauwelijks zijn geoperationaliseerd en omdat de operationalisatie afhankelijk van de context zal verschillen per dimensie.

Nederlandse gezondheidsbevorderaars werden na deelname aan de masterclass benaderd met een vragenlijst. Doelstelling van de vragenlijst was inzicht te krijgen in hun meningen en ideeën over de meerwaarde van het health-literacyconcept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Van de veertig deelnemers aan de masterclass reageerden er twintig op de vragenlijst. Bij telefonische benadering van deelnemers die niet reageerden, bleek dat dit onder andere door drukte, ziekte of vakantie kwam. Denkbaar is echter ook dat het thema 'health literacy' deze deelnemers minder aansprak. De over het algemeen positieve respons ten opzichte van health literacy kan daarom een vertekend beeld geven. De respondenten vinden in het algemeen dat het health-literacyconcept meerwaarde heeft in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland, en dat het NIGZ stappen zou kunnen zetten om het concept een plaats te geven in de Nederlandse gezondheidsbevordering.

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 Consensus bereiken over de definiëring en operationalisering van 'health literacy'

De masterclass was een eerste aanzet om met experts van gezondheidsbevorderende instituten en universiteiten in Nederland inzicht te krijgen in het health-literacyconcept. De masterclass leidde vooral tot het stellen van vragen. Discussie over de meerwaarde van het concept voor de Nederlandse situatie bleef op deze middag uit. De respons op de onder deelnemers verspreide vragenlijst maakte duidelijk dat zij over het algemeen de meerwaarde zien van het health-literacyconcept voor de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. In een volgende fase zou het NIGZ met de deelnemers van de masterclass diepgaander op het concept en de meerwaarde ervan voor de Nederlandse gezondheidsbevordering kunnen ingaan. In een vervolgtraject met deze experts zouden in (kleinere) groepen aspecten van health literacy uitgewerkt kunnen worden. Van belang is dat er consensus komt over de definiëring en operationalisering van het concept voor de Nederlandse situatie. Eenduidige definiëring maakt de discussie over het concept minder verwarrend. Voor de praktische toepasbaarheid van het concept is operationalisatie van belang. Het lijkt op dit moment echter verstandig om eerst de health-literacyindex van Statistics Canada af te wachten, die voorjaar 2006 voor onderzoekers ter beschikking komt. In het vervolgtraject zouden ook mogelijke toepassingen van het health-literacyconcept in de Nederlandse gezondheidsbevordering besproken kunnen worden.

5.4.2 Meer wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen health literacy en gezondheidsuitkomsten in Nederland

Gezondheidsbevorderende boodschappen lijken groepen met gezondheidsachterstanden in Nederland (allochtonen, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status) minder goed te bereiken. Mogelijk spelen literacyproblemen daarbij een rol. Onderzoek naar problemen op het niveau van functional health literacy bij achterstandsgroepen geeft mogelijk meer inzicht. In Nederland is echter nog weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de relaties van

literacy met gezondheidsuitkomsten. Mogelijke ingangen voor dat onderzoek zijn het effect van (health) literacy op gezondheid en op resultaten van gezondheidsbevorderende interventies.

5.4.3 Onderzoek naar overeenkomsten en verschillen met in Nederland beter bekende concepten

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat de niveaus ‘interactive health literacy’ en ‘critical health literacy’ raakvlakken hebben met het in Nederland beter bekende ‘empowerment’. Van belang is inzichtelijk te krijgen hoe gezondheidsbevorderaars in Nederland daar tegenaan kijken. In een vervolgtraject met experts kunnen de overeenkomsten en verschillen tussen beide concepten verder uitgewerkt worden, zodat inzichtelijker wordt waar health literacy zich onderscheidt van empowerment en/of andere concepten. Daarmee wordt nog duidelijker wat de meerwaarde is van het health-literacyconcept in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland.

5.4.4 Ondersteuning van professionals

Ondersteuning van professionals door het NIGZ rond gebrek aan kennis en vaardigheden bij achterstandsgroepen is gewenst, blijkt uit de respons op de vragenlijsten. Bijvoorbeeld via trainingen in de betekenis van het health-literacyconcept, een health-literacyrichtlijn voor projecten en een health-literacychecklist voor materialen. Impulsen om health literacy te verbeteren, dienen behalve van gezondheidsbevorderende instanties ook te komen van de overheid. Cultuur en maatschappij, het onderwijs en de gezondheidszorg zijn terreinen die het health-literacy-niveau kunnen beïnvloeden en dus ook verbeteren. De Voogd (2002) doet aanbevelingen om het literacyniveau bij de doelgroepen te verbeteren, naar aanleiding van een onderzoek naar geletterdheid en informatieverwerking in Turkse en Marokkaanse gezinnen in Nederland.

Belangrijke aanbevelingen van de onderzoeker:

- multimediaal en breed toepasbaar voorlichtingsmateriaal ontwikkelen
- het gebruik van ICT stimuleren
- extra zorg aan de leesbaarheid van de informatie besteden
- investeren in werk, taal en geletterdheid
- investeren in jonge werklozen,
- investeren in follow-up van inburgeringprogramma's
- de openbare bibliotheek inzetten bij de inburgering.

Mogelijk zijn deze aanbevelingen ook relevant in relatie tot health literacy en gezondheidsbevordering. Het NIGZ zou een rol kunnen spelen in de uitvoering van een aantal van deze aanbevelingen.

Al met al blijkt health literacy een concept met mogelijkheden voor de Nederlandse gezondheidsbevordering, een concept ook dat meerwaarde lijkt te hebben in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland. Gezondheidsbevorderaars in Nederland hebben er belangstelling voor. Consensus over de definiëring en operationalisering van het concept is van belang voor de praktische toepasbaarheid ervan. Voorwaarden voor het optimaal inzetten van het health-literacyconcept in de gezondheidsbevordering in Nederland zijn onderzoek naar de relaties van health literacy met gezondheidsuitkomsten voor de Nederlandse

situatie, uitwerking van verschillende aspecten van het concept en vergelijking met andere concepten die in Nederland beter bekend zijn.

Literatuur

Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmarian J.A. & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.

Bakker-Renes, H. & Hoefnagel, M. (2005). Teksten in gewone taal. *Tekst[blad]*, 1, 41-45.

Bekker, M.H.J. & Lhajoui, M. (2004). Health and literacy in first- and second-generation Moroccan Berber women in the Netherlands: ill literacy? *International Journal for Equity in Health*, 3(8), 1-11.

Bennet, I.M., Robbins, S. & Haecker, T. (2003). Screening for low literacy among adult caregivers of pediatric patients. *Family Medicine*, 35(8), 585-590.

Birru, M.S., Monaco, V.M., Charles, L., Drew, H., Nije, V., Bierria, T., Detlefsen E. & Steinman, R.A. (2004). Internet usage by low-literacy adults seeking health information: an observational analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), Article e25.

Bohenn, E., Ceulemans, C., Guchte, C. van der, Kurvers, J. (red.) & Tendeloo van, T. (2004). *Laaggeletterdheid in de lage landen: hoge prioriteit voor beleid*. Den Haag: Nederlandse Taalunie.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen van der, H.T. (2003). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorkum BV.

Chew, L.D., Bradley K.A. & Boyko, E.J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36(8), 588-594.

Davis, T.C. & Wolff, S.W. (2004). Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine*, 26(8), 595-598.

Doak, C.C., Doak, L.G., & Root, J.H. (1996). *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Friedland, R. (1998). New estimates of the high costs of inadequate health literacy. In: Pfizer Inc. *Conference proceedings report form promoting health literacy: a call to action*. New York City: Pfizer Inc, 6-10.

Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Peel, J. & Baker, D.W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275.

Gazmarian, J.A., Curran, J.W., Parker, R.M., Bernhardt, J.M., & DeBuono, B.A. (2005). Public health literacy in America: an ethical imperative. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 317-322.

Geen van, V.M. (1997). The measure and discuss intervention: a procedure for client empowerment and quality control in residential care homes. *Gerontologist*, 37(6), 817-822.

Gordon, M.M., Hampson, R., Capell, H.A. & Madhok, R. (2002). Illiteracy in rheumatoid arthritis patients determined by the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) score. *Rheumatology*, 41, 750-754.

Hibbard, J.H., Stockard, J., Mahoney, E.R. & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39(4), 1005-1026.

Jacobs, G., Braakman, M. & Houweling, J. (2005). *Op eigen kracht naar gezond leven: verslag van een onderzoek naar empowerment in de gezondheidsbevordering met aanbevelingen voor de toekomst*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek (in opdracht van ZonMw).

Kalichman, S.C., Benotsch, E., Suarez, T., Catz, S., Millert, J. & Rompa, D. (2000). Health literacy and health-related knowledge among persons living with hiv/aids. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4), 325-331.

Kamp van der, M. & Boudard, E. (2003). Literacy proficiency of older adults. *International Journal of Educational Research*, 39, 253-263.

Kickbusch, I.S. (1997). Think health: what makes the difference? *Health Promotion International*, 12(4), 265-272.

Kickbusch, I.S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 239-297.

Kickbusch, I.S. (2004). *Improving health literacy: a key priority for enabling good health in Europe*. Background paper on European Health Forum Gastein October 2004 (special interest session).

Kloock, G.C. (2004). *Improving health related behavior in deprived neighborhoods*. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam (thesis).

Lee, S.D., Arozollah, A.M. & Cho, Y.I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309-1321.

Moon, R. Y., Cheng, T.L., Patel, K.M., Baumhaft, K. & Scheidt P.C. (1998). Parental literacy level and understanding of medical information. *Pediatrics*, 102(2), e25.

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M. & Kindig, D.A. (Eds.). (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academic Press.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

OECD & Statistics Canada. (2000). *Literacy in the information age: Final report of the international adult literacy survey*. Parijs/ Canada: Organisation for Economic Co-operation and Development/ ministerie van industrie.

Osborne, H. (2004). *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Parikh, N.S., Parker, R.M., Nurss, J.R., Baker D.W. & Williams, M.V. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27, 33-39.

Potter, W. J. (2001). *Media literacy second edition*. Thousand Oakes, California: Sage Publications.

Ratzan, S.C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16 (2), 207-214.

Regenmortel van, T. (2002). *Empowerment en maatzorg: een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.

Saan, H. & de Haes, W. (2005). *Gezond effect bevorderen: het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A. & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52, 315-323.

Shea, J.A., Beers, B.B., McDonald, V.J., Quistberg, D.A., Ravenell K.L., & Asch, D.A. (2004). Assessing health literacy in African American and Caucasian adults: disparities in Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) scores. *Family Medicine*, 36(8), 575-581.

Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2000). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence-based benadering*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.

Voogd de, L. (2002). *Immigranten informeren: lezen en tekstgebruik in meertalig perspectief*. Den Haag: Biblion (Bibliotheekverkenningen, deel I).

Weiss, B. & Palmer, R. (2004). Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent population. *Journal AB Family Practice*, 17(1), 44-47.

Williams, M.V., Baker, D.W., Hing, E.G., Lee, T.M. & Nowlan, A. (1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, 114, 1008-1015.

Bijlage: I

Hand-out PowerPoint-presentatie Ilona Kickbusch

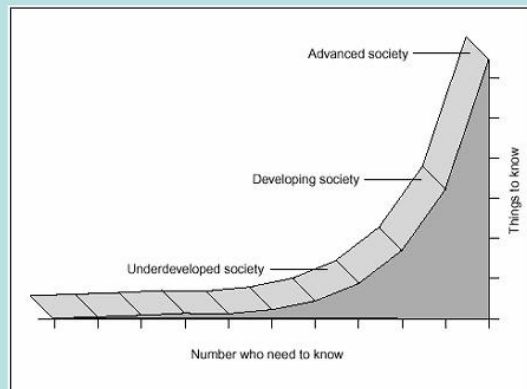


Rem Koolhaas

Literacies in a knowledge rich 21st century society



- Quantitative literacy
- Scientific literacy
- Technological literacy
- Cultural literacy
- Media literacy
- Computer literacy
- Environmental literacy
- **Health literacy**



Kickbusch April 2005

2

Health lies at the core of modernity



- Health has become the core signature theme of modern societies
- Health is a driving force - social, political, economic
- Literacies are central in knowledge societies

Kickbusch April 2005

3

Modernity and Value Change



- Individualization
- Differentiation
- Autonomy and self responsibility
- Holistic well being
- High expectations
- Doability
- Quality of life

Kickbusch April 2005

4

The Health Society



5

Six dimensions of a Health Society



- a high life expectancy and ageing populations
- an expansive health and medical care system
- a rapidly growing private health market
- health as a dominant theme in social and political discourse
- health as a major personal goal in life
- Health as a right of citizenship

I
N
E
Q
U
A
L
I
T
Y

Kickbusch April 2005

6

Values in the health society: Do-ability



• Empowerment



• Product

• Ultimate goal

u
l
t
i
m

u
l

Kickbusc



7

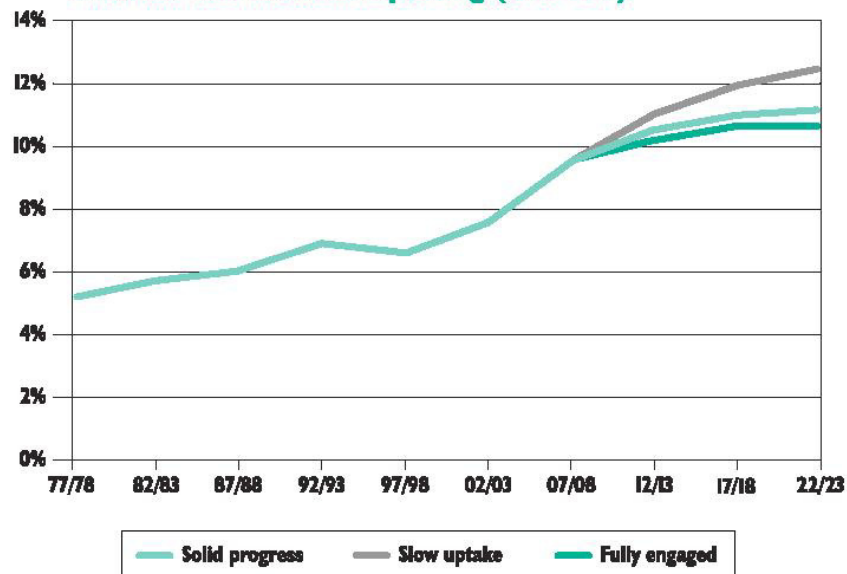
Continuous growth: example USA



- The USA's tab for health care — already the highest per person in the industrialized world — could hit \$3.6 trillion by 2014, or nearly 19% of the entire U.S. economy, up from 15.4% now, a sobering government projection says.
- In the USA growth in health care spending will outpace economic growth through the next decade, and the government will pick up an increasing share of the tab.
- By 2014, the nation's spending for health care will equal \$11,045 for every man, woman and child, up from \$6,423 each this year, USA Today 4.02.05
- The wellness market and long term care services are expected to reach a similar level of growth P.Z. Pilzer The Wellness Revolution 2003

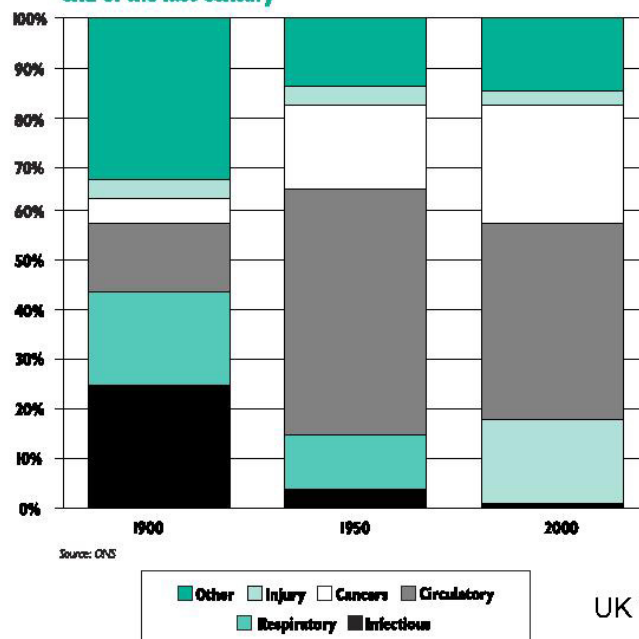
theMatureMarket.com > Seniors & Baby boomers Markets World Wide by
Kickbusch April 2005

Chart I.1: Total UK health spending (% of GDP)



Wanless 2002

Chart I.4: Selected causes of death at the start, middle and end of the last century



UK Wanless Report 2002



Active citizens in health



- Combine health knowledge with health action
- Access to health information a right of citizenship
- *EU: “ people will have no trouble finding clear and reliable health information on how to be in good health and about diseases and treatment options” Byrne 2004*

Kickbusch April 2005

11

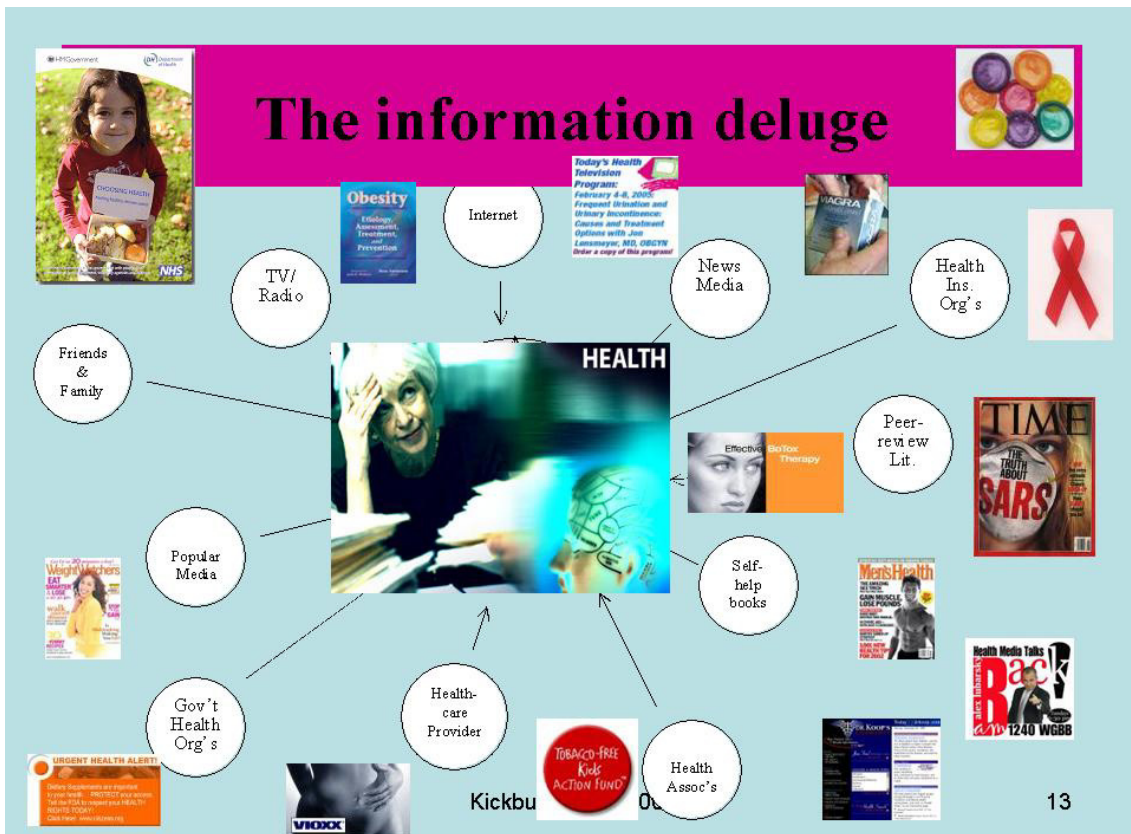
Increasing complexity



- We can expect a radical change in health systems as we know them
- Consumers will need to navigate an increasingly complex system of health information, rights and entitlements, services and care options
- With increasing choice comes increasing personal responsibility

Kickbusch April 2005

12



Media literacy – health literacy

- Media literacy is the ability to access, analyze, evaluate, and communicate in both print and electronic formats. It also is understanding that most media have commercial implications and that the companies that produce and control the media are becoming concentrated, that is, owned by fewer and fewer companies.



Advertisers aggressively market to teens, spending an estimated \$23.4 billion per year on them. Even in schools, advertisers reach teens with vehicles like Channel One, a news program littered with ads. Youth are bombarded with media images, spending about 5 hours a day with various forms, including television, magazines, and the Internet.

To become "active," rather than "passive," consumers of the media, teens need to arm themselves with the skills to become media literate.



1 April 2005

14

Health Literacy



"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."

WHO Glossary

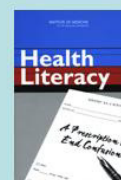
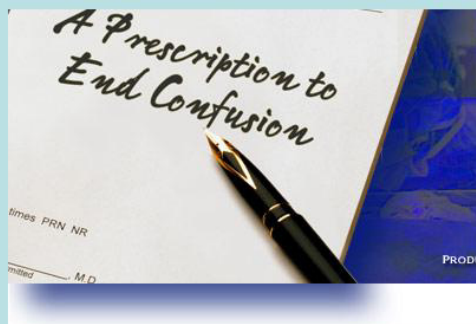
A health promotion outcome

sch April 2005

15



- More than a measurement of reading skills, health literacy also includes writing, listening, speaking, arithmetic, and conceptual knowledge. **Health literacy is defined as the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic information and services needed to make appropriate decisions regarding their health.** At some point, most individuals will encounter health information they cannot understand. Even well educated people with strong reading and writing skills may have trouble comprehending a medical form or doctor's instructions regarding a drug or procedure



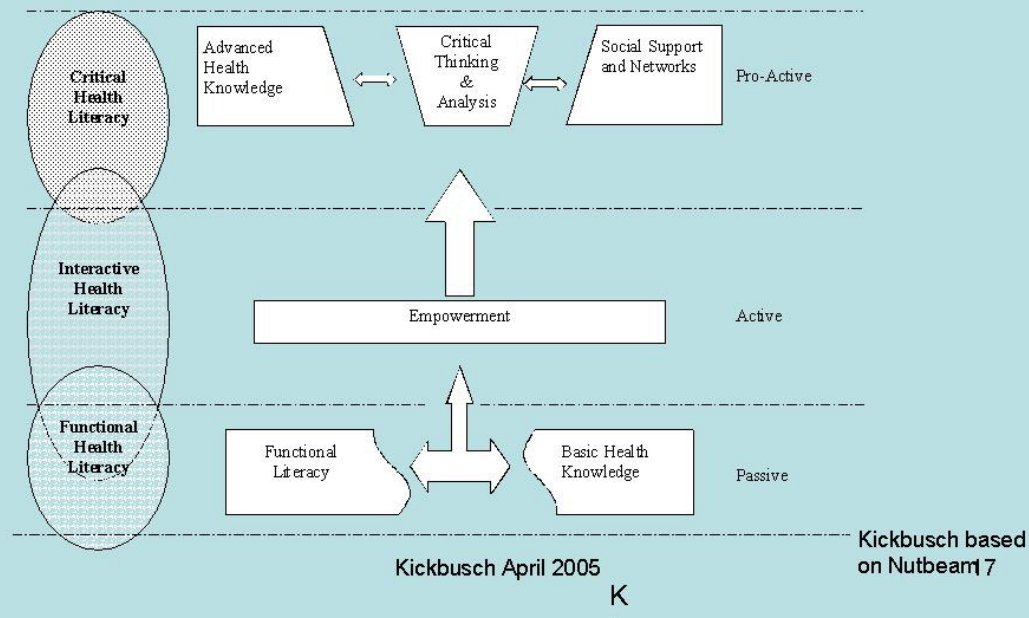
Kirkbusch April 2005

16

Health Literacy Framework



Level of Health Literacy Individual Role



Kickbusch April 2005

K

What should we know regarding literacy and health?



1. The extent of general and health literacy
2. The relationships between general literacy, health literacy and other kinds of literacy
3. The direct and indirect impacts of general and health literacy on health outcomes
4. The determinants of general and health literacy
5. The effectiveness of various interventions to affect general and health literacy
6. The barriers and facilitators of general and health literacy in the health context

Irv Rootman

Kickbusch April 2005

18

Categories of Health Activities with Selected Examples

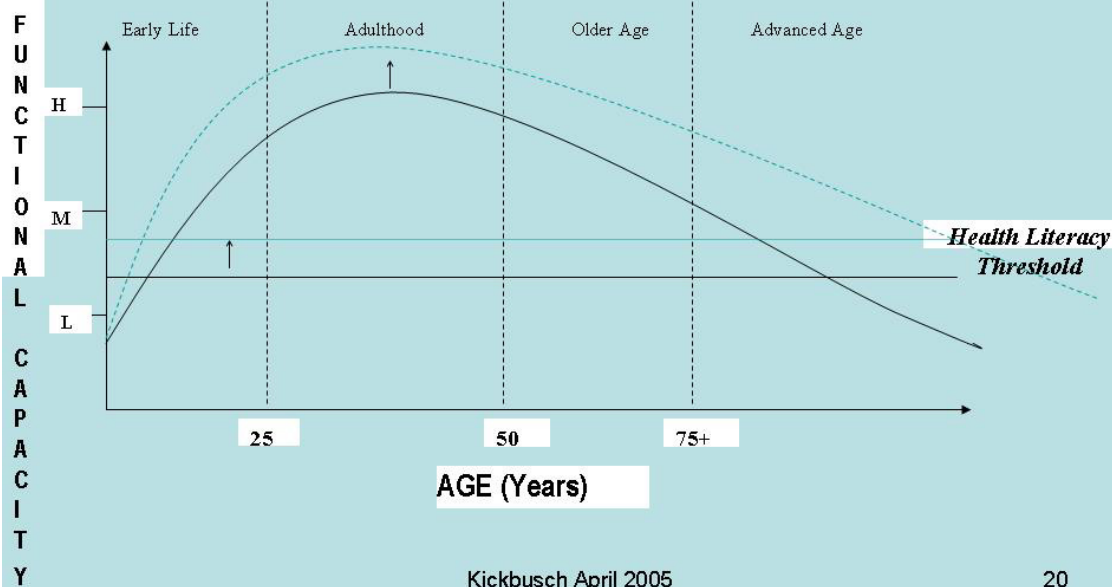
Health Activities	Focus	Examples of Materials	Examples of Tasks
Health Promotion	Enhance & maintain health	Articles in newspapers & magazines, booklets, brochures Charts, graphs, lists Food & product labels	Purchase Food Plan Exercise regimen
Health Protection	Safeguard health of individuals & communities	Articles in newspapers & magazines Postings for health & safety warnings Air & water quality reports Referendums	Decide among product options Use products Vote
Disease Prevention	Take preventive measures & engage in early detection	News alerts [TV, radio, newspapers] Postings for inoculations & screenings Letters re: test results Graphs, charts	Determine risk Engage in screening or diagnostic tests Follow up
Health Care & Maintenance	Seek care & form a partnership with health providers	Health history forms Medicine labels Discharge instructions Education booklets & Brochures	Describe & measure symptoms Follow directions on medicine labels Calculate timing for Medicine
Systems Navigation	Access needed services Understand rights	Maps Application forms Statements of rights & responsibilities, informed consent Health benefit packages	Locate facilities Apply for benefits Offer informed consent

Kickbusch April 2005

19

Source: Educational Testing Service, 2004

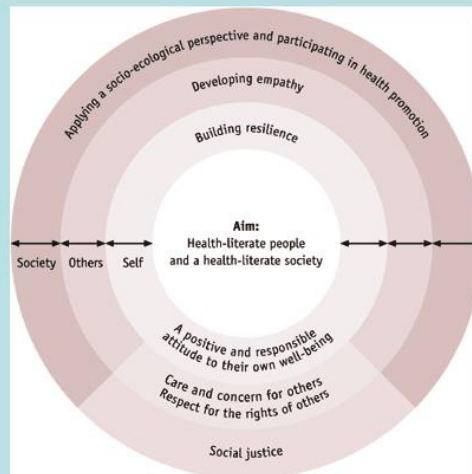
Influence of Health Literacy on Overall Health across the Lifespan



Kickbusch April 2005

20

Integrated health literacy model

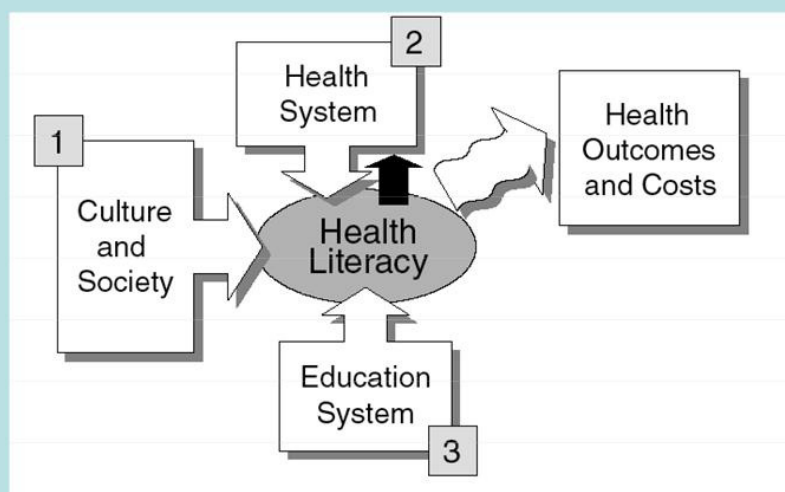


G.Tasker 2003

Kickbusch April 2005

21

Potential Points of Intervention in the Health Literacy Framework



Source: National Academy of Sciences, 2003
Kickbusch April 2005



22

Where must change take place



Rudd 2002

Kickbusch April 2005

23



E health



Kickbusch April 2005

25

Wellness



Kickbusch April 2005

26

The marketplace



Confused about Health?

Visit our "Resource Library" & receive FREE articles.
Discover how PURE foods build your immune system & heal your body.

www.purestfoods.com
206.795.6705



Kickbusch April 2005

27

Health Care settings

Literacy Needs in Health Care Settings

- Access information
- Recognize cues to action
- Access Care
- Navigate institutions
- Complete forms
- Provide consent
- Communicate with professionals
- Provide information for assessment and diagnosis
- Understand directions
- Follow regimens
- Advocate

28

Rudd 2002

Kickbusch April 2005

28



29

Choosing Health UK

- Proposals raised include:**

a plan to make most enclosed public areas, including offices and factories, smoke-free (only private clubs, where members voted to allow smoking, and pubs which do not serve prepared food would be exempt)

a ban on junk food advertising before 9pm

traffic light coding for supermarket food

improved access to sexual health clinics

clearer labelling on alcohol

access to personal health trainers on the NHS



USA Healthy People 2010

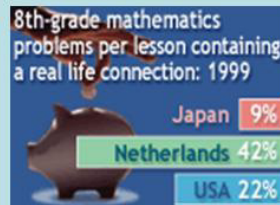
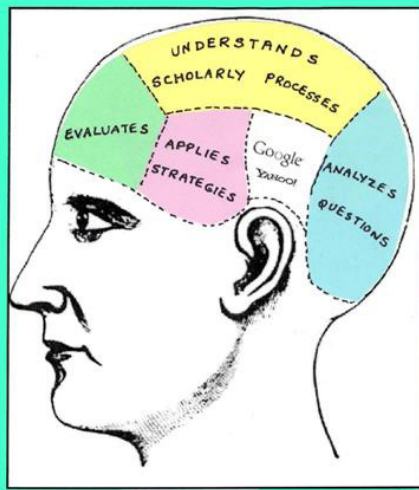
- "Improve the health literacy of persons with inadequate or marginal literacy skills"*

Kickbusch April 2005

30



Education system



Kickbusch April 2005

31

Citizen Action



Mayday Melbourne 2001

Kickbusch April 2005

32

Patient Organizations



Radical responses

Bijlage II

Samenvatting notulen masterclass health literacy

Inhoud presentatie Ilona Kickbusch

- Health literacy geplaatst in de context van een 'knowledge-rich 21st century society'
- Verwachte groei kosten gezondheidszorg
- De verwachting dat het individu meer zelf keuzes zal moeten maken
- Invloed media literacy op health literacy
- Health literacy framework
- Categories of health activities: how do you apply your knowledge?
- Potential point of intervention: where must change take place?

Vraag en antwoord, eerste ronde:

Is (functioneel) analfabetisme toegenomen of is het afhankelijk van de definitie?

Onze maatschappij is gebaseerd op geschreven materiaal en jonge mensen lezen niet zo goed tegenwoordig. Daarbij hebben we moderne 'literacies' zoals bijvoorbeeld media literacy. Mensen die goed kunnen lezen en schrijven maar deze kennis niet toe kunnen passen.

Kun je een hoog niveau health literacy hebben zonder te beschikken over de klassieke vaardigheden als lezen en schrijven?

M. Bekker neemt als voorbeeld Marokkaanse Berbervrouwen in Nederland die analfabeet zijn maar zich goed kunnen redden (zie onderzoek Bekker, M.H.J. en Lhajoui, M. 2004. Health and literacy in first and second-generation Moroccan Berber women in the Netherlands: Ill literacy? *International Journal for Equity in Health* Vol 3 (8).

Health literacy kan andere oorzaken hebben: Bijvoorbeeld Marokkaanse vrouwen die analfabeet zijn en zich toch goed kunnen redden.

Wie is health literate en wie niet? Hangt af van de maatschappij waarin het individu verkeert. Betrouwbaarheid van informatie speelt ook een rol. Reclame kan een serieus probleem zijn. 'Evidence-based' kennis: onderzoek kan tegenstrijdig zijn.

Is er in Europa onderzoek gedaan naar health literacy? Hoe wordt het concept besproken in andere landen? Hoe verspreid is het in Europa?

In het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Scandinavië, Israël en Zwitserland wordt onderzoek gedaan. Echter in al deze onderzoeken geldt dat de definitie van health literacy problemen oplevert. De ontwikkeling is langzaam. Vertaling van het begrip is moeilijk. De terminologie is een obstakel. Groot-Brittannië is al ver. In Oostenrijk: HPH/ MHF. Zwitserland begint nu (Swiss Foundation of Health Promotion - University of Lugano).

Zijn mensen met een laag niveau van health literacy ook ongezonder?

Dat is een veronderstelling. Op specifieke gebieden is dit zo. Bijvoorbeeld: op het gebied van roken. Maar over het algemeen is dit moeilijk te zeggen. Probleem is ook dat health literacy eigenlijk een concept is dat betrekking heeft op een bevolking en niet op een individu. Mensen met een hoge opleiding zijn gezonder.

Voor sommige gebieden geldt het verband wel (Canadees onderzoek heeft zich beziggehouden met dit onderwerp).

Kun je het ook abstraheren op een hoger niveau: is een maatschappij met hoge health literacy ook een gezondere maatschappij? Antwoord: dat wordt aangenomen.

Het beleid van de overheid is burgers meer verantwoordelijkheid te laten nemen; keuzes in de zorg bij burgers te leggen. Tegenstanders van dit beleid zeggen dat mensen niet willen kiezen.

Willen mensen wel keuze hebben in de gezondheidszorg?

Het gezondheidszorgsysteem van Denemarken wordt gezien als een van de betere in Europa. Daar is echter een beperkte keuzevrijheid: dat is wel een discussiepunt daar. Op de vraag wat ze de grootste nadelen van het systeem vinden, noemden de Denen als eerste het niet zelf de huisarts kunnen kiezen en als tweede de wachtlijsten.

In systemen waar je niet kunt kiezen missen mensen dit.

Maar ook in systemen waarin je wel kunt kiezen, blijft keuze een discussiepunt, maar dan weer op ander niveau. Dus het blijkt dat mensen behoefte hebben aan keuzevrijheid, maar het verschilt op welk niveau zij dat wensen.

Kickbusch geeft aan dat er een trend te zien is dat mensen steeds meer keuzevrijheid krijgen. Maar zie je dat mensen onvoldoende voorbereid zijn op deze keuzes. Tegelijkertijd zorgen concepten als meer concurrentie, meer marketing, meer complexiteit tot meer illusies van keuzemogelijkheden. Het probleem is dat keuzes vaak niet meer te identificeren zijn. Dat maakt dat mensen niet (willen) kiezen. Ze kunnen het niet en laten het dan zitten. Er is een relatie met empowerment.

Je moet als overheid mensen in staat stellen te kiezen en tegelijkertijd moeten de keuzes helder zijn (identificeerbaar).

Welke rol heeft de overheid?

Kickbusch vindt dat we mensen in de steek laten als het gaat om de toegankelijkheid van de zorg (navigation through the health system). De uitdaging voor de overheid is een balans te vinden tussen sociale zekerheid en de vrijheid om te kiezen. In al deze keuzemogelijkheden heeft de overheid de verantwoordelijkheid om zekerheid te bieden, zonder te bemoeizuchtig te worden.

Hoe kun je health literacy meten? En is *critically health literate* niet hetzelfde als *empowered*?

Ja en nee.

We zoeken naar meetbare resultaten (outcomes). In Canada wordt health literacy gemeten door middel van 199 indicatoren (Ottawa charter).

Health literacy heeft verschillende uitkomstmaten (gezondheid/kosten zorg etc.) Functional literacy heeft ook te maken met deze uitkomstmaten. Empowerment is één van de aspecten, maar niet de enige. Maar er zijn veel aanverwante raakvlakken.

Health literacy is een *health promotion outcome* en is ook een politiek relevante uitkomstmaat.

Discussie in de pauze

Dagvoorzitter Hans Saan gaf de volgende vraag mee om in de pauze in groepjes over te discussiëren. Om vervolgens plenair de dialoog met Ilona Kickbusch voort te zetten.

Spreekt het concept health literacy je aan of is het oude wijn in nieuwe zakken?

Hier volgt de samenvatting van de discussie in drie verschillende groepjes.

Groep I

- Visie van Ilona is breed, goed, divers, te begrijpen – maar gaat in de werkelijkheid vaak verloren.
- De complexiteit van health is goed verwerkt.
- Concept van taal en gezondheid is goed.
 - Zender-ontvanger
 - Omgeving
 - Opleiding
 - Etc.
- Samenhang is wel belangrijk - niet één speerpunt eruit halen.
- Hele framework beschouwen - niet één stuk uit de puzzel halen.
- Samenhang + specificiteit.
- Health literacy is concreter dan empowerment.

Groep II

Vooraf is doorgepraat over de toenemende keuzevrijheid voor cliënten (zorgverzekeringen), dat daar een goede kant aan zit, maar ook een negatieve voor mensen met een laag niveau van health literacy. Als antwoord daarop krijg je wel weer dat belangenbehartigers actief worden, zoals de Consumentenbond. Die vereenvoudigden de informatie van het aanbod van zorgverzekeraars in gele, groene en rode smileys. De zorgverzekeraars zelf waren daar niet zo van gecharmeerd. VWS heeft als antwoord op die situatie blijkbaar geregeld met RIVM dat daar wel objectievere vergelijkingen gemaakt konden worden, maar omdat samenvatting snel leidt tot aanpassing van betekenis, krijg je uit die vergelijking dus enorme lappen tekst. Alleen te verwerken voor iemand met hoog niveau van health literacy die daar ook nog eens veel zin in heeft (motivatie). Het dilemma dat hieruit voortkomt: eenvoudige informatie aanbieden (noodzakelijk om aan te sluiten bij lagere opleidingsniveaus) kan stuiten op weerstand van belanghebbende partijen. Dit probleem is natuurlijk als zo oud als Rome, maar de aandacht voor health literacy bevestigt eens te meer de noodzaak om rekening te houden met individuen/groepen met lage niveaus van health literacy.

Ander punt: als het moeilijk wordt, moet je het misschien meer van belangenbehartiging voor bepaalde (sub)groepen hebben. Of je moet inderdaad een soort persoonlijke health-literacy-trainers in de aanbieding hebben (feitelijk vervullen bijvoorbeeld Vets'ers, zorgconsulenten, praktijkassistenten, apothekersassistenten gedeeltelijk dit soort rollen). De vraag is of op het collectieve niveau de belangen van elke (sub)groep wel in voldoende mate behartigd worden.

Juist de groepen met een lage sociaal-economische status en allochtonen organiseren zich weinig in dit type verbanden. Je hebt bijvoorbeeld wel veel zelforganisaties, maar gezondheid is niet het thema waar ze zich doorgaans op organiseren (uitzonderingen daargelaten, zoals binnen de HIV/aids-preventie).

Groep III

Is een algemene uitkomstmaat voor health literacy mogelijk?

- Het is afhankelijk van het zorgsysteem, dus moeilijk gelijk te trekken per land.
- Je moet het niet per ziekte definiëren.
- Eigenlijk is health literacy toch oude wijn in nieuwe zakken, want iedereen probeert al zoveel mogelijk af te stemmen op zijn doelgroep.

Is het wel wenselijk om iedereen health literate te krijgen? En is het haalbaar? Niet iedereen wil al die keuzes maken; vergelijk de discussie over de zorgverzekeringen. Van alle discussiedeelnemers zijn weinig mensen bereid om alles tot in de puntjes uit te zoeken.

De vraag die dus rijst is of iedereen de keuze aan kan?

Vervolg vraag en antwoord; tweede ronde/plenaire discussie

Is health literacy wel een bruikbaar concept, gezien de ongelijkheid in toegang tot het zorgsysteem? Helpt het wanneer mensen wachtlijsten begrijpen?

Ilona Kickbusch: ja, het concept is juist bruikbaar omdat we steeds meer ongelijkheid creëren in toegankelijkheid van de zorg en in gezondheid. De term health literacy is juist ontstaan vanwege ongelijkheid tussen mensen. Toegankelijkheid van de zorg is op zichzelf niet voldoende om ongelijkheid te verklaren. Er is daarnaast nog iets: samengevat met health literacy.

We krijgen te maken met toenemende ongelijkheid tussen mensen op verschillende niveaus (payment, access, choice).

Als de toegang er is, helpt literacy om betere keuzes te kunnen maken.

Mensen met een lage sociaal-economische status hebben minder kennis over de gezondheidsrisico's maar ook over hun rechten, de mogelijkheden van het systeem. Ze kunnen het dus niet optimaal benutten.

Je kunt daarom health literacy niet los zien van deze ongelijkheden/achterstanden (onderwijs, geld).

Hans Saan: Klopt het dat het verschil tussen patient education en health literacy erin zit dat patient education vooral aangrijpt op medische kennis zoals die is en health literacy breder gaat?

Ilona Kickbusch: Ja. Daarom is het zo belangrijk dat professionals meer literate worden ten aanzien van de mensen die ze zien (bewust van hun kennis/achtergronden/wie ze zijn).

Toegankelijkheid is alleen is niet genoeg.

Wat heeft health literacy voor visie ten aanzien van het spanningsveld tussen de twee vormen van preventie?

1. promotie om naar de dokter te gaan en om pillen te vragen
2. promotie van goede gezondheid

Je kunt de dokter om een pil vragen (medical option) of je leefstijl veranderen: food and exercise (behavioural option). Wat heeft health literacy voor visie ten aanzien van dit spanningsveld tussen de twee vormen van preventie?

Invalshoek kan zijn dat je mensen uit het medische circuit moet houden. Pleit voor preventie. Maar als een goed oplossing een medische oplossing is (een wonderpil), waarom kies je hier dan niet voor. Het heeft met do-ability te maken. De maakbaarheid van alles. Dat is een tendens waar je mee te maken hebt.

Het lijkt logisch dat als de kosten van de gezondheidszorg stijgen, de eerste optie minder makkelijk zal worden toegestaan.

Momenteel hebben we te maken met 'healthism'. Er wordt veel geld verdiend aan gezondheid en iedereen maakt er met zijn marketing gebruik van.

De vraag die rijst is: kun je/mag je nog wel de ongezonde keuze maken?

In dit kader moet je ook de ontwikkelingen van McDonald's en Coca Cola zien die gezondheidsactiviteiten sponsoren. Er zit geld in de gezondheidsindustrie. Dit zorgt voor een verwarrende boodschap, maar is in de huidige context niet te vermijden.

De mix van media literacy, health literacy en advertenties heeft dan ook belangrijke consequenties.

De gezondheidsomgeving verandert steeds. Welke kennis heb je nodig voor een geïnformeerde keuze? Je maakt je eigen keuze en dat betekent niet altijd de gezonde keuze.

Langer leven is steeds minder een thema. Ouder worden is een feit. Als je nu 55 bent, ben je niet zo geïnteresseerd in wat er kan gebeuren als je 80 bent.

Hoe kijk je tegen mixed-messages aan: publiek + privaat: McDonald's verkoopt gezond eten?

Antwoord: *"It shows we were successful in putting health on the agenda!"* Dat is de consequentie van gezondheid als markt. Voor veel bedrijven is gezondheid interessant. *Health sells!*

Draagt bij aan imago. Gezondheid wordt letterlijk toegevoegd aan producten (bijvoorbeeld vitaminen).

Kent u een overheid die dit soort boodschappen reguleert?

Antwoord: nee, dat is heel moeilijk. Tip: gezondheidsbevorderaars moeten er beter over nadenken. Het is nu veel ingewikkelder. Ook gezondheidsbevorderaars geven 'mixed-messages': op een folder over voeding met gezonde producten staat als slogan 'more and more' terwijl iedereen nu bezig is met de boodschap 'minderen'.

Hoe kun je codering op voedsel implementeren?

Hierover is een Europese discussie gaande. Dit blijkt niet makkelijk te zijn, maar het is wel wenselijk om mensen te helpen bij het maken van de gezonde keuze. Het kan op dezelfde manier als andere manieren van etikettering: maar dan met symbolen in plaats van met woorden.

Neem verkeerslichten in een supermarkt die gezonde en ongezonde voeding aangeven. Wie bepaalt vervolgens of een product rood of groen is? Wie zou dan verantwoordelijk moeten zijn?

De overheid met wetgeving. En verder kunnen partijen (industrieën) dat zelf doen.

Waarom gebruikmaken van een moeilijk concept als health literacy? Zijn de indicatoren ‘opleiding’ en ‘inkomen’ niet voldoende?

Health literacy kan een belangrijke uitkomstmaat zijn. Maar als er 199 uitkomstmaten (indicatoren) zijn, is het dan wel zo bruikbaar?

Nee. Ze hebben de indicatoren gebundeld. Health literacy kan een indicator op populatieniveau zijn. Dat maakt het interessant. Vergelijking is mogelijk tussen gemeenschappen. Een opvallend detail uit Canadees onderzoek bijvoorbeeld was dat migranten meer health literate waren dan de autochtone bevolking. Als je armer bent, hoef je niet perse minder health literate te zijn.

Health literacy kan als middel worden gebruikt om gezondheid op de agenda van politici te zetten. Waarom niet gewoon gezondheidsverschillen gebruiken?

Dat kan ook. Je moet verschillende wegen bewandelen.

Het kenniselement/gedragselement zijn ook elementen van de klassieke gezondheidsbevordering. Health literacy is verder ontwikkeld. Heeft het concept ook nieuwe standaarden voor informatieverstrekking et cetera?

Ja, bijvoorbeeld de standaarden van HPH/MFH/school. Health literacy geeft oude inzichten nieuwe dimensies en zo kan het belangrijke thema's weer op de agenda zetten.

Heeft health literacy ook invloed op de aanbevelingen/standaarden voor communicatie op individueel niveau?

Antwoord: Ja, in bepaalde settings wel. Bijvoorbeeld in ziekenhuizen en scholen. Health literacy geeft een nieuwe dimensie aan het onderwijs dat aan kinderen gegeven zou moeten worden.

N.B. Ilona Kickbusch vertaalt het concept health literacy vaak als: in hoeverre mensen hun weg in het gezondheidszorgsysteem kunnen vinden.

Bijlage III

Resultaten vragenlijsten

Heeft het health literacy concept een meerwaarde in de discussie over gezondheidsbevordering bij achterstandsgroepen in Nederland en zo ja, hoe dan.

1. Ja, voor mij is de brede visie en het holistisch benaderen van gezondheid het grote voordeel van het nemen van 'health literacy' als uitgangspunt.

2. Ja.

Ervaringen uit het verleden hebben duidelijk gemaakt dat alleen kennisoverdracht/ kennisverspreiding niet voldoende is om de gezondheidsachterstand van bepaalde groepen te verkleinen. Een wat meer holistische benadering, zoals health literacy, kan meer inzicht geven in het ontstaan van gezondheidsachterstanden en een basis vormen voor het verkleinen daarvan.

3. Ja, om duidelijk te maken richting politiek en industrie dat ook zij partner zijn in de achterstand van deze groepen. Het gaat immers niet alleen om kennis en vaardigheden van het individu. De keuzes die een individu heeft moeten duidelijk zijn. Mensen moeten gevolgen kunnen overzien; daar is hulp bij nodig: in vorm van mensen, systemen, info etc.

4. Ja.

Het is een aansprekende term voor iets waar we tot nu toe alleen een lange beschrijving hadden. Het is een term die verschillende sectoren aanspreekt die tot nu toe te vaak vonden dat gezondheid niet een onderdeel was van hun missie. Het is dus goed als PR middel om het thema op de agenda te krijgen voor intersectorale samenwerking.

5. Ik denk dat het begrip meerwaarde heeft omdat het:

- aanleiding geeft de achtergrond van het denken en handelen over gezondheid en zorg van verschillende doelgroepen beter te begrijpen en te beïnvloeden

6. Meerwaarde is denkbaar omdat weten en doen verschillende zaken zijn waarover we nog lang niet zoveel kennis en ervaring hebben als we zouden wensen, ook niet bij mensen met gezondheidsachterstand. Het zou heel goed kunnen zijn dat we helemaal niet in zouden moeten steken op gezondheid omdat dat heel abstract kan zijn voor mensen. Belangrijker is wellicht of mensen een sociaal netwerk hebben. Hiervoor zijn aanwijzingen in gemeente Den Haag.

7. Yes, it will create more opportunities and help to highlight the difficulties with respect to extending health information amongst low SES groups.

Different sectors of the population have different levels of health literacy and respond differently to health information around them. Improving health literacy implies investigating current levels of literacy, and considering how this can best be improved amongst these different groups. In a recent workshop on health literacy, Illona Kickbusch stressed that the concept differs from health education in that it focuses on what people do, rather than simply on what they know.

The concept of health literacy therefore not only measures people's health related knowledge and skills, it also investigates why they do or don't act upon the information that they receive. There is, in this respect, an important link between improving health literacy and the empowerment of individuals. Low SES groups often do not act on health information, since they may feel that their future perspectives are bleak, and that there is little value in improving their health.

The concept adds value since it approaches health promotion amongst low SES groups from a much broader context – looking at how different societal impacts (culture and society, health system and education system) affect their knowledge, but also at what changes can be made within these different systems to change to behaviour of specific groups.

8. JA

Het kan duidelijk maken dat het niet alleen een kwestie is van kennisoverdracht. Er is een te grote 'culturele afstand' tussen onze boodschappen en het begrijpen door lage SES-groepen. Vaardigheden om boodschappen te interpreteren en op het eigen gedrag en het eigen leven toe te passen zijn totaal anders. Dit is cultureel bepaald (eigen groep als referentiekader; de wetenschap dat is ver-van-mijn-bed).

Dus health literacy bevorderen, is het in lijn proberen te brengen van de informatie en de ontvanger van die informatie. Dat vraagt werk aan beide kanten.

9. Ik zie het nu nog als een concept, een andere manier van denken, dat nog niet is uitgewerkt en als zodanig nu reeds bruikbaar is in discussies met bijv. overheid.

Het concept moet uitgewerkt worden. De richting van uitwerking is van belang om het als een bruikbaar "iets" te kunnen gaan inzetten.

Na afloop van de workshop kwam er een associatie bij me op met het begrip sociaal-economische status. Dit is een indicator. Health Literacy (HI) zou je ook als indicator kunnen uitwerken. Dan wordt het een bruikbaar concept. Wel moet voor ogen gehouden worden wat de meerwaarde is van HI als indicator boven/naast SES

10. Ja, omdat er dan automatisch meer aandacht voor diversiteit (culturele/gender specifieke) zal zijn. En omdat er op meerder levels gewerkt kan worden (national, regionaal, lokaal-beleidsmatig, interactief, publiek en via cross media)

11. Ja, om de reikwijdte van gezondheidsbevordering breder te trekken dan enkel de BRAVO-thema's.

12. Ja ik vind dat het begrip zeker een meerwaarde heeft. Er is een groot gat tussen gezondheidsvaardige mensen en mensen die dat niet zijn. Lage SES groepen, incl. allochtonen, ouderen, chronisch zieken. Als je health literacy als algemeen uitgangsprincipe hanteert heb je een paraplu waar al die subgroepen onder vallen. Je kunt een gemeente of GGD vanuit hun WCPV verplichtingen aanspreken op het leveren van een bijdrage aan een algemeen health literacy niveau voor hun burgers, zonder dat je daarmee ongewenste discussies in huis haalt. (Bijvoorbeeld: mag VETC wel, past dat wel in deze tijd, mogen we wel een groep zo apart benaderen/behandelen). Opererend vanuit de brede paraplu heb je redenen en verplichtingen om breder te kijken en voor alle achtergestelde groepen een passende aanpak te formuleren.

13. Ja, geeft een waardevolle bijdrage aan de waarde van gezondheidsvoorlichting (als onderdeel van gezondheidsbevordering). Informatieoverdracht zonder aandacht voor de context is weinig zinvol. Dat wil niet zeggen dat informatieoverdracht niet belangrijk is! Het concept Health literacy levert een belangrijke bijdrage aan de discussie. De vraag alleen is of het voor iedereen duidelijk is wat hier onder verstaan wordt. Het gaat namelijk niet alleen om gezondheidskennis en vaardigheden maar juist ook om algemene kennis en (sociale) vaardigheden. Het is niet alleen bij achterstandsgroepen van belang maar ook in z'n algemeenheid.

14. Nee, eigenlijk niet want - zoals ook al uit de introductie blijkt, om er vat op te krijgen en belangrijker: - om het te meten - moet je toch weer omzetten in operationele definities zoals: kennis, vaardigheid om om te kunnen gaan met...etc.

Omdat je in mijn ogen bij het operationaliseren van het concept uitkomt op andere, meetbare subconcepten met name gezondheidskennis en/of het vermogen om gezondheidsinformatie op te sporen en op waarde te schatten (misschien is health literacy wel vooral dat laatste bedenkt ik nu) uitkomt, zou ik ervoor kiezen om met die, meer concrete concepten verder te werken. Tot zover daar nog geen meetinstrument voor is lijkt het me wenselijk en haalbaar om dat te ontwikkelen. Ik zie dan inderdaad niet wat de meerwaarde nog is van het concept health literacy, sterker nog: het blijkt (bleek) veel verwarring te doen ontstaan. Ik zie het zo dat concepten en theorieën er zijn voor ons, mensen incl. onderzoekers, niet omgekeerd. Op het moment dat een concept meer verwarring zaait dan concreet aangeeft waar het voor bedoeld is, voldoet het m.i. niet en moet het bestje een naam krijgen waardoor iedereen meteen weet wat ermee bedoeld wordt.

15. Gezondheidsbevordering (ook gericht op mensen met een aandoening zoals bijv. chronisch zieken) is een belangrijk instrument om mensen in staat te stellen keuzes te maken ten aanzien van hun gezondheid en ziekte. Ik herken in de beschrijving van health literacy en mn de drie niveaus zoals Kickbush die aangeeft (functional/interactive/critical) veel uit de communicatietheorieën en bv. ook uit de Voorlichtingspijl: de stapsgewijze aanpak om mensen afhankelijk van het te bereiken doel daar te krijgen waar ze willen komen/zijn.

In zoverre is het niet nieuw, maar de meerwaarde zit wel in dat 'de oude wijn' in nieuwe zakken wordt gepresenteerd en dat kan weer een stimulans zijn om aan de slag te gaan met oude, bestaande zaken die wel van belang blijven.

Ik vind het trouwens niet alleen een concept voor achterstandsgroepen. Je kunt zoals Kickbush ook aangaf vanuit verschillend perspectief illiterate zijn of een lagard (wel hoog opgeleid bijv. maar niets met computers hebben).

16. Het heeft een meerwaarde omdat het zo goed de verschillende niveaus van vaardigheden aangeeft en omdat het oog heeft voor de ontwikkelingen in een samenleving die bepalen in hoeverre vaardigheden toereikend zijn. Bijv. internetgebruik, nadruk op keuzes maken in het zorgaanbod. Daardoor kun je nuanceren en richter je doelen stellen.

17. HL: concrete determinant van GA Breder dan kennis, vaardigheden, attitude. Integraal concept geschikt als kapstok voor pleitbezorging.

Eigen verantwoordelijkheid staat hoog in het vaandel bij kabinet. Om die eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen en dus eigen keuzes te kunnen maken t.a.v. gezondheid.

Indien u van mening bent dat het concept health literacy een meerwaarde heeft vragen we u te adviseren welke stappen het NIGZ naar uw mening zou moeten zetten om het concept health literacy in de gezondheidsbevordering in Nederland een plek te geven.

Welke stappen zou het NIGZ naar uw mening moeten zetten om het concept health literacy in de gezondheidsbevordering in Nederland een plek te geven?

1.

1. eerst meer bekendheid aan deze termen geven door publicaties, inbreng op congressen en in trainingen en opleidingen. Dit is ben ik bang een proces dat tijd vraagt.

En er kan weerstand komen als het gezien wordt als een nieuwe term voor het bestaande. Dit is ook een reële kritiek omdat het meer gaat om een nuancering dan iets geheel nieuws en omdat het ook niet in een kreet te vertalen is.

2.

Ze moet het begrip niet zozeer uitdragen, maar het thema: er is ongelijkheid in toegang tot de gezondheidsinformatie – op het niveau van vaardigheden (geletterdheid, achtergrondkennis, kritisch vermogen) en op het niveau van kennis

3.

Duidelijk maken welke problemen er zijn op het vlak van health literacy, wat daaraan gedaan zou kunnen worden (geef een keuze). Zorg dat het op de politieke agenda komt. (zie ook de toespraak van de wethouder bij de fondsen hoe je gezondheid op de politieke agenda krijgt).

4.

1. Artikelen en discussie entameren

2. Begrip invullen vanuit verschillende invalshoeken met andere preventieve- en gezondheidszorginstituten

3. Projecten starten met specifieke doelgroepen en thema's

5.

1. culturele component nadrukkelijk meenemen, bijvoorbeeld hoe nemen mensen bij voorkeur kennis op (op schrift of face to face) en hoe leren mensen het liefst vaardigheden (theorie of ervaren)

2. praten met mensen die al werken met mensen met gezondheidsachterstand en die kennis en ervaring zo vertalen dat er bruikbare lessen uit te halen zijn voor mensen in de praktijk.

6.

1. Inzicht bieden in de wijze waarop de instellingen buiten hun grenzen en (financiële) mogelijkheden kunnen uitgaan van de situatie (literacy) van individuen, dus ook op alle niveaus van landelijk (ook Ministerie) tot lokaal.

2. Vervolgens scenario's beschrijven om een andere aanpak te kunnen nastreven. Hoe maken we het als beleidsbepalers en –uitvoerder mogelijk voor het individu om te komen op het niveau van critical health literacy.

Tegelijkertijd lijkt me een politieke lobby om deze benaderingswijze te omarmen nu goed te vallen bij de minister van Volksgezondheid. Hij ziet deze aanpak (misschien nog iets beperkter dan wenselijk) als enige aanpak om met chronisch zieken in de toekomst om te gaan. Dit zou dus voor alle burgers moeten kunnen, ook voor allochtonen en lage SES.

7.

1. Opnemen in het NIGZ-cursusaanbod en opleiding in samenwerking met NSPOH. Opnemen in onderwijsaanbod van Universiteiten (in Wageningen geven we er een college over bij het vak “Levensstijlen, gezondheid en zorg”). Als thema opnemen tijdens de NIGZ-congressen of apart een studiemiddag erover organiseren (zoals de Master class). Publiceren over health literacy.
2. Onderzoek rondom health literacy uitzetten bij Universiteiten. (door studenten middels afstudeervakken of een onderzoeksaanvraag doen bij ZonMw samen met een Universiteit, bijvoorbeeld Universiteit Wageningen). Mogelijke ingangen: (1) de ontwikkeling van een meetinstrument voor health literacy, (2) onderzoek naar de relatie tussen “general literacy” en “health literacy” of (3) onderzoek naar de effectiviteit van health literacy interventies.
3. In het kader van NIGZ lokaal het onderwerp op de agenda zetten bij gemeentes.

8.

1. Zie hierboven. De uitwerkingsrichting bepalen (bijv wel of niet omzetten tot indicator), het concept beschrijven en invulling geven (wat is het en wat doe je ermee). Omdat het zoveel raakvlakken heeft met gezondheidsbevordering kan het NIGZ dit m.i. uitwerken. Het past binnen het huidige kabinets-denken over de burger moet zelf keuzes maken. De NPHF roept altijd dat mensen dan wel in staat moeten zijn om een keuze te maken: leer ze hoe ze dat moeten doen en voorzie ze van kennis.

9.

1. bevorderen van kennis, bekendheid en beleid (training, cursus) over het onderwerp en de implicatie mogelijkheden
2. pilots en/of proeftuinen uitzetten rondom verschillende doelgroepen en thema's

10.

1. een Nederlandse term introduceren
2. een plaats geven in het referentiekader van Saan.

11.

Ik vraag me af of we het concept een plek moeten willen geven. Deze twijfel is ook ingegeven door de berichten over de moeizame implementatie van het concept in andere landen. Ik denk dat wij als NIGZ ons door het gedachtegoed kunnen laten inspireren en op een nieuwe manier weer tegen onze eigen werk en dat van anderen aan kunnen kijken en ons laten inspireren bij de ontwikkeling van hulpmiddelen om de communicatie/gezondheidsbevordering huproof te maken. Daarbij kunnen we ons zowel op de professional/intermediair richten als op de eindgebruiker burger/cliënt/consument/patiënt)

12.

1. The first step would be to develop a concrete project that applies the concept, which would generate a better idea of how to approach efforts to measure and improve health literacy amongst specific groups. What different levels of health literacy do people have, and what kinds of literacy (functional, interactive, critical) need improving?
2. The second step would be to develop and apply indicators in this area, in order to measure progress.

13.

1. (praktijk) kennis verzamelen: informatie over health literacy op een handzame manier bijeen brengen. Een kort document op hoofdlijnen en een achtergrondstuk voor de geïnteresseerden.
2. Health literacy bediscussiëren met het veld (gezondheidsbevorderaars). Door bijvoorbeeld een of enkele reële casussen te selecteren en aan de hand van het concept health literacy te bekijken wat een gewenste aanpak zou kunnen zijn. Er blijven natuurlijk vraagstukken: hoe kun je een goede aanpak voor autochtone lage SES groepen combineren met een geschikte aanpak voor allochtonen?
3. Ik denk overigens dat het belangrijk is ook VWS en ZonMw hierbij betrokken worden. Het lijkt me gewenst dat uiteindelijk ook in programmering deze nieuwe benaderingswijze een rol gaat spelen.
4. Als het professionele veld het begrip health literacy omarmt, is er ook werk aan de winkel om de bestuurlijke kant (gemeenten, ambtenaren volksgezondheid, raadsleden met VGZ in hun pakket, VNG...) te benaderen met adequate informatie over health literacy. De discussie moet voor deze groep zijn wat de invloed is van dit perspectief voor beleidsmatige en bestuurlijke keuzen.

14.

1. Onderzoek naar health literacy: wat wordt er al op dit gebied gedaan, wat zijn de ervaringen met health literacy in binnen- en buitenland, wat zijn de behoeften in NL op dit gebied en hoe kan de health literacy benadering worden geïmplementeerd in de Nederlandse situatie.
2. Eigen NIGZ-projecten/ producten onder de loep nemen.
3. Cursus aanbieden aan het veld over wat health literacy inhoudt en hoe ze hun projecten/ producten kunnen aanpassen aan dit concept.

15.

1. Workshop met Don Nutbeam. Lezing met vervolgens uitwerken van visie-aspecten door kleine groepen. Aan het eind een document samenstellen dat de aspecten van health literacy toelicht en dat een programma schetst met wat er zal worden ondernomen door het NIGZ en wat door andere partijen zou moeten / kunnen worden gedaan
2. Aanbieden, samen met VNG en GGD-NL, van een trainingsprogramma, voor GGD-clusters (elk in zijn eigen gebied).
3. Regelmatig aanbieden van ondersteuningsmateriaal (op basis van gebleken behoeften uit de regio)

16.

1. Agendasetting/ aandacht vragen/uitleggen/ inzicht bieden – landelijke/ lokale overheid/ kennisinstituten die belangrijke rol spelen in bevorderen gezondheid.
2. zelf via pilot concreet uitwerken (zie plan toekomst vetc)

17.

Moet voor iedereen de informatie bereikbaar/ toegankelijk/ begrijpbaar zijn. HKZ(?). norm kwaliteit = voor gezondheidsinfo = gebleken geschiktheid voor de doelgroep voldoet zorg niet aan deze eis is kwaliteit onder maat.

18.

1. concept 'gezonde keuze, moet makkelijke keuze zijn' – propageren
2. vanuit dit concept bedenken wat nodig is voor achterstandsgroepen

Health literacy is een complex concept. Een meetinstrument om het niveau health literacy van een individu of populatie in Nederland te bepalen bestaat nog niet. Het NIGZ zou graag inzicht krijgen in welke indicatoren u denkt thuis horen in een meetinstrument voor het bepalen van het niveau health literacy.

Welke **indicatoren** (of vragen) zou een meetinstrument voor health literacy in Nederland moeten bevatten?

1. Op dit moment vooral (wegnemen/ ontbreken van) belemmeringen om health literated (?) te kunnen zijn.

2.

- Kennis van het functioneren van het eigen lichaam (elementaire biologie)
- Visie op gezondheid en ziekte (ziekte als 'fatum' of (mede) als 'resultaat van eigen handelen')
- Mate van leren door eigen informatieverzameling of door overnemen van visies van sociaal belangrijke anderen.
- Visie op de belangrijke ongezondheidsfactoren van deze tijd en wat men zelf doet of laat om die ziektelast te vermijden.

3.

Lastig om zo algemeen te stellen, belangrijke elementen lijken me:

- Begrip (begrijpt men de boodschap en hoe die van toepassing is op de eigen situatie)

4.

- informatie kunnen vinden
- kunnen begrijpen
- keuzes kunnen maken/ zelfstandig besluiten Kunnen nemen obv aangereikte informatie.

5.

Twijfel erg aan een meetinstrument, denk niet dat dat de weg is om te bepalen hoe het staat met gezondheidsvaardigheid van mensen met gezondheidsachterstand.

6.

This is a difficult question to answer in a limited period of time. Indicators would probably measure e.g. general level of, as well as the application of knowledge regarding common health problems and how to prevent them, frequency of use of health systems, and where people get and how they interpret and apply the health information they receive.)

Canada (and the US?) have developed a wide range of indicators that could probably be applied in a Dutch context.

7.

- ... in hoeverre gezondheid een onderwerp dat in het dagelijks leven vorm gegeven wordt
- ... afhankelijkheid van zorg
- ... bekendheid met zorgsysteem
- ... bekendheid met risico's
- ... differentiatie en samenhang tussen psychische en lichamelijke gezondheid

8.

- Vaardigheden
- Keuzemogelijkheden
- Zelfredzaamheid
- ? kijk eens goed naar SES elementen

9.

- kennis over zorgsysteem
- kennis over zorgverzekeringen
- begrip van gezonde voorlichtingsboodschappen/ campagnes

10.

Wat een moeilijke vraag!

Het lijkt mij nog wel te verschillen als je naar de verschillende niveaus kijkt (per niveau andere indicatoren???)

11.

- ...het niveau waarop men een taal kan verwerken (lezen/schrijven), eventueel onderverdeeld naar eigen taal en Nederlandse taal. De indeling in taalniveau voor NT2 zouden hier geschikt voor kunnen zijn.
- ...de vaardigheid waarmee men vragen bij de dokter kan stellen? Als men naar de dokter gaat: komt men dan altijd tevreden terug, met het gevoel geholpen te zijn of heeft men het idee dat niet de juiste zaken aan de orde zijn geweest.
- ...computervaardigheden. Hier zijn vast standaarden voor. Kan/durft/wil men via een computer, via internet, informatie op te zoeken?
- ...aantal vrienden, familieleden of kennissen waarop men zonder schroom een beroep doet om informatie over gezondheid te vragen
- iets van een indicator als 'locus of control' het gevoel hebben te weten waar of bij wie je informatie kunt halen
- de mate waarin men zich realiseert dat gezondheid ook een preventieve kant heeft

12.

- Toegang tot informatie dit onderverdelen in verschillende soorten informatie...en in directe toegang en toegang via eigen sociale netwerk. b.v zelf niet op internet kunnen zoeken maar wel hun kinderen daarbij kunnen inzetten.
- Mate waarin informatie aansluit bij de al bestaande kennis waardoor kennis toeneemt
- Mate waarin adviezen aansluiten bij de eigen vragen meningen en gewoontes...

- Mate waarin men eenvoudige gezondheidsvragen in de eigen omgeving op kan lossen
- Mate waarin men zelf een ondersteunende en adviserende rol kan spelen bij gezondheids vragen
- Mate waarin men op de hoogte is van zorgmogelijkheden breed gezien
- Mate waarin men zelf contact op kan nemen met zorg
- Mate waarin men adviezen ook daadwerkelijk kan uitvoeren.
- Mate waarin men keuzes kan maken in aangeboden zorg
- Mate waarin men zich kan organiseren in belangenbehartiging en onderlinge steun
- Mate waarin men preventief kan denken en handelen
- Dit kan weer uitgesplitst worden

13.

- Kunnen lezen en schrijven, gebruik van nieuwe media
- Kennis, Attitude, Motivatie & Intentie
- Persoonlijke en sociale (gezondheids)vaardigheden
- Risicoperceptie
- Health locus of control
- Eigen effectiviteit/zelfvertrouwen
- Deelname aan gezondheidsactiviteiten
- Sociale interactie
- Empowerment
- Etc.

14.

- Kennis
- Eigen effectiviteit (term uit een gedragsveranderingsmodel, het gevoel/ vertrouwen dat men invloed heeft op de eigen gezondheid)
- Communication skills (schrijven, lezen, spreken, interactie)

Huidige gezondheidssituatie vs. Gezondheidskeuzes, motivatie → Motivatie zou de meting kunnen verstoren. Iemand kan er bewust voor kiezen om te roken en de consequenties daarvan te aanvaarden. Goed wetende dat roken niet gezond is.

15.

Ik zou denken aan een vertaling van Canadees model.

Is het **wenselijk** een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen?

1. Jazeker.

Zeer interessant als dat goed zou worden uitgewerkt.

2. Dit lijkt mij niet te kloppen gezien het brede karakter van het begrip. Op specifieke onderdelen van het begrip kan dat anders liggen

3. Nee

4. Ja, maar om dit op individueel niveau te kunnen meten moeten eerst nog wel veel obstakels worden weggenomen. Wellicht zijn meetinstrumenten op organisatorisch niveau beter.

5. Ja.

6. Het is wenselijk als je weet wat je ermee gaat doen en dat inzet van het meetinstrument tot iets zal leiden. Kijk bijv. naar regels omtrent screening (bijv screening op baarmoederhalskanker). Je gaat pas een screeningsprogramma opzetten als je weet dat het nut heeft, je er iets aan kan veranderen (het tij keren) etc. Motiveer goed wat je ermee wil en wat het nut is naast bestaande begrip zoals SES (wat voegt HL toe)

7. Ik zou dan eerst willen kijken of het haalbaar is om deze breed in te zetten zodat er zinvolle resultaten uit kunnen komen.

8. Betwijfel ik omdat het ene meetinstrument is voor groepen/ populaties. Wat bereik je ermee? Volgens mij heb je er meer aan om het denkkader te gebruiken bij activiteiten.

9. Nog niet, eerst helder krijgen wat health literacy in Nederland inhoud en dan bekijken wat waar al gemeten wordt. Kijk ook bij welzijnswerk.

10. Nou ik merk dat mijn gedachten hier in ieder geval niet meteen naar uit gaan. Ik zou voor een meer onderbouwd antwoord ook meer willen zien van dat canadese model, want eerlijk gezegd kan ik me er niet zoveel bij voorstellen.
Verder vraag ik me af of men in Nederland zit te wachten op weer een andere lijst met indicatoren

11. Ja. Het moet eigenlijk een zo eenvoudig mogelijk instrument zijn. We zouden moeten weten welke indicatoren het beste aanwijzing geven om verschillende typen en niveaus van health literacy aan te geven. Dit zou meteen ook een indicatie moeten opleveren wat wel en niet wenselijk/nodig is om te doen bij een groep.

12. Ja als het redelijk makkelijk in te vullen is kan het beleidsmakers en werkers helpen de bestaande situatie en de gewenste situatie in termen van vaardigheden goed te beschrijven en daar beleid op te ontwikkelen. Wel moet steeds duidelijk zijn in welke context iets plaats vindt

13. Considering that health literacy involves measuring not only what kind of health information people receive and understand, but also the extent to which they act upon this - it would be desirable to do so. Measurements of health literacy would give an indication of the extent to which the public is being informed/misinformed with respect to health, and how the public is taking up and acting on health messages.

14. Ja. Helaas is het nog altijd zo dat effectiviteit en meetbaarheid vaak gevraagd worden door subsidiegevers.
Bovendien kan het informatie geven of de health literacy visie inderdaad een goede aanpak is van de gezondheidsverschillen of dat gezondheidsachterstanden een andere (buiten het concept health literacy liggende) oorzaak hebben.

15. ja, ook al was het als hulpmiddel. Maakt beginsituatie zichtbaar; laat resultaten van inspanningen over x-periode zien. Kortom inzicht/ omvang probleem & inzicht in geboekte resultaten.

16. Ja, maar om dit op individueel niveau te kunnen meten moeten eerst nog wel veel obstakels worden weggenomen. Wellicht zijn meetinstrumenten op organisatorisch niveau beter.

17. Omdat je in mijn ogen bij het operationaliseren van het concept uitkomt op andere, meetbare subconcepten met name gezondheidskennis en/of het vermogen om gezondheidsinformatie op te sporen en op waarde te schatten (misschien is health literacy wel vooral dat laatste bedenkt ik nu) uitkomt, zou ik ervoor kiezen om met die, meer concrete concepten verder te werken. Tot zover daar nog geen meetinstrument voor is lijkt het me wenselijk en haalbaar om dat te ontwikkelen. Ik zie dan inderdaad niet wat de meerwaarde nog is van het concept health literacy, sterker nog: het blijkt (bleek) veel verwarring te doen ontstaan. Ik zie het zo dat concepten en theorieën er zijn voor ons, mensen incl onderzoekers, niet omgekeerd. Op het moment dat een concept meer verwarring zaait dan concreet aangeeft waar het voor bedoeld is, voldoet het m.i. niet en moet het bestje een naam krijgen waardoor iedereen meteen weet wat ermee bedoeld wordt.

Is het **haalbaar** een meetinstrument voor health literacy in Nederland te ontwikkelen?

1. Zie vorige vragen

2. Het kan geen harde getallen opleveren, maar een meetinstrument, of misschien indicatie-instrument is naar mijn mening haalbaar.

3. Ontwikkelen kan wel denk ik, maar om dit breed toe te passen is een tweede. Er wordt al zoveel gemeten op het gebied van gezondheid, ik zou eerst willen kijken of daar geen informatie tussen zit die bruikbaar is, of om te zien wat daar aan toegevoegd kan worden om iets te kunnen zeggen over health literacy.

4. Uiteraard

5. Zie vorige vraag (Dit lijkt mij niet te kloppen gezien het brede karakter van het begrip. Op specifieke onderdelen van het begrip kan dat anders liggen)

6.?

7. Indien voldoende geld en slimme mensen beschikbaar is het haalbaar. De haalbaarheidsvraag zou ik willen vervangen in of we het met z'n allen willen. Je kunt het ook zien als noviteit en het een kans geven. We hebben SES-ontwikkeling immers ook een kans gegeven en het is nu breed geaccepteerd en lijkt onmisbaar. Je moet dus soms een gokje wagen.

8. Als er voldoende financiële middelen zijn kunnen we vast verder komen dan we zijn. Pragmatische aanpak – vertaalslag maken obv buitenlandse modellen (Canada/ Amerika) of vereenvoudigde vorm (HKZ-norm- operationalisatie). Als in kader van HKZ normering voor gezondheidsbevordering het criterium bewezen gebleken geschiktheid voor de doelgroep wordt geoperationaliseerd dan is dat wellicht concrete maat voor Nederland.

9.?

10. Alle vertrouwen

11. Geen idee. Lijkt me een moeizaam traject.

12. Ik zou niet weten waarom niet, maar ik kan niet inschatten hoeveel werk ermee gepaard gaat.

13. Canada (and the US) have already developed (and therefore ‘pioneered’) such instruments. The Dutch would therefore only have to translate and adapt this into their context; whether or not it is feasible then depends upon the scale of the health literacy survey and the financial implications of conducting it.

14. Ja, als er geld voor ontwikkeling beschikbaar wordt gesteld.

15. We moeten gebruik maken van wat er al is ontwikkeld in andere landen en dat aanpassen aan de Nederlandse situatie. Ik weet niet hoe bruikbaar de lijsten zijn die al ontwikkeld zijn

Health literacy wordt wel gedefinieerd als de kennis en vaardigheden die iemand nodig heeft om gezond te kunnen leven. Om exemplarisch inzicht te krijgen in kennis en vaardigheden die nodig zijn om in Nederland gezond te kunnen leven vragen we u bij het thema *overgewicht* te beschrijven welke kennis en vaardigheden naar u mening nodig zijn.

Welke **kennis** heeft een volwassene in Nederland nodig om op gezond gewicht te komen en te blijven?

1. Ik zou dus liever zeggen; welke mogelijkheden heeft een volwassene om op gezond gewicht te blijven

- geeft de industrie (etiketten) en handel (supermarkten) en de horeca (menu's/ gerechten) goede informatie die voor alle burgers geschikt zijn, om een bewuste keuze te kunnen maken (dus gemakkelijk en toegankelijk)
- zijn er voldoende mogelijkheden om te bewegen; roltrappen en liften minder prominent in gebouwen en stations
- financieel aantrekkelijk om gezond te eten en veel te bewegen.

En pas dan: is de volwassene in staat om de juiste keuzes voor zichzelf te maken, zoals weet hij wanneer hij te veel eet, te weinig beweegt, wanneer je kunt ‘zondigen’ of misstanden bij organisaties aan de orde moet stellen.

2. Vroeger hadden mensen niet meer kennis en hadden meer mensen een gezond gewicht. Ik vraag me dus af of kennis dus wel essentieel is. Maar als mensen ‘bewust’ een gezond gewicht nastreven dan is de volgende kennis o.a. nodig:

- Dat je niet te veel moet eten
- over energetische waarde van voeding
- hoeveel energie je nodig hebt
- dat een gezond voedingspatroon beter is dan diëten
- hoe je een verkeerd voedingspatroon kan veranderen (ook vaardigheden als: anders kopen/koken, nee zeggen, hoe ga je om gaat met moeilijke momenten)
- Dat je voldoende moet bewegen
- Hoeveel je moet bewegen

- Hoe je bewegen op een structurele manier kan inpassen in je leefpatroon
3.
 - Over eten
 - Over bewegen
 - Over stress
 - (dit rijtje geldt niet voor mensen met gezondheidsachterstand, vraagt andere kennis)
 4.
 - kennis van de voedings-driehoek; schijf van vijf
 - kennis over de voordelen van lichamelijke activiteit
 - kennis over de nadelen en valkuilen van diëten en afvallen via 'astronauten' voeding en/of 'magische' middeltjes
 - kennis over de verbanden tussen emoties en eten
 - kennis over gezondheidsetiketten op producten
 - kennis over waar te kunnen sporten, inkopen doen
 - (bredere kennis –interesses, die afleiden van de verleiding om te veel en ongezond te eten)
 5.
 - 'beseffen' dat overgewicht in eerste en laatste instantie samenhangt met alles wat men eet.
 - 'beseffen' dat alle tussendoortjes snoepjes, drankjes,... mee bepalen dat men aankomt
 - 'beseffen' dat diëten niets helpen als men ze tijdelijk toepast
 - 'beseffen' dat slechts het VAM–dieet (van Alles Minder) echt iets te betekenen heeft
 - Kennen van de praktische vertaling van de Quetelet index : wat is mij ideale gewicht?
 - Kennen van de redeneerwijze om een 'gezonde' maaltijd samen te stellen (ontbijt, lunch, diner)
 6. niet mijn terrein
 7.
 - betekenis kcal+ kJoules
 - kennis E-verbruik van activiteiten
 - 2 suikerklontjes per dag maken verschil van 1 kilo per jaar
 - E van voedingsmiddelen
 - gemiddelde E-behoefte
 - gezondheidswinst van gezond gewicht
 8.
 - Aflezen van een weegschaal
 - Interpretatie van de uitkomst (te zwaar, goed gewicht, te licht)
 - Wanneer sta ik op de weegschaal voor een goed vergelijk met vorige meetwaarden
 - Besef dat zwaarlijvigheid niet goed is
 - Actieplan bij zwaarlijvigheid (ga je naar de dokter, naar de supermarkt voor dieetvoer etc. of doe je niks)
 - Actieplan uitvoeren en borgen (cyclisch proces) en waar nodig ondersteuning inroepen
 - Etc. (geen tijd om hier verder over na te denken)
 9.
 - calorische waarde diverse producten
 - mogelijkheden om plezierig te bewegen

10.
 -Maar heel weinig denk ik en per persoon verschillend en per fase van gedragsverandering ook weer verschillend. (Feiten)kennis vooral geïndividualiseerd: wat is voor mij een gezond gewicht, wat werkt bij om op gewicht te blijven. Verder gaat het denk ik meer om de houding: wat vind ik er eigenlijk van?
11.
 - Kennis over de balans tussen voeding en bewegen
 - Weten wat voldoende beweging is (hoeveel per dag, mate van intensiteit)
 - Weten wat goede voeding is (variëteit, hoeveelheid, weten hoeveel groenten en fruit)
 - Weten hoe je op gewicht kunt blijven
12.
 - Waar kan ik informatie vinden over overgewicht (internet, arts, GGD etc)?
 - Wanneer ben je te dik (BMI > 25)? En hoeveel komt het voor en bij welke groepen?
 - Wat zijn de korte en lange termijn medische en sociale risicofactoren van overgewicht? (Hart en vaatziekten, Diabetes, vermoeidheid, sociaal isolement etc)
 - Waarom wordt iemand dik (ongezond eten en te weinig beweging)
 - Welke (omgevings)factoren zijn van invloed op overgewicht? (meer zittend werk, roltrappen, auto, veiligheid, veel aanbod ongezonde producten, sociale invloed etc)
 - Welke keuzes bestaan er om iets aan een gezond gewicht te doen?
 - Welke invloed kun je hebben op deze (omgevings)factoren? (bv gemeente vragen om meer groen in de wijk, samen een kookclubje opzetten)
 - Wat is gezonde voeding (aanbevolen hoeveelheden) en hoeveel moet je bewegen om niet te dik te worden (beweegnorm)
 - Op welke manieren kun je meer bewegen (traplopen, fietsen, tuinieren etc en georganiseerd sporten)
 - Kennis over welke producten je het beste kunt kiezen (minder vet, meer groente en fruit, minder tussendoortjes)
 - Weten welk bewegingsaanbod er is in de directe omgeving?
13.
 - (on)gezonde voeding
 - balans energieverbruik-energieinname (hoeveelheid energie, hoeveelheid beweging)
 - waar kun je gezond eten kopen
 - hoe kun je het eten op een gezonde manier klaar maken
 - waar is een sportschool, waar kan ik sportschoenen kopen
14.
 op gewicht komen complex – fysieke/ psychische factoren
15.
 - Kennis over gezonde voeding en vooral de zin en onzin daarbinnen. Dit geeft al meteen aan dat hierover een overvloed aan informatie is die ook nog om de twee drie jaar veranderd. Voor veel mensen zal die informatie in hapklare brokken gestopt worden men moet dus vooral reclame en onafhankelijke informatie kunnen onderscheiden en dan zit je dus al in fase drie we hebben het dan nog niet over de vaardigheden om informatie in de verschillende vormen tot zich te kunnen nemen en op te kunnen zoeken.....
 - Kennis over werking van het lichaam, spijsvertering, verbranding energieverbruik. Welke handelingen dragen bij aan toename of afname van gewicht en waarom zijn er individuele verschillen.....

Welke **vaardigheden** heeft een volwassene in Nederland nodig om op gezond gewicht te komen en te blijven?

1. Zie hierboven.... (Ik zou dus liever zeggen; welke mogelijkheden heeft een volwassene om op gezond gewicht te blijven ...)

2.

- doorzettingsvermogen
- wilskracht
- gezonde menu's kunnen bereiden
- fysieke inspanning kunnen leveren
- dit in praktijk van alledag kunnen inpassen.

3.

- etiketten lezen
- gezond koken
- voedsel weigeren
- blessurevrij bewegen

4.

- De vaardigheid om informatie toe te kunnen passen: gezond inkopen en eten maken
- Sporten
- Steun van de sociale omgeving en de sociale vaardigheden (zelfvertrouwen) om deze te benutten

5.

- Een positieve inschatting van de eigen effectiviteit om iets aan je gewicht te kunnen doen of iets aan sociale, fysieke en economische determinanten van overgewicht te kunnen doen
- Weerbaar zijn tegen sociale druk of juist anderen mee krijgen om gezonder te eten of meer te bewegen (persoonlijke en sociale vaardigheden)
- De waarde van de informatie (in de media of via personen in de directe omgeving) over (voorkomen van) overgewicht kunnen inschatten en kunnen toepassen of naast zich neer leggen
- Bereiden van gezond voedsel
- Kunnen fietsen, skaten etc (meerdere vormen van bewegen)

6.

- Weten wat voor jouw lengte een gezond gewicht is
- ...Wat je moet doen bij constatering van een ongezond gewicht
- ...Actie ondernemen en actie volhouden
- vaardigheid om ondersteuning in te roepen etc

7.

- deelname aan sportieve activiteiten
- bereiden van laag calorische maaltijden
- labels kunnen lezen om bij keuzes tussen producten de calorie-arme variant te selecteren.

Ik mis de vragen: welke omgeving is nodig/ welke stimulansen zijn nodig. Want met kennis en vaardigheden alleen red je het niet!

8. Zie hierboven (reactie 9). Verder: zo geformuleerd lijkt health Literacy (terugbrengen naar kennis en vaardigheden) een concept voor het individuele niveau en dan alleen nog het gedrag. De invloed van de sociale omgeving en daar mee om te gaan lijkt mij ook van belang (zelf zie ik dat terug op het derde niveau). Dus als antwoord dan mn die type vaardigheden: omgaan met druk uit de omgeving, de omgeving kunnen inschakelen om gedrag vol te kunnen houden.

9.

- Dikmakende lekkernijen kunnen weerstaan
- Voedingsmiddelen kunnen 'lezen' (kunnen nagaan wat ingrediënten zijn en op die manier weten of een voedingsmiddel zelden of vaak gebruikt maken worden)
- Gevarieerd en betaalbaar boodschappen kunnen doen
- Sport en beweegvaardigheden
- Geschikte sportactiviteiten kunnen kiezen
- Motivatie kunnen vasthouden om te blijven bewegen en gezond te eten

10.

- Zich kunnen beheersen en emoties niet weg eten
- Reële doelen kunnen stellen
- Omgaan met sociale druk
- enz...

11.

- Nee kunnen zeggen tegen alle verleidingen van de reclame (voor slank- en light-producten en voor afslankdiëten)
- De vaste wil om niet te vervetten, en daarmee de motivatie en de kracht om standvastig te zijn in de afwijzing van alles wat afwijkt van het sober en beperkt eten
- Stevige motivatie om fit (dat is niet allen gezond) te willen zijn dit omzetten in een eigen programma voor gezond bewegen (naast het sober en matig eten).

12.

- Gezonde boodschappen kunnen doen, in de winkel kunnen onderscheiden wat gezonde en ongezonde producten zijn
- Gezonde maaltijden kunnen klaarmaken
- Communicatievaardigheden om je in te schrijven bij een sportschool en te bespreken wat je doel is en evt. beperkingen

13. zie vorige vraag (niet mijn terrein)

14.

- Info kunnen zoeken
- Hulp kunnen zoeken
- Heldere vraag kunnen stellen

15.

- Zelf invloed kunnen uit oefenen op wat je eet
- Zelf invloed kunnen uit oefenen op hoeveel je beweegt...

(Deze invloed heeft veel dimensies: bijv. hoeveel invloed heb je op het soort eten wat er bij je thuis of in de kantine is en hoe het bereid is, kan je nee zeggen tegen lekkere vetmakende dingen, heb je voldoende geld om verse groente en fruit te kopen, kan je de juiste keuzes maken, etc)

Tenslotte:

Op welke wijze zou u als professional door het NIGZ ondersteund willen worden om een gebrek aan kennis en vaardigheden bij achterstandsgroepen op te kunnen vangen?

Indien u in uw functie niet met achterstandsgroepen werkt of in het verleden gewerkt heeft kunt u n.v.t. (niet van toepassing) invullen.

1. Guidelines voor een project in de context van Health literacy, model van factoren waar aan gedacht moet worden
2. Nvt (werk zelf bij het nigz)...
3. inzicht in waaraan GB plannen moeten voldoen om bijdrage te kunnen leveren aan verhogen HL
 - = goede voorbeelden selecteren
 - = hulp bij opzet van lokale landelijke programma's
 - = kwaliteitsmeter/ checklist
 - = training wat is HL en hoe .. je afstand
4. nvt
5. zie hierboven reeds genoemd .
6. Het zou interessant zijn om een gezamenlijk project hierover te starten tussen het NIGZ en het Trimbos-instituut
7. Een rapport ontvangen van de literatuurstudie die je hebt gedaan
8. Voor mij niet van toepassing denk ik.
9. nvt (behoor tot het NIGZ)
10. nvt
11. In mijn functie is het belangrijk om te weten of HI een concept is dat we gaan inzetten voor gezondheidsbehoud en bevordering van burgers. Dan kan dit begrip onder de aandacht van VWS, politici etc worden gebracht. Idem onder onderzoekers etc bijv op NCVGZ Mijn rol ligt in doorgeleiden en warm maken voor. Niet in het zelf gebruiken om gezondheid van burgers te bevorderen.
12. nvt



Distributie:



NIGZ

Postbus 500
3440 AM Woerden
Telefoon (0348) 43 76 00
Fax (0348) 43 76 66
e-mail nigz@nigz.nl
www.nigz.nl