

Een kwalitatief onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming bij laaggeletterde patiënten in het MST

**UNIVERSITY
OF TWENTE.**



Bachelor thesis
29/06/2020

Maartje Vriens
Gezondheidswetenschappen

Eerste interne begeleider: Anke Lenferink
Tweede interne begeleider: Carine Doggen
Derde interne begeleider: Ria Wolkorte
Externe begeleider: Inge Duindam

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis ‘Een kwalitatief onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming bij laaggeletterde patiënten in het MST’. Deze thesis is geschreven voor mijn afstuderen van de bachelor opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente in Enschede. Van februari 2020 tot en met juli 2020 ben ik bezig geweest met mijn onderzoek en het schrijven van de thesis bij het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede.

Met veel plezier ben ik tot nieuwe inzichten gekomen. Ik hoop dat het MST mijn aanbevelingen van harte in ontvangst zal nemen en dat mijn aanbevelingen voor de nabije toekomst een ondersteunende rol kunnen innemen.

Ik wil graag mijn begeleiders van de Universiteit Twente bedanken, Anke Lenferink, Carine Doggen en Ria Wolkorte. Zij hebben mij van de nodige feedback voorzien en ondersteunden mij tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek. Daarnaast wil ik mijn begeleider van het MST, Inge Duindam, graag bedanken. Zij kon altijd tijd voor mij vrijmaken en heeft mij de kans gegeven om mijn onderzoek bij het MST te kunnen uitvoeren. Ook wil ik de mensen die ik heb mogen interviewen bedanken, door hun tijd kon ik resultaten krijgen voor mijn onderzoek.

Tot slot gaat mijn dank uit naar mijn vrienden en familie, door hun motiverende woorden heb ik mijn thesis tot een goed einde weten te brengen.

Ik wens u veel leesplezier.

Maartje Vriens

Enschede, 29 juni 2020

Samenvatting

Momenteel hebben laaggeletterde patiënten in het MST een minimale invloed bij het proces van gezamenlijke besluitvorming. Het doel van dit onderzoek is om een manier te vinden voor de inrichting van het proces van gezamenlijke besluitvorming bij laaggeletterde patiënten in het MST. Hiervoor is de volgende hoofdvraag geformuleerd: *‘Op welke manier kan het proces van gezamenlijke besluitvorming worden ingericht voor laaggeletterde patiënten in het MST?’*

Het proces van gezamenlijke besluitvorming houdt in dat zorgprofessional en patiënt samen beslissen welk medisch beleid wordt uitgevoerd bij de patiënt. De patiënt moet de mogelijke behandelingen kunnen begrijpen om een voorkeur te vormen voor een behandeling die past bij de eigen situatie en persoonlijke voorkeuren. Voor een laaggeletterde patiënt kan dit lastig zijn, aangezien hij of zij niet voldoende taalvaardig is om alle behandelingen te begrijpen.

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In totaal zijn elf interviews telefonisch afgenomen met behulp van semigestructureerde interviewschema's. Er zijn acht zorgprofessionals uit het MST geïnterviewd: artsen, verpleegkundig specialisten en arts-assistenten. Tijdens de interviews hebben de zorgprofessionals meer verteld over de wijze waarop gezamenlijke besluitvorming is ingericht op hun afdeling. Daarnaast is een beeld verkregen in hoeverre de zorgprofessionals bekend zijn met laaggeletterdheid. Er zijn ook interviews afgenomen met twee externe experts van organisaties die onderzoek doen naar laaggeletterdheid en een expert van een ziekenhuis dat projecten over laaggeletterdheid heeft uitgevoerd. Deze experts zijn als projectleider en adviseur werkzaam bij projecten over laaggeletterdheid. Tijdens deze interviews is gekeken naar de manier waarop het MST door hen kan worden geholpen om meer rekening te houden met laaggeletterde patiënten.

Uit de interviews is gebleken dat laaggeletterdheid redelijk onbekend is binnen het MST en dat er een geschikte inrichting is voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Er moet wel meer aandacht worden besteed aan laaggeletterde patiënten, zodat zij een invloed krijgen bij de besluitvorming. Op basis van de resultaten zijn aanbevelingen gedaan die kunnen helpen bij het inrichten van het proces van gezamenlijke besluitvorming bij laaggeletterde patiënten in het MST:

- De herkenning van laaggeletterdheid aanpakken bij één of twee afdelingen.
- Een flyer maken met een lijst van gedragingen van de patiënt, waarbij een zorgprofessional extra alert moet zijn op mogelijke laaggeletterdheid.
- Een samenwerking aangaan met Taalpunt Enschede. Medewerkers van het taalpunt kunnen de leesvaardigheden van laaggeletterde patiënten verbeteren. Daarnaast kunnen de medewerkers het niveau van folders en flyers aanpassen naar het niveau van laaggeletterden.
- Het opnemen van de drie belangrijkste elementen van gezamenlijke besluitvorming in de vorm van een afvinklijst in het patiëntendossier. Deze elementen zijn het bespreken van alle behandelingen, het doornemen van de voor- en nadelen van behandelingen en de mogelijkheid voor de patiënt voor het geven van zijn of haar voorkeur.
- Het gebruik van de terugvraagmethode tijdens een consult door zorgprofessionals.
- Contact opnemen met Stichting Lezen & Schrijven. Samen met deze stichting kan een plan worden gemaakt voor de aanpak van laaggeletterdheid.

- Contact opnemen met Pharos, zodat gebruik kan worden gemaakt van het lesmateriaal dat zij hebben gemaakt voor de bewustwording van laaggeletterdheid.
- Contact opnemen met het Rijnstate ziekenhuis, hier zijn al handelingen uitgevoerd om de zorg voor laaggeletterde patiënten te verbeteren. Het MST kan leren van de ervaringen die het Rijnstate heeft opgedaan.
- Een folder maken met de gevolgen van laaggeletterdheid voor het MST. De zorgprofessionals kunnen met behulp van de folder worden overtuigd voor het verbeteren van de zorg voor laaggeletterde patiënten. Een onderdeel van de folder kunnen de kosten zijn die het ziekenhuis maakt door laaggeletterdheid.

Om terug te komen op de hoofdvraag: het proces van gezamenlijke besluitvorming hoeft niet op een andere manier te worden ingericht voor laaggeletterde patiënten, maar de zorgprofessional moet bij deze patiënten stap voor stap door het proces gaan. Op die manier krijgt een laaggeletterde patiënt de tijd om informatie tot zich te nemen. Daarnaast zijn er een aantal handelingen die moeten worden uitgevoerd om de laaggeletterden te ondersteunen bij het beslissingsproces. Zorgprofessionals moeten laaggeletterdheid bij patiënten kunnen herkennen, zodat de informatievoorziening op een gepast niveau kan worden gegeven. De patiënten kunnen de verstrekte informatie dan beter begrijpen en een voorkeur vormen voor een behandeling. Samen met de zorgprofessional kan een beslissing worden gemaakt voor het behandelproces en op die manier wordt de besluitvorming gezamenlijk.

Inhoud

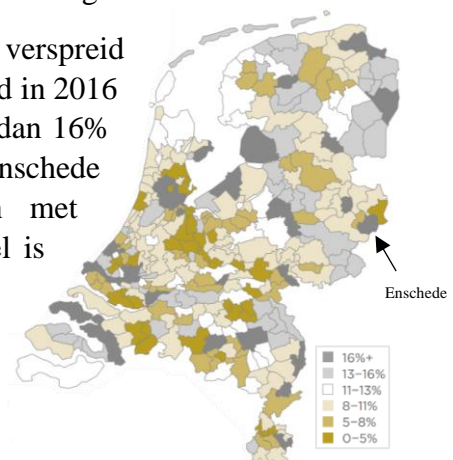
1. Inleiding	6
2. Theoretisch kader	8
2.1 Laaggeletterdheid.....	8
2.1.1 Gevolgen van laaggeletterdheid	8
2.1.2 Herkenning van laaggeletterdheid in het poliklinische proces.....	9
2.2 Gezamenlijke besluitvorming	9
2.2.1 Onderdelen van gezamenlijke besluitvorming	10
2.2.2 Meetinstrumenten voor gezamenlijke besluitvorming	10
2.2.3 Invloed van gezamenlijke besluitvorming op de gezondheid van de patiënt.....	11
2.3 Ontwikkelingen.....	11
2.3.1 Ontwikkelingen van gezamenlijke besluitvorming	11
2.3.2 Ontwikkelingen van laaggeletterdheid	12
2.3.3 Onderzoek naar laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming.....	12
3. Methode	14
3.1 Interviews	14
3.2 Analytische methode.....	16
4. Resultaten.....	17
4.1 Karakteristieken	17
4.2 Deelvraag inrichting gezamenlijke besluitvorming	17
4.3 Deelvraag herkenning laaggeletterdheid	18
4.4 Deelvraag invloed laaggeletterdheid op gezamenlijke besluitvorming	19
4.5 Deelvraag rekening houden laaggeletterdheid.....	20
5. Discussie	23
5.1 Antwoord op de hoofdvraag	23
5.2 Verklaring resultaten.....	23
5.3 Validiteit en betrouwbaarheid.....	28
5.4 Aanbevelingen	29
5.5 Verwachtingen, beperkingen en vervolgonderzoek.....	30
5.6 Conclusie	31

1. Inleiding

Informatie krijgen en verwerken is een onderdeel van het dagelijks leven. Het wordt lastig om goed te kunnen functioneren in de maatschappij als je een groot deel van de ontvangen informatie niet kunt begrijpen. Meer dan 2,5 miljoen Nederlanders van zestien jaar en ouder hebben moeite met taal- en rekenvaardigheden en het begrijpen van informatie; zij zijn laaggeletterd¹. Het is voor hen wel mogelijk om in kleine mate te lezen en schrijven in de moedertaal, maar de taal- en rekenvaardigheden worden onvoldoende beheerst om zelfredzaam te zijn in de maatschappij². Hierdoor ontstaat een grotere kans op achterstand in de samenleving³.

Standaardteksten, zoals informatiefolders uit het ziekenhuis, reclamefolders en informatiebrieven van de overheid, zijn belangrijk voor participatie in de maatschappij. Deze standaardteksten zijn van het fundamentele niveau 2 (2F)¹. Dat niveau staat gelijk aan het eindniveau van voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs en middelbaar beroepsonderwijs niveau 2 of 3. Het taal- en rekenniveau van een laaggeletterde ligt onder het niveau van 2F. Ongeveer één op de zes mensen kan standaardteksten dus niet goed begrijpen en dat kan zorgen voor problemen in het dagelijks leven. Voorbeelden van participatie aan de samenleving zijn boodschappen doen, rekeningen betalen en gebruik maken van het openbaar vervoer. Een voorbeeld van participatie in de gezondheidszorg is het kunnen begrijpen van informatiebrieven, zoals een afspraakbrief of een verzoek voor het aanleveren van gezondheidsinformatie. Een laaggeletterde kan dit niet of onvoldoende begrijpen en weet niet wat hij of zij moet doen. Een ander voorbeeld is het verkeerd begrijpen van de bijsluiter bij medicatie, waardoor medicijnen niet op de juiste manier worden ingenomen.

Laaggeletterdheid komt voor in alle bevolkingsgroepen en is verspreid door heel Nederland⁴. In figuur 1 is te zien waar in Nederland in 2016 de meeste laaggeletterden wonen⁵. Ook is te zien dat meer dan 16% van de inwoners in de gemeente Enschede laaggeletterd is. Enschede heeft een hoog percentage laaggeletterden vergeleken met omliggende gemeentes; het gemiddelde van heel Overijssel is 12,1%⁵.



Figuur 1: Percentage laaggeletterden per gemeente

Een gevolg van laaggeletterdheid is een slechtere gezondheid⁶. Onderzoek toont aan dat laaggeletterdheid in verband wordt gebracht met een slechtere fysieke en mentale gezondheid, meer kans op overgewicht, meer kans op roken en meer sterfte, vergeleken met mensen die niet laaggeletterd zijn^{7,8}. Ander onderzoek toont aan dat laaggeletterde mensen een 1,5 keer grotere kans hebben om eerder te sterven⁹. Dit alles zorgt voor een hogere zorgconsumptie, oftewel meer gebruik van zorg. Dat kan komen door meer huisarts- en ziekenhuisbezoeken, minder gebruik van preventieve zorg en meer nazorg⁷. De maatschappelijke kosten die in Nederland zijn verbonden aan laaggeletterdheid lopen jaarlijks op tot 1,13 miljard euro¹⁰. Ongeveer een kwart van deze kosten komt vanuit de gezondheidszorg; de gevolgen van laaggeletterdheid leiden tot 257 miljoen euro aan extra zorgkosten, veroorzaakt door hogere zorgconsumptie¹¹.

Op dit moment zijn zorgprofessionals over het algemeen onbekend met laaggeletterdheid bij patiënten. Als zorgprofessionals niet weten dat dit een bestaand probleem is, dan kunnen zij

hun consult en de te verstrekken informatie daar niet op aanpassen. Voor een laaggeletterde patiënt kan het dan lastig zijn om een aandeel te hebben in het proces van gezamenlijke besluitvorming. In de afgelopen jaren komt steeds meer aandacht voor gezamenlijke besluitvorming in het ziekenhuis¹². De patiënt moet een grotere rol in het beslissingsproces krijgen en meer zelfregie¹³. Hij of zij zou tijdens een consult met de zorgprofessional zelf moeten kunnen kiezen welke behandeling hem of haar het beste lijkt¹⁴. Het is belangrijk dat de patiënt actief is betrokken bij het beslissingsproces. Er wordt dan een keuze gemaakt die het beste past bij de eigen situatie en persoonlijke voorkeuren¹⁴. Een belangrijke voorwaarde in de gezamenlijke besluitvorming is dat de patiënt de mogelijke behandelmethoden begrijpt¹⁵. Verschillende folders en internetsites over mogelijke behandelingen zijn beschikbaar, deze kan de patiënt zelf doornemen. Echter, voor een laaggeletterde patiënt is het lastig om deze informatie te begrijpen¹⁴. Hij of zij kan hierdoor minder goed een onderbouwde mening geven tijdens een consult met een zorgprofessional. De kans bestaat dat de laaggeletterde patiënt de beslissing overlaat aan de zorgprofessional en hierdoor heeft hij of zij een klein of geen aandeel in de gekozen behandeling.

Er zijn onderzoeken gedaan naar laaggeletterdheid en het proces van gezamenlijke besluitvorming, maar over de combinatie van gezamenlijke besluitvorming bij laaggeletterde patiënten is weinig bekend. Het proces van gezamenlijke besluitvorming is in elk ziekenhuis anders ingericht. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe dit proces is ingericht in het Medisch Spectrum Twente (MST), zodat kan worden gekeken hoe laaggeletterdheid daarbij kan worden meegenomen. In Enschede woont een hoog percentage aan laaggeletterden, dat is een belangrijke reden om hier meer aandacht aan te besteden. Het doel van dit onderzoek is om te kijken op welke manier het proces van gezamenlijke besluitvorming kan worden ingericht bij laaggeletterde patiënten in het MST. De onderzoeksvraag is:

‘Op welke manier kan het proces van gezamenlijke besluitvorming worden ingericht voor laaggeletterde patiënten in het MST?’

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, is deze onderverdeeld in vier deelvragen:

- *‘Hoe is het proces van gezamenlijke besluitvorming ingericht in het MST?’*
- *‘Hoe kan laaggeletterdheid worden herkend bij een patiënt in het poliklinische proces?’*
- *‘Op welke manier heeft laaggeletterdheid invloed op het proces van gezamenlijke besluitvorming?’*
- *‘Hoe kan rekening worden gehouden met laaggeletterde patiënten bij het proces van gezamenlijke besluitvorming?’*

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk gaat in op de theorie die relevant is voor laaggeletterdheid en het proces van gezamenlijke besluitvorming. De definities van deze twee begrippen worden beschreven en meer achtergrondinformatie over het onderwerp wordt behandeld.

2.1 Laaggeletterdheid

Laaggeletterdheid is een verschijnsel dat bestaat onder 2,5 miljoen mensen in Nederland. De persoon heeft dan moeite met taal- en rekenvaardigheden¹. Het percentage laaggeletterden is het hoogst bij ouderen, migranten en jongeren^{1,16}. In dit onderdeel worden gevolgen van laaggeletterdheid en een mogelijke manier van herkenning besproken.

2.1.1 Gevolgen van laaggeletterdheid

Laaggeletterdheid kan resulteren in een slechtere gezondheid en een lagere kwaliteit van leven^{7,17}. Het wordt in verband gebracht met minder gebruik van preventieve zorg, zoals een verminderde deelname aan landelijke screenings- en beweegprogramma's¹⁸. Daarnaast wordt laaggeletterdheid in verband gebracht met een slechtere fysieke en mentale gezondheid, slechtere gezondheidsuitkomsten, een hoger percentage overgewicht, een hoger percentage rokers en een hoger sterfteratio, vergeleken met mensen die niet laaggeletterd zijn^{7,19}.

Laaggeletterden hebben een grotere kans op meer schulden, in vergelijking met niet-laaggeletterden^{10,20}. Een oorzaak daarvan is de verlaagde kans op een baan²¹. In de toekomst wordt het voor een laaggeletterde nog lastiger om werk te vinden; door een verandering in de arbeidsmarkt komt er meer concurrentie²². Die verandering heeft te maken met een stijging van het opleidingsniveau van de beroepsbevolking. Beroepen worden steeds theoriegerichter en veranderen inhoudelijk²². Werkgevers stellen steeds hogere eisen aan werknemers. Voor laaggeletterden is het lastig om te concurreren met theoriegerichte mensen, omdat laaggeletterden een lager lees- en schrijfniveau hebben, vergeleken met mensen die niet laaggeletterd zijn. Toch heeft meer dan de helft van de laaggeletterden wel een baan; voor hen ligt het inkomen lager dan bij niet-laaggeletterden²³. Een andere oorzaak voor meer schulden bij laaggeletterden is een verminderd inzicht in de administratie, dan is financieel misbruik mogelijk door meer kwetsbaarheid²⁴.

Laaggeletterden zorgen voor meer maatschappelijke kosten dan mensen die niet laaggeletterd zijn. In totaal is dat bedrag ongeveer 1,13 miljard euro meer per jaar¹⁰. Deze kosten zijn voor de overheid, zorgverzekeraars en werkgevers. Het grootste deel van de overheidskosten komt door minder belastinginkomsten en meer bijstandsuitkeringen voor de laaggeletterden, wat wordt veroorzaakt door de lagere kans op een baan⁷. Een ander deel van de maatschappelijke kosten komt vanuit de gezondheidszorg. Dit wordt veroorzaakt door de slechtere gezondheid van laaggeletterden¹⁰. Zij hebben vaker een ongezonde leefstijl, chronische ziekten en een verkeerd gebruik van medicatie¹⁰. Dit resulteert in meer bezoeken aan de huisarts en het ziekenhuis.

Concluderend, een slechtere gezondheid en meer schulden zijn gevolgen die een impact hebben op het leven van een laaggeletterde patiënt. Deze gevolgen kunnen een lagere kwaliteit van leven veroorzaken. Door de hoge maatschappelijke kosten wordt laaggeletterdheid gezien als een maatschappelijk probleem.

2.1.2 Herkenning van laaggeletterdheid in het poliklinische proces

Het poliklinische proces is het proces van geneeskundige hulp, waarbij de patiënt niet in een ziekenhuisbed ligt²⁵. Een voorbeeld hiervan is het consult tussen zorgprofessional en patiënt. De zorgprofessional moet tijdens een consult weten of de patiënt alle verstrekte informatie heeft begrepen. Daarvoor kan het belangrijk zijn dat een zorgprofessional een laaggeletterde patiënt herkent. Dan kan de zorgprofessional rekening houden met laaggeletterdheid en het niveau van de informatie aanpassen. Uit onderzoek²⁶ is gebleken dat herkenning lastig kan zijn en daarom is het nuttig om te weten op welke manier een laaggeletterde patiënt kan worden herkend.

Een manier van herkenning van laaggeletterdheid is het gebruik van ‘Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC)²⁷. Dit is een enquête die is gemaakt door de Organisatie voor Economische Coöperatie en Development (OECD). De enquête bestaat uit een analyse van vaardigheden van volwassenen. Er wordt gekeken hoe die vaardigheden worden uitgevoerd in het dagelijks leven²⁷. Het is een enquête die onder volwassenen in meer dan veertig landen wordt gebruikt, deze enquête is gevalideerd. Het duurt ruim een uur om de enquête in te vullen. Er worden vragen gesteld over geletterdheid, rekenvaardigheid en probleemoplossend handelen met behulp van techniek. Als iemand lager scoort dan een bepaald minimum, dan is iemand laaggeletterd.

Een andere manier voor herkenning is het gebruik van het meetinstrument ‘Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)²⁸. Dit bestaat uit een lijst met woorden, waarbij een zorgprofessional nagaat hoeveel woorden een patiënt herkent. Op basis daarvan wordt een score toegekend en dit kan worden toegepast op elke patiënt. Als hoger wordt gescoord dan een bepaalde score, dan is de patiënt laaggeletterd.

‘Taalverkenner Zorg’ is een instrument die is samengesteld door ‘Stichting Lezen & Schrijven²⁹. Dit instrument is niet gevalideerd en daarom kan het alleen met een kritische houding worden gebruikt; een zorgprofessional kan niet volledig op het instrument vertrouwen. ‘Taalverkenner Zorg’ is een hulpmiddel om op een snelle manier laaggeletterdheid te kunnen herkennen. Aan het begin van een consult wordt een folder met een tekstje en zes vragen aan de patiënt uitgedeeld. De patiënt leest deze tekst en beantwoordt daarna de vragen. Hij of zij is waarschijnlijk laaggeletterd als minder dan vier vragen correct zijn beantwoord. Informatie kan dan op een gepast niveau worden aangeboden.

Er is niet één manier voor herkenning van laaggeletterde patiënten in het poliklinische proces. Als een zorgprofessional op de hoogte is van mogelijke laaggeletterdheid, dan is het eenvoudiger om een patiënt te herkennen. Meetinstrumenten zoals PIAAC en REALM kunnen worden gebruikt voor de herkenning van een laaggeletterde patiënt. Een andere manier is het gebruik van ‘Taalverkenner Zorg’, maar zonder validatie kan een meetinstrument alleen met een kritische houding worden gebruikt.

2.2 Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is een onderdeel van het onderwerp patiëntenparticipatie³⁰. Bij het proces van gezamenlijke besluitvorming wordt bedoeld dat de patiënt en de zorgprofessional samen beslissen welk medisch beleid wordt uitgevoerd bij de patiënt¹⁴. In dit deelhoofdstuk wordt het proces van gezamenlijke besluitvorming en de invloed daarvan op de gezondheid beschreven.

2.2.1 Onderdelen van gezamenlijke besluitvorming

In de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat dat er meer aandacht moet komen voor het proces van gezamenlijke besluitvorming³¹. De patiënt moet op de hoogte zijn welke behandelmogelijkheden er zijn voor zijn of haar aandoening. De manier waarop een ziekenhuis dat proces uitvoert is zelf in te vullen en daarom is gezamenlijke besluitvorming in elk ziekenhuis op een andere manier ingericht. Dit kan verschillen per afdeling en zelfs per aandoening. De patiënt wil niet langer alleen informatie van de zorgprofessional krijgen, maar ook een gesprek hebben met de professional³². In dit deelhoofdstuk worden de elementen besproken die zijn betrokken bij de wenselijke inrichting van het proces van gezamenlijke besluitvorming.

In een onderzoek zijn de belangrijkste elementen van het proces van gezamenlijke besluitvorming onderzocht³³. Om dit wenselijk te kunnen inrichten zijn er in ieder geval drie elementen nodig die moeten worden besproken tijdens het consult: de behandelmogelijkheden, de voor- en nadelen daarvan en de voorkeur van de patiënt. Andere elementen die ook een onderdeel zijn van de gezamenlijke besluitvorming zijn patiënteducatie, patiëntparticipatie en het samenwerkingsverband tussen patiënt en zorgprofessional.

Een ander onderzoek heeft gekeken naar elementen die de kwaliteit van het proces van gezamenlijke besluitvorming vaststellen³⁴. Bij een hoge kwaliteit van de elementen kan de patiënt de verkregen informatie beter gebruiken, waardoor hij of zij meer invloed krijgt op de besluitvorming. De drie belangrijkste elementen zijn betrouwbaarheid van de te verkrijgen informatie, een goede kwaliteit van informatie en communicatie met patiënten en de familie daarvan³⁴. Informatie die patiënten kunnen verzamelen is in de vorm van folders en websites, zodat patiënten individueel kunnen lezen welke soorten behandelmethoden bestaan¹⁴. Daarnaast kan informatie worden verzameld door gesprekken met zorgverleners en bekenden. Andere elementen die een rol spelen in de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming zijn betrokkenheid van de arts en competentie van de patiënt³⁴.

De patiëntenfederatie van Nederland heeft onderzoek gedaan naar de mening van patiënten over het proces van gezamenlijke besluitvorming en de manier waarop dat bij hen is uitgevoerd³⁵. Er is gekeken naar een groep van ongeveer 8000 patiënten. Uit het onderzoek is gebleken dat patiënten een grote behoefte hebben aan gezamenlijke besluitvorming, maar hier wordt in de praktijk nog te weinig aandacht aan besteed.

2.2.2 Meetinstrumenten voor gezamenlijke besluitvorming

Meetinstrumenten zijn beschikbaar om te meten in hoeverre het proces van gezamenlijke besluitvorming is geïmplementeerd in een zorginstelling³⁶. Een voorbeeld is de 'Option 5-methode'. Daarbij wordt een consult geobserveerd door een buitenstaander met een achtergrond in de zorg, aan de hand van een observatielijst met vijf vragen^{35,36}. De vragen gaan over de manier waarop een zorgverlener zich gedraagt en welke informatie hij of zij geeft tijdens een consult. Er moet worden aangegeven in hoeverre de vragen van toepassing zijn op het consult, met een getal tussen nul en vier. Directe feedback vanuit de observeerder naar de zorgprofessional toe is mogelijk als bepaalde onderdelen ontbreken binnen het proces van gezamenlijke besluitvorming.

De International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) is een voorbeeld van een meetinstrument die de kwaliteit van hulpmiddelen voor gezamenlijke besluitvorming voor patiënten kan beoordelen⁴⁰. In een onderzoek⁴⁰ is gekeken in hoeverre die checklist nuttig is.

Uit de resultaten is gebleken dat de IPDAS-afvinklijst ervoor kan zorgen dat in ziekenhuizen een bepaalde standaard komt voor het proces van gezamenlijke besluitvorming.

2.2.3 Invloed van gezamenlijke besluitvorming op de gezondheid van de patiënt

In 2012 kwam Machteld Huber met een nieuwe omschrijving van het begrip gezondheid, namelijk ‘positieve gezondheid’⁴¹. Bij dit begrip is het belangrijk dat de patiënt het vermogen heeft om bepaalde uitdagingen van het leven aan te gaan, waarbij hij of zij zelfregie heeft⁴². De nadruk ligt niet op de omstandigheden van een patiënt, maar op de manier waarop met die omstandigheden wordt omgegaan. Positieve gezondheid bestaat uit zes dimensies: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren⁴³. Voor het krijgen van positieve gezondheid is het waardevol als de patiënt wordt betrokken bij het beslissingsproces. Op die manier wordt een behandelmethode gekozen waarbij de patiënt beter kan omgaan met zijn of haar gezondheidsomstandigheden.

De kwaliteit van leven van de patiënt kan worden verhoogd als hij of zij wordt betrokken in het beslissingsproces⁴⁴⁻⁴⁶. De relatie tussen zorgprofessional en patiënt wordt versterkt door gezamenlijke besluitvorming en dat is gerelateerd aan een hogere kwaliteit van leven. Uit onderzoek is gebleken dat de relatie tussen professional en patiënt momenteel niet goed genoeg is^{44,45}. De zorgrelatie kan een graadmeter zijn voor de ervaren kwaliteit van zorg; patiënten zijn meer tevreden over hun verleende zorg als de zorgrelaties van betere kwaliteit zijn⁴⁴. De patiënt durft niet altijd alles te vragen aan de professional. De relatie is een punt waar in de toekomst meer aandacht aan moet worden besteed^{44,45}.

2.3 Ontwikkelingen

In Nederland zijn ontwikkelingen gaande die laaggeletterdheid en het proces van gezamenlijke besluitvorming verbeteren. De ontwikkelingen zijn gericht op samenwerkingsverbanden en programma’s om meer aandacht voor laaggeletterdheid te krijgen. De meest relevante ontwikkelingen worden in dit deelhoofdstuk behandeld. Daarnaast worden twee onderzoeken besproken, waarin wordt ingegaan op de relatie tussen laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming.

2.3.1 Ontwikkelingen van gezamenlijke besluitvorming

De laatste jaren is meer belangstelling gekomen voor het stimuleren van gezamenlijke besluitvorming⁴⁷. In 2016 is onderzoek⁴⁷ gedaan door twee gezondheidsorganisaties, ZonMW en zorgverzekeraar CZ. Er is ontdekt dat er een breed draagvlak is om de toepassing van gezamenlijke besluitvorming te versnellen. In 2025 moet dit proces centraal staan in de benadering van de zorgprofessional tot de patiënt¹⁴. Sinds 1 januari 2020 is de WGBO bijgewerkt, hierdoor wordt de positie van de patiënt versterkt³¹. Hij of zij moet zelf kunnen beslissen welke behandeling het meest passend is. Het wordt steeds belangrijker dat patiëntgerichte zorg het uitgangspunt is, zodat de patiënt betrokken wordt bij het beslissingsproces⁴⁸.

Versillende initiatieven bestaan voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Een voorbeeld daarvan is de communicatiecampagne; ‘het goede gesprek’⁴⁹. Door dit initiatief wordt geprobeerd om meer transparantie te krijgen in de zorg. Er wordt stilgestaan bij de manier waarop een patiënt meer invloed kan hebben in het beslissingsproces. Een onderdeel van die campagne is ‘de drie goede vragen’⁴⁹. Die vragen zijn: ‘*Wat zijn mijn mogelijkheden?*’, ‘*Wat*

zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?’ en ‘Wat betekent dat in mijn situatie?’⁵⁰. Deze vragen zijn gericht op de patiënt en de verschillende behandelmogelijkheden. Het doel is om patiënten en zorgverleners bewust te maken van gezamenlijke besluitvorming. Een ander onderdeel van de communicatiecampagne is ‘what matters to you’⁵¹. Hierbij wordt stilgestaan bij de persoonlijke behoeftes en voorkeuren van de patiënt.

2.3.2 Ontwikkelingen van laaggeletterdheid

Initiatieven zijn opgericht om laaggeletterdheid aan te pakken. Een voorbeeld daarvan is de conferentie uit november 2019 van GGD Twente, ‘Alles is Gezondheid’ en ‘Stichting Lezen & Schrijven’⁵². In deze conferentie werden zorgprofessionals uit verschillende zorginstellingen op de hoogte gebracht van onderwerpen die te maken hebben met laaggeletterdheid. Een voorbeeld van een onderwerp is wat basisvaardigheden voor invloed hebben op gezondheid. Daarnaast werd het leven van een laaggeletterde duidelijk gemaakt door die persoon te laten spreken op de conferentie. Een ander programma is opgericht door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap: ‘Tel mee met Taal’², met hetzelfde doel: bewustzijn creëren voor laaggeletterdheid bij zorgprofessionals.

Pharos en Stichting Lezen & Schrijven zijn organisaties die voorlichtingsmateriaal en trainingen toegankelijk maken voor zorgprofessionals bij het herkennen van en omgaan met laaggeletterdheid^{53,54}. Op basis van onderzoek en kennis uit de praktijk wordt toegankelijk lesmateriaal gemaakt, zorgprofessionals kunnen dit gebruiken voor het leren omgaan met laaggeletterden. Als een zorgorganisatie meer aandacht wil besteden aan laaggeletterdheid, dan kan contact worden opgenomen met deze organisaties.

Tegenwoordig zijn steeds meer samenwerkingsverbanden aanwezig in Nederland. Op die manier kan de kwaliteit van de zorg worden verhoogd. mProve is een samenwerkingsverband van vijf ziekenhuizen in Nederland⁵⁵. Samen willen zij de gezondheidszorg naar een hoger niveau brengen. Dit doen zij door verschillende projecten uit te voeren, waarvan twee zijn gefocust op laaggeletterdheid. In 2017 is het eerste project begonnen, waarbij het belangrijk is dat meer bewustwording komt onder patiënten en medewerkers. In 2018 is een ander project gestart voor het lanceren van beeldverhalen voor laaggeletterde patiënten. Het doel daarvan is om ingewikkelde informatie beter toegankelijk te maken voor alle Nederlanders.

2.3.3 Onderzoek naar laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming

Onderzoek uit 2018⁴⁶ heeft aangetoond dat er behoefte bestaat voor zelfmanagement bij laaggeletterden, onder andere omdat zij vaker aan chronische ziekten leiden. Zelfmanagement houdt in dat de patiënt eigen regie over zijn of haar leven kan voeren; de persoon moet kunnen omgaan met de medische behandeling en leefstijladviezen¹³. Door meer zelfmanagement kunnen zorgkosten worden verlaagd en kan een hogere kwaliteit van leven worden gerealiseerd. In het onderzoek van Schlaffer⁴⁶ is gekeken hoe laaggeletterden het beste kunnen worden geholpen bij het krijgen van meer invloed in het beslissingsproces. Uit de resultaten is gebleken dat dit kan door drie tot vier verschillende zelfmanagement hulpmiddelen te gebruiken⁴⁶. Een voorbeeld van een hulpmiddel is een folder met uitleg over een bepaalde behandeling. Bij het gebruik van meerdere hulpmiddelen is er altijd een hulpmiddel die geschikt is voor de laaggeletterde. De zelfmanagement hulpmiddelen werken het meest optimaal als deze een focus hebben op probleemoplossend handelen, dat is het meest begrijpelijk voor een laaggeletterde.

Uit recentelijk onderzoek uit 2020 van Tolan¹⁵ is gebleken dat er een kloof bestaat tussen wat de zorgprofessional vertelt en wat de patiënt begrijpt. Laaggeletterden begrijpen het minst van

de informatie van de arts, vergeleken met alle patiënten. Laaggeletterde patiënten zijn patiënten die het meest van zelfmanagement kunnen profiteren. Het komt vaker voor dat zij een lage gezondheidsstatus hebben en gebruiken daarom meer zorg. Voor hen kan zelfmanagement een manier zijn om gezonder te leven. Een voorwaarde is dat er goede beslissingsondersteuning bestaat voor de patiënten.

Er is onvoldoende onderzoek gedaan naar gezamenlijke besluitvorming bij laaggeletterde patiënten. Er kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over de manier waarop deze patiënten meer invloed kunnen krijgen bij het proces van gezamenlijke besluitvorming. Dit wordt in de praktijk onderzocht in de volgende hoofdstukken.

3. Methode

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden besproken die zijn toegepast om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Allereerst wordt ingegaan op het onderzoek dat is uitgevoerd in de praktijk, vervolgens wordt de analytische methode besproken.

Het praktijkonderzoek bestaat uit het afnemen van interviews. In bijlage A wordt een aanvulling op de methode besproken, waarbij een verantwoording wordt gegeven voor de gekozen onderzoeksmethode. Daarnaast wordt er uitgelegd waarom andere soorten onderzoek minder geschikt zijn.

Voorafgaand aan de interviews is een gesprek gevoerd met een verpleegkundig specialist van de longafdeling. Het doel was om een globaal beeld te vormen van de manier waarop laaggeletterdheid momenteel invloed heeft op patiënten en zorgprofessionals van de longafdeling. Daarnaast was het gesprek een hulpmiddel om onderwerpen en vragen van het interviewschema te verifiëren met onderwerpen die waren gevonden in de literatuur. Met de verpleegkundig specialist zijn aanvullende onderwerpen gevonden voor het interviewschema.

3.1 Interviews

Tijdens het praktijkonderzoek zijn individuele interviews afgenomen. Zorgprofessionals van het MST en externe experts zijn geïnterviewd. Eerst wordt algemene informatie over de interviews beschreven, vervolgens worden de geïnterviewden besproken.

Er is een explorerende methode toegepast voor het beantwoorden van de deelvragen van dit onderzoek, hierbij is informatie verzameld over laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming. Het doel was om uit te vinden op welke manier het proces van gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt, de mogelijke rol van laaggeletterdheid daarbij en hoe die rol verbeterd kan worden. Het onderzoek is verklarend, omdat bij dat soort onderzoek het verband tussen twee fenomenen wordt onderzocht. In dit onderzoek gaat het om het verband tussen laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming. Een kwalitatieve methode is toegepast; op die manier zijn interpretaties, betekenissen, motivaties en ervaringen van mensen ontdekt.

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen, waarbij van tevoren een interviewschema is samengesteld. Bij semigestructureerde interviews is een structuur, waardoor geen vragen worden vergeten en de afgenomen interviews redelijk op elkaar lijken. Er kon worden doorgevraagd als de geïnterviewde iets interessants had verteld voor het onderzoek. Er is een interviewschema gemaakt voor de zorgprofessionals van het MST en voor de externe experts, deze interviewschema's zijn te zien in bijlagen B, C en D. Het interviewschema is gemaakt door alle onderwerpen uit het theoretisch kader uit te schrijven over gezamenlijke besluitvorming en laaggeletterdheid. Vervolgens is gekeken welke onderwerpen in verband stonden met elkaar. Een overkoepelend onderwerp is het hoofdonderwerp geworden. De onderwerpen die daar onder vallen hebben zich tot subonderwerpen ontwikkeld. De interviewvragen zijn geformuleerd uit de subonderwerpen. Daarnaast is een gesprek gehouden met een expert uit het MST, zoals hierboven al is benoemd. Aan het begin van het interview is om toestemming van de geïnterviewde gevraagd om het interview op te nemen en te mogen gebruiken voor onderzoek.

Het doel van de interviews met de zorgprofessionals uit het MST was om te onderzoeken hoe het proces van gezamenlijke besluitvorming is ingericht in het MST, hoe laaggeletterdheid kan worden herkend bij een patiënt en op welke manier laaggeletterdheid invloed heeft op het

proces van gezamenlijke besluitvorming. Het doel van de interviews met de externe experts was om te onderzoeken hoe laaggeletterdheid kan worden herkend bij een patiënt, op welke manier laaggeletterdheid invloed heeft op het proces van gezamenlijke besluitvorming, hoe rekening kan worden gehouden met laaggeletterde patiënten bij gezamenlijke besluitvorming en op welke manier deze organisaties hulp kunnen bieden aan het MST.

Open vragen zijn gebruikt om ervoor te zorgen dat geïnterviewden veel informatie konden geven en zij de gegeven antwoorden konden onderbouwen. Er is gestopt met het afnemen van interviews op het moment dat geen nieuwe informatie meer werd verzameld. In verband met de maatregelen rondom de Covid-19 pandemie zijn de interviews niet persoonlijk afgenomen, maar telefonisch, via Skype of via Microsoft Teams.

3.1.1 Zorgprofessionals MST

Interviews zijn gehouden met acht zorgprofessionals uit het MST. Zij zijn benaderd door hun leidinggevende voor het afnemen van interviews. Er zijn drie soorten zorgprofessionals geïnterviewd: artsen, verpleegkundig specialisten en arts-assistenten. De zorgprofessionals zijn geïnterviewd als zij minimaal een jaar bij het MST werkzaam zijn. Er is verondersteld dat de zorgprofessionals dan voldoende kennis hebben over de wijze waarop wordt gewerkt in het MST en hoe het proces van gezamenlijke besluitvorming daar plaatsvindt. Daarnaast moesten de zorgprofessionals werkzaam zijn bij de afdelingen cardiologie, longgeneeskunde of vaatchirurgie. Bij deze afdelingen zijn meerdere behandelingen mogelijk voor een aandoening, waardoor patiënten kunnen kiezen bij hun behandelproces en dus meer invloed kunnen hebben bij gezamenlijke besluitvorming. Door zorgprofessionals van meerdere afdelingen te interviewen is een veelzijdig beeld gevormd voor de wijze waarop de besluitvorming is ingericht.

3.1.2 Externe experts

Interviews zijn gehouden met drie externe experts die onderzoek doen naar laaggeletterdheid, afkomstig van twee patiëntenorganisaties en een ziekenhuis.

De medewerkers waar interviews mee zijn gehouden zijn afkomstig van Stichting Lezen & Schrijven en Pharos. Deze organisaties hebben meerdere onderzoeken gedaan naar laaggeletterdheid en zorgen voor het toegankelijk maken van voorlichtingsmateriaal bij het herkennen van laaggeletterdheid en de omgang daarvan. Bij Stichting Lezen & Schrijven is een adviseur geïnterviewd die werkzaam is binnen de regio Twente, zij adviseert gemeenten en organisaties die aan de slag willen met laaggeletterdheid. Bij Pharos is iemand geïnterviewd die werkt als strategisch adviseur en projectleider van projecten over laaggeletterdheid door heel Nederland.

Er is ook een interview gehouden met een medewerker van het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem. Dit ziekenhuis is onderdeel van het mProve-verband. De ziekenhuizen die een onderdeel zijn van mProve hebben onderzoek gedaan naar laaggeletterdheid. De geïnterviewde expert speelt een belangrijke rol binnen de werkgroep 'laaggeletterdheid' van mProve. In 2017 is een campagne gestart voor patiënten die moeite hebben met lezen en schrijven, waardoor de communicatie tussen patiënten en zorgprofessionals kan worden verbeterd. In 2018 zijn beeldverhalen gelanceerd voor laaggeletterden, waardoor moeilijke informatie begrijpelijker wordt. De afgelopen twee jaar worden de projecten bij meerdere afdelingen ingezet. De geïnterviewde expert is adviseur op de communicatieafdeling in het Rijnstate en zij functioneert

hier als een verbindingspersoon voor verschillende projecten over laaggeletterdheid binnen het ziekenhuis.

3.2 Analytische methode

Na de afname van de interviews zijn transcripten gemaakt: de interviews zijn uitgeschreven. Dit is telkens dezelfde dag als het interview gedaan met behulp van het programma 'Amberscript'. Door te transcriberen is dicht bij de werkelijkheid gebleven en daardoor is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Na het transcriberen van de interviews zijn deze geanalyseerd met het programma 'ATLAS.ti'. Alle fragmenten zijn open gecodeerd door aan elk fragment van een interview een onderwerp te koppelen. Vervolgens is axiaal gecodeerd, dus verschillende fragmenten en codes daarvan zijn met elkaar vergeleken. Op deze manier konden bredere verbanden tussen interviews worden ontdekt en zo kon theorie worden gevormd voor het verkrijgen van een antwoord op de onderzoeksvraag.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten besproken die volgen uit de interviews. Als eerste wordt een beschrijving van de karakteristieken van de geïnterviewden gegeven. Vervolgens wordt de inhoud weergegeven van de interviews die relevant zijn voor dit onderzoek. Dit wordt gedaan door de vier deelvragen per paragraaf te beantwoorden. Er zijn ook een aantal schuingedrukte citaten en relevante codes toegevoegd. Alle codes zijn terug te vinden in bijlage E, waarbij ook te zien is welke codes zijn gebruikt voor welke deelvragen.

4.1 Karakteristieken

In de tabel hiernaast zijn de functies en het geslacht van de zorgprofessionals uit het MST weergegeven. De zorgprofessionals zijn afkomstig van de afdelingen: vaatchirurgie, cardiologie, en longgeneeskunde. In totaal zijn acht zorgprofessionals geïnterviewd, vier van de vaatchirurgie, drie van de cardiologie en één van de longafdeling. De interviews duurden gemiddeld twintig minuten, waarbij de kortste vijftien en de langste dertig minuten. Er zijn mensen van verschillende leeftijdscategorieën geïnterviewd; van twintig tot zestig jaar oud.

Tabel 1: Karakteristieken MST-zorgprofessionals

Funcities\Geslacht	Man	Vrouw	Totaal	
Verpleegkundig specialist		1	3	4
Chirurg		1	1	2
Chirurg in opleiding		1	1	2
Totaal		3	5	8

Er zijn drie interviews afgenomen met externe experts, alle drie vrouwelijk. Twee experts zijn afkomstig van Stichting Lezen & Schrijven en Pharos en een expert is afkomstig van het Rijnstate ziekenhuis. De interviews duurden alle drie ongeveer veertig minuten.

4.2 Deelvraag inrichting gezamenlijke besluitvorming

Bij dit deelhoofdstuk worden resultaten gegeven voor de deelvraag ‘*Hoe is het proces van gezamenlijke besluitvorming ingericht in het MST?*’. Voor deze deelvraag zijn de resultaten gebruikt van de acht interviews met de zorgprofessionals uit het MST.

Tijdens de interviews hebben de zorgprofessionals aangegeven dat bij gezamenlijke besluitvorming, zorgprofessional en patiënt samen een behandelplan opstellen voor de diagnose van de patiënt. De zorgprofessional informeert hierbij de patiënt over behandelmogelijkheden en de voor- en nadelen hiervan. Daarna worden consequenties van behandelingen uitgelegd, zoals mogelijke bijwerkingen. Vervolgens wordt de patiëntvoorkeur besproken en worden adviezen gegeven vanuit de zorgprofessional. Uiteindelijk wordt gezamenlijk een beslissing gemaakt. Sommige zorgprofessionals hebben aangegeven dat zij de patiënt terug laten komen, als zij het gevoel krijgen dat de patiënt de informatie nog onvoldoende heeft begrepen. Volgens sommige zorgprofessionals wordt door gezamenlijke besluitvorming meer therapietrouwheid verkregen.

Tijdens de interviews hebben de zorgprofessionals een aantal manieren benoemd om voldoende gezamenlijke besluitvorming te krijgen: gedoseerd informatie geven, eenvoudige taal gebruiken, patiënt de informatie laten herhalen, ruimte geven aan de patiënt om vragen te stellen en het gebruik van hulpmiddelen voor het uitleggen van de voor- en nadelen van behandelingen, zoals tekeningen, plaatjes van internet en keuzehulp.info. Daarnaast zijn informatiefolders op afdelingen aanwezig, zodat een patiënt informatie kan nalezen over mogelijke behandelingen. Op sommige afdelingen zijn video's beschikbaar voor meer informatie.

De zorgprofessionals zijn het erover eens dat de laatste jaren steeds meer aandacht is gekomen voor gezamenlijke besluitvorming. *‘Gezamenlijke besluitvorming zie je sinds de laatste jaren steeds meer. Als ik twintig jaar terugkijk vond ik eigenlijk dat het een beetje werd opgelegd, er is een duidelijk verschil met tegenwoordig.’* De geïnterviewde zorgprofessionals hebben aangegeven dat zij vinden dat de jongere generatie zorgprofessionals beter wordt opgeleid voor het krijgen van meer invloed van de patiënt bij het beslissingsproces. Daarnaast hebben de zorgprofessionals benoemd dat zij het gevoel krijgen dat de jongere generatie patiënten mondiger is en het internet raadpleegt voor meer informatie, waardoor hun inbreng groter is bij gezamenlijke besluitvorming. Het kan voorkomen dat er een meningsverschil is tussen zorgprofessional en patiënt over de meest geschikte behandeloptie. Sommige zorgprofessionals motiveren een bepaalde behandeling uitgebreider, zodat op die manier de patiënt wordt overtuigd om te kiezen voor de door hun voorgestelde behandeling. Er wordt dan benadrukt dat niet optimaal wordt behandeld bij de keuze van een bepaalde behandeling. Niet alle zorgprofessionals vinden gezamenlijke besluitvorming een toevoeging voor het ziekenhuis. *‘Er is een heel concept van gezamenlijke besluitvorming, maar het is een feit dat de patiënt een informatieachterstand heeft, ten opzichte van de zorgprofessional. We komen wel samen tot een beslissing, die voor een groot deel natuurlijk door mij beïnvloedt is, omdat mijn kennisvoorsprong groot is.’*

Op de afdelingen waar zorgprofessionals zijn geïnterviewd zijn geen protocollen aanwezig over de wijze waarop het proces van gezamenlijke besluitvorming moet worden uitgevoerd. Dit proces wordt naar eigen idee gedaan. Voor het grootste deel van de zorgprofessionals is het onduidelijk wanneer wordt voldaan aan voldoende gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast is het onbekend voor collega's onderling op welke manier zij het individueel aanpakken; het is per zorgprofessional voor zich. *‘Waar je nou allemaal aan moet voldoen voor gezamenlijke besluitvorming, dat is eigenlijk niet duidelijk. We zouden daar meer tools voor willen hebben.’* Tijdens de interviews hebben zorgprofessionals aangegeven dat zij het een goed idee vinden om de hoeveelheid invloed van de patiënt bij de besluitvorming mee te nemen in het patiëntendossier.

Elke geïnterviewde zorgprofessional heeft een cijfer gegeven tussen één en tien voor hoeveel invloed zij vinden dat een patiënt heeft bij de besluitvorming op de afdeling. Het gemiddelde van dit cijfer is een 6,8. De meeste zorgprofessionals zijn het erover eens dat de gezamenlijke besluitvorming voldoende is, maar er kan meer aandacht aan worden besteed.

4.3 Deelvraag herkenning laaggeletterdheid

Bij dit deelhoofdstuk worden resultaten gegeven voor de deelvraag *‘Hoe kan laaggeletterdheid worden herkend bij een patiënt in het poliklinische proces?’*. Voor deze deelvraag zijn de resultaten gebruikt van de interviews met de zorgprofessionals uit het MST en de externe experts. Eerst worden de resultaten van de zorgprofessionals weergegeven, vervolgens die van de experts.

4.3.1 Resultaten zorgprofessionals

Het merendeel van de geïnterviewde zorgprofessionals heeft wel eens eerder gehoord van laaggeletterdheid, maar zij weten niet precies wat het inhoudt en zijn onbekend met de omvang van het verschijnsel. Bij de afdelingen vaatchirurgie en longgeneeskunde hebben de meeste zorgprofessionals ervan gehoord en er wordt soms onderling over gesproken. Bij de afdeling cardiologie zijn de meeste zorgprofessionals nog onbekend met laaggeletterdheid. Sommige

van hen denken dat laaggeletterde patiënten overeenkomen met mensen met een migratieachtergrond. *‘Laaggeletterden komen wel een beetje overeen met mensen die de Nederlandse taal niet zo goed kennen.’*

De zorgprofessionals die hebben gehoord van laaggeletterdheid vinden het lastig om een laaggeletterde patiënt te kunnen herkennen, dit gebeurt bijna nooit. *‘Ik denk dat laaggeletterdheid een probleem is dat voor ons vrij onzichtbaar is in de praktijk.’* De zorgprofessionals krijgen het gevoel dat patiënten hun laaggeletterdheid willen verstoppen. Patiënten vertellen niet snel over hun probleem met lezen en schrijven, waardoor het voor de zorgprofessionals moeilijk is om laaggeletterde patiënten te herkennen. Een deel van de zorgprofessionals heeft manieren benoemd om laaggeletterde patiënten te kunnen herkennen. Zij zijn extra alert als patiënten: hun medicatie niet op de juiste manier innemen, zelf niks opschrijven tijdens een consult, te vroeg of te laat bij een afspraak zijn of aangeven dat hun man of vrouw alles regelt. Niet alle zorgprofessionals zijn bekend met mogelijke manieren voor herkenning. *‘Ik zou het fijn vinden als er tools zijn voor het aanpakken en herkennen van laaggeletterdheid, zodat je de patiënten beter kan helpen.’*

4.3.2 Resultaten externe experts

Uit de interviews met externe experts is gebleken dat zij een duidelijk beeld hebben op welke manier een laaggeletterde patiënt kan worden herkend. Zij hebben alle drie benadrukt dat het belangrijk is om laaggeletterdheid bij een patiënt te kunnen herkennen, zodat daarna beter kan worden aangesloten bij het niveau van de patiënt. *‘Er is het besef bij ziekenhuizen dat er een probleem speelt. Ze lopen er eigenlijk dagelijks tegenaan, maar tegelijkertijd herkennen heel veel zorgverleners die patiëntengroep nog niet.’*

Volgens de externe experts is het voor een patiënt vaak lastig om aan te geven dat hij of zij moeite heeft met lezen en schrijven. *‘Mensen schamen zich echt heel erg voor hun laaggeletterdheid en dat moet je niet onderschatten. Mensen zullen ook proberen te verbergen dat zij laaggeletterd zijn.’* Volgens hen is de beste manier van herkenning door als zorgprofessional direct te vragen aan de patiënt of hij of zij moeite heeft met het lezen van bijvoorbeeld folders. Er zijn verschillende manieren om dat te vragen, waarbij laaggeletterdheid moet worden genormaliseerd. Een mogelijke vraag: *‘Heel veel mensen hebben moeite met het invullen van formulieren, hoe is dat voor u?’*

Er zijn een aantal herkenningspunten, waardoor een zorgprofessional extra alert kan zijn op mogelijke laaggeletterdheid bij de patiënt. Tijdens de interviews gaven de externe experts aan dat een zorgprofessional oplettend moet zijn als de patiënt: een praktische opleiding heeft gedaan, een praktisch beroep uitvoert, medicatie verkeerd gebruikt, onvoldoende voorbereid is voor een onderzoek, veel te vroeg of te laat is voor een afspraak, slecht begrijpt wat wordt verteld, nooit papieren bij zich heeft of altijd dezelfde vragen stelt. Volgens de experts is het herkennen van een laaggeletterde patiënt een subjectieve manier van herkenning, waardoor het lastiger kan zijn om erachter te komen of iemand laaggeletterd is.

4.4 Deelvraag invloed laaggeletterdheid op gezamenlijke besluitvorming

Bij dit deelhoofdstuk worden resultaten gegeven voor de deelvraag *‘Op welke manier wordt het proces van gezamenlijke besluitvorming bij patiënten in het MST beïnvloed door laaggeletterdheid?’*. Voor deze deelvraag zijn de resultaten gebruikt van de interviews met de

zorgprofessionals uit het MST en de externe experts. De resultaten worden gezamenlijk gepresenteerd, omdat deze van beide groepen gelijk zijn.

Alle geïnterviewden gaven aan dat laaggeletterdheid een negatieve invloed heeft op de gezamenlijke besluitvorming. De laaggeletterde patiënten weten minder goed hoe zij een keuze kunnen maken voor een bepaalde behandeling. *‘Ik denk dat er bij laaggeletterde patiënten nauwelijks sprake is van gezamenlijke besluitvorming. Het is al een wonder als de patiënt überhaupt de arts begrijpt.’* Het kan voor deze patiënten lastig zijn om informatie tijdens een consult te volgen. *‘Doordat mensen laaggeletterd zijn is het soms wel lastig om informatie aan ze uit te leggen. Ik heb vaak het gevoel dat ze geen idee hebben wat het eigenlijk inhoudt, ook al probeer je het hen heel basaal uit te leggen.’* Daarnaast is het voor laaggeletterde patiënten lastig om folders en websites te lezen, waardoor zij niet de informatie kunnen nalezen en dus niet optimaal geïnformeerd zijn. *‘Dan mis je al een heel stuk van de informatie, waardoor je minder goed geïnformeerd bent. De besluitvorming, die je gezamenlijk doet, wordt dan een stuk lastiger.’* *‘Je mist de kracht van herhaling, als je nieuwe informatie tot je moet nemen en je het niet kunt nalezen.’* Door de laaggeletterdheid kan een vertraging komen in het zorgproces. De laaggeletterdheid van een patiënt kan ook resulteren in agressie: *‘Agressie komt hier nog wel eens voor, patiënten die door onbegrip het ergens niet mee eens zijn en dan agressief worden.’*

Zorgprofessionals krijgen het gevoel dat laaggeletterde patiënten soms lastig de consequenties van een bepaalde keuze kunnen overzien. De communicatie tussen zorgprofessional en patiënt kan moeizamer verlopen door laaggeletterdheid. De zorgprofessionals geven aan dat zij op dat moment sneller geneigd zijn om het voortouw te nemen bij de besluitvorming, waardoor de laaggeletterde patiënten een minimale invloed hebben. *‘Laaggeletterde patiënten zijn vaker geneigd om te zeggen: dokter, zegt u het maar. Omdat ze de informatie niet helemaal begrijpen. Hoe gezamenlijk de besluitvorming dan is, dat is dan wel een beetje twijfelachtig.’* Sommige zorgprofessionals krijgen het gevoel dat een laaggeletterde patiënt in verwarring kan worden gebracht door te veel informatie. *‘Als ik bepaalde behandelingen nog uitvoeriger ga uitleggen, dan maak ik iemand, doordat ik er dan nog meer nadruk op leg, alleen maar angstiger voor iets.’*

4.5 Deelvraag rekening houden laaggeletterdheid

Bij dit deelhoofdstuk worden resultaten gegeven voor de deelvraag *‘Hoe kan rekening worden gehouden met laaggeletterde patiënten bij het proces van gezamenlijke besluitvorming?’*. Voor deze deelvraag zijn de resultaten gebruikt van de interviews met de zorgprofessionals uit het MST en de externe experts. Eerst worden de resultaten van de zorgprofessionals weergegeven, vervolgens die van de externe experts.

4.5.1 Resultaten zorgprofessionals

Tijdens de interviews met de zorgprofessionals is gebleken dat het merendeel het erover eens is dat er nog onvoldoende gezamenlijke besluitvorming is op de afdeling. De zorgprofessionals hebben aangegeven dat er eerst voldoende gezamenlijke besluitvorming moet zijn, om rekening te kunnen houden met laaggeletterde patiënten. Momenteel is er geen manier voor het vastleggen van de hoeveelheid invloed die de patiënt heeft bij de besluitvorming.

Zorgprofessionals gaven aan dat zij meer rekening kunnen houden met een laaggeletterde patiënt, als zij laaggeletterdheid bij die persoon kunnen herkennen. *‘Het kunnen herkennen van laaggeletterde patiënten maakt het geven van informatie eenvoudiger.’* Informatie kan dan op

een andere manier worden gegeven. *‘Je moet het soort informatie dat je geeft aanpassen aan wat voor patiënt er tegenover je zit.’* Er kan meer structuur worden geboden. *‘Patiënten hebben een andere aanpak nodig in hun zorg.’* De geïnterviewde zorgprofessionals denken dat laaggeletterde patiënten informatie beter begrijpen als zij: gedoseerd informatie geven, eenvoudige woorden gebruiken, de tijd nemen voor de patiënt, de informatie laten herhalen door de patiënt of iemand laten meenemen tijdens het consult. De zorgprofessionals hebben aangegeven dat zij bij sommige patiënten meer tekeningen maken, omdat zij denken dat die patiënten beelden beter kunnen onthouden. Daarnaast zijn video’s beschikbaar voor patiënten.

De zorgprofessionals denken dat de schaamte van de patiënt er een beetje afgaat, door het bespreekbaar maken van laaggeletterdheid. Zorgprofessionals krijgen het gevoel dat laaggeletterde patiënten vaak banger, onzekerder en angstiger zijn, omdat ze minder goed begrijpen wat er op hen afkomt. Uit de interviews zijn een aantal vragen gekomen vanuit de zorgprofessionals. *‘Hoe kunnen we laaggeletterde patiënten als beste structuur bieden? Hoe kunnen we die mensen het beste benaderen?’* Daarnaast vragen zij zich af hoe je geen overmaat aan informatie aan de patiënt geeft en of er mensen zijn die laaggeletterde patiënten kunnen bijstaan.

Een aantal zorgprofessionals heeft aangegeven dat de kwaliteit van leven van een laaggeletterde patiënt omhoog kan gaan, als zij meer invloed hebben bij gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast denken zij dat het kan schelen in de zorgkosten. De zorgprofessionals willen elke patiënt optimaal behandelen, dus dan moeten alle patiënten ook evenveel invloed hebben bij de gezamenlijke besluitvorming. *‘Ik denk dat we het samen beslissen wel goed doen met patiënten, maar het kan natuurlijk altijd beter. Laaggeletterde patiënten moeten net zo veel betrokken bij gezamenlijke besluitvorming worden als iedere andere patiënt.’* De zorgprofessionals zijn het erover eens dat er iets moet komen in het MST voor laaggeletterde patiënten, er moet iets structureel veranderen.

4.5.2 Resultaten externe experts

Uit de interviews met de externe experts is gebleken dat zij ideeën hebben voor het krijgen van meer invloed voor laaggeletterde patiënten bij gezamenlijke besluitvorming. Zij denken dat het samen beslissen niet altijd op de juiste manier verloopt. *‘Artsen stellen onvoldoende vragen naar voorkeuren van de patiënt, zij sturen te veel in de richting van de behandeling die zij denken dat de patiënt zelf nodig heeft.’*

De externe experts hebben aangegeven dat het belangrijk is dat de zorgprofessionals zich er bewust van zijn dat laaggeletterdheid een probleem is. Daarnaast moeten zorgprofessionals weten wanneer zij een laaggeletterde patiënt voor zich hebben. De experts hebben benoemd dat een patiënt het zelf vaak lastig vindt om aan te geven dat hij of zij moeite heeft met lezen. Als de zorgprofessional een laaggeletterde patiënt kan herkennen, dan kan een patiënt beter geholpen worden. De externe experts hebben aangegeven dat de gespreksvoering op een andere manier moet. *‘De basis is eigenlijk gewoon: hoe communiceer ik met een patiënt.’* De experts hebben een aantal manieren benoemd, waardoor een laaggeletterde patiënt de informatie beter kan begrijpen; het gebruik van eenvoudige woorden, korte zinnen, tekeningen en plaatjes. Daarnaast moet gedoseerd informatie worden gegeven. Tussendoor is het nuttig als de zorgprofessional informatie samenvat, ook kan een patiënt iemand meenemen naar het consult voor beter begrip van de informatie. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgprofessional zeker weet dat de patiënt de informatie heeft begrepen. *‘Gezamenlijke besluitvorming kan alleen als*

de patiënt begrijpt wat de arts zegt.’ Daarbij kan de terugvraagmethode nuttig zijn: ‘Kunt u nog eens terug vertellen, wat ik net heb gezegd?’

De externe experts hebben nog meer ideeën voor de manier waarop rekening kan worden gehouden met laaggeletterde patiënten bij gezamenlijke besluitvorming. *‘Laat die patiënt eerst eens twee minuten vertellen. Dat geeft je zo veel informatie over wat die persoon al weet, welke woorden die gebruikt, op welke manier die de informatie zegt.’* Een zorgprofessional moet tijd geven aan de patiënt om ergens over na te denken.

De externe experts geven aan dat meer rekening kan worden gehouden met laaggeletterde patiënten, als laaggeletterdheid structureel wordt aangepakt in het ziekenhuis. Het is handig om kleiner te beginnen, bijvoorbeeld bij één of twee afdelingen. De zorgprofessionals moeten daar bewust worden van laaggeletterdheid, dat is de eerste stap tot meer invloed van laaggeletterde patiënten bij gezamenlijke besluitvorming. Als een zorgprofessional een laaggeletterde patiënt heeft herkend, dan kan een zorgprofessional deze patiënt doorsturen naar een taalpunt. Uit alle drie de interviews is gebleken dat de experts hetzelfde knelpunt hebben wat betreft laaggeletterdheid: het is geen medisch onderwerp, waardoor niet alle zorgprofessionals er tijd aan willen besteden.

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek en worden de resultaten verklaard en verduidelijkt. Daarnaast worden verwachtingen, beperkingen, validiteit en kwaliteit van het onderzoek benoemd, worden aanbevelingen voor het MST gedaan en wordt een conclusie van het onderzoek gegeven.

5.1 Antwoord op de hoofdvraag

In dit deelhoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek door de meest relevante resultaten van het vorige hoofdstuk samen te vatten. De hoofdvraag: *‘Op welke manier kan het proces van gezamenlijke besluitvorming worden ingericht voor laaggeletterde patiënten in het MST?’*

Het proces van gezamenlijke besluitvorming is momenteel op een geschikte manier ingericht in het MST. Uit de resultaten is gebleken dat zorgprofessionals weten hoe zij de patiënten moeten betrekken bij de besluitvorming, maar voor laaggeletterde patiënten moet het proces stap voor stap worden doorlopen. Op die manier krijgt de patiënt de tijd om alle informatie tot zich te nemen. Daarnaast zijn een aantal handelingen nodig, zodat de laaggeletterde patiënten invloed kunnen hebben bij het proces.

Allereerst moet bewustwording komen van laaggeletterdheid bij zorgprofessionals. Vervolgens moet aandacht worden besteed aan de manier van herkenning van laaggeletterde patiënten. Uit de resultaten is gebleken dat die herkenning mogelijk is door direct aan de patiënt te vragen of hij of zij moeite heeft met lezen. Bij herkenning kan het niveau van de informatievoorziening worden aangepast op het niveau van laaggeletterde patiënten. Door het gepaste niveau kunnen de patiënten de verstrekte informatie beter bevatten, waardoor zij verschillende behandelingen kunnen begrijpen en een voorkeur kunnen vormen voor een behandeling. Samen met de zorgprofessional kan een beslissing worden gemaakt voor het behandelproces en op die manier wordt de besluitvorming gezamenlijk.

5.2 Verklaring resultaten

In dit deelhoofdstuk worden de resultaten verklaard aan de hand van de vier deelvragen, waarbij de resultaten worden verduidelijkt. Daarnaast wordt een connectie gemaakt tussen de resultaten en de literatuur uit het theoretisch kader.

5.2.1 Deelvraag inrichting gezamenlijke besluitvorming

In de literatuur³³ zijn een aantal elementen beschreven die het proces van gezamenlijke besluitvorming mogelijk maken. Er moeten in ieder geval drie elementen worden besproken: de behandelmogelijkheden, de voor- en nadelen daarvan en de patiëntvoorkeur. Tijdens de interviews werden deze onderdelen door de zorgprofessionals uit zichzelf benoemd, dus de zorgprofessionals weten hoe de gezamenlijke besluitvorming in theorie moet worden uitgevoerd. Echter, uit de interviews blijkt dat de praktijk soms afwijkt van de theorie. Zorgprofessionals vragen niet altijd goed naar de voorkeur van de patiënt, waardoor de patiënt een minimale invloed heeft bij de besluitvorming. De zorgprofessionals hebben tijdens de interviews een aantal manieren benoemd om patiënten meer te betrekken bij de besluitvorming.

Op de afdelingen waar zorgprofessionals zijn geïnterviewd zijn geen protocollen aanwezig over de manier waarop het proces van gezamenlijke besluitvorming moet worden uitgevoerd. De zorgprofessionals hebben aangegeven dat zij de hoeveelheid invloed van de patiënt bij de

besluitvorming willen kunnen vastleggen. In de literatuur^{36,40} zijn een aantal manieren beschreven voor het meten van de hoeveelheid invloed, zoals de Option 5-methode en IPDAS. Deze manieren zijn redelijk ingewikkeld en kosten handelingen en tijd. Naar verwachting zal het ziekenhuis deze niet gaan uitvoeren. Een eenvoudigere manier kan nuttiger zijn, zoals het includeren van een afvinklijst in het patiëntendossier met de drie belangrijke elementen van gezamenlijke besluitvorming. Door de afvinklijst blijft de zorgprofessional actief bezig met het betrekken van de patiënt bij de gezamenlijke besluitvorming.

Uit de resultaten is gebleken dat de zorgprofessionals hebben gemerkt dat er de afgelopen jaren meer aandacht is gekomen voor het proces van gezamenlijke besluitvorming. Uit de literatuur³⁰ is ook gebleken dat daar de laatste jaren meer belangstelling voor is. De zorgprofessionals hebben aangegeven dat de jongere generatie zorgverleners meer is opgeleid voor het betrekken van de patiënt bij de besluitvorming, bijvoorbeeld door meer naar de patiëntvoorkeur te vragen, waardoor patiënten meer invloed krijgen bij het beslissingsproces.

Uit de resultaten is gebleken dat de meeste zorgprofessionals de gezamenlijke besluitvorming een toevoeging vinden voor het ziekenhuis, aangezien het grootste deel van de geïnterviewden het belangrijk vindt dat het voor een patiënt duidelijk is welke keuze hij of zij maakt. Echter, niet alle zorgprofessionals zijn het daar mee eens. Uit de interviews met externe experts is gebleken dat deze laatste zorgprofessionals van mening kunnen veranderen, door de positieve punten van gezamenlijke besluitvorming te laten zien. Tijdens de interviews hebben de zorgprofessionals aangegeven dat de kwaliteit van leven omhoog kan gaan, als patiënten meer invloed hebben bij de besluitvorming. Deze resultaten komen overeen met eerdere resultaten uit de literatuur⁴⁴⁻⁴⁶. Hierin wordt beschreven dat door meer invloed van patiënten bij het beslissingsproces, de relatie tussen zorgprofessional en patiënt kan worden versterkt. Zorgprofessionals hebben aangegeven dat gezamenlijke besluitvorming een vermindering in zorgkosten kan veroorzaken in het ziekenhuis. Deze resultaten komen overeen met data verkregen uit de literatuur¹¹. Hierin wordt beschreven dat een patiënt beter kan omgaan met de medische behandeling en leefstijladviezen, als hij of zij invloed heeft in het beslissingsproces. Uit de literatuur⁴³ is gebleken dat gezamenlijke besluitvorming een positieve invloed heeft op de gezondheid van de patiënt. Tijdens de interviews hebben zorgprofessionals dit bevestigd. Daarnaast hebben zij aangegeven dat er meer positieve punten aan gezamenlijke besluitvorming zijn, zoals meer therapietrouwheid en betere zelfzorg. Deze onderdelen zijn ook teruggekomen in de literatuur⁴⁶.

Concluderend, het proces van gezamenlijke besluitvorming is op een geschikte manier ingericht in het MST. De zorgprofessionals weten hoe zij de patiënten moeten betrekken bij de besluitvorming, maar in de praktijk gebeurt dit niet altijd. De drie belangrijkste elementen zouden in ieder geval moeten worden besproken: de behandelmogelijkheden, de voor- en nadelen daarvan en patiëntvoorkeur. Door informatievoorziening is er meer informatie beschikbaar voor de patiënt. Uit de resultaten is gebleken dat de zorgprofessionals de gezamenlijke besluitvorming een toevoeging vinden voor het ziekenhuis. Er kan nog wel meer aandacht aan worden besteed. Er is nog een ander verbeterpunt: de hoeveelheid invloed van de patiënt bij de besluitvorming moet ergens worden vastgelegd. Dit kan worden gedaan door een afvinklijst te includeren in het patiëntendossier met de drie belangrijkste elementen van gezamenlijke besluitvorming.

5.2.2 Deelvraag herkenning laaggeletterdheid

Uit de resultaten is gebleken dat zorgprofessionals moeite hebben met het herkennen van laaggeletterde patiënten. Uit de interviews is gebleken dat het MST nog geen aandacht aan laaggeletterdheid heeft besteed. Sommige zorgprofessionals hebben aangegeven dat zij nog niet eerder van de omvang van laaggeletterdheid hadden gehoord, wat aangeeft dat er belang is om meer aandacht aan laaggeletterdheid te besteden. Tijdens de interviews met de zorgprofessionals van de vaatchirurgie hebben zij aangegeven dat er meer laaggeletterde patiënten voorkomen op hun afdeling, vergeleken met andere afdelingen. Zij denken dat dit komt doordat bij de vaatchirurgie meer patiënten zijn die een ongezonde leefstijl hebben en als gevolg daarvan problemen krijgen met hun gezondheid. Uit de interviews met de externe experts is gebleken dat laaggeletterde patiënten het lastig vinden om aan te geven dat zij moeite hebben met lezen en schrijven. Het wordt voor de patiënt eenvoudiger om aan te geven als direct wordt gevraagd of hij of zij moeite heeft met lezen. De externe experts hebben aangegeven dat het nuttig kan zijn om laaggeletterdheid te normaliseren, zodat een laaggeletterde patiënt zich niet afwijkend voelt van andere patiënten. Op die manier is het voor een patiënt eenvoudiger om aan te geven dat hij of zij een probleem heeft met lezen.

Uit de resultaten is gebleken dat het herkennen van een laaggeletterde patiënt een subjectieve manier van herkenning is. De externe experts hebben aangegeven dat het lastiger kan zijn om een patiënt te herkennen, omdat de herkenning afhangt van de interpretatie van de zorgprofessional. In de literatuur^{27,28} zijn een aantal objectieve manieren voor de herkenning van laaggeletterdheid beschreven, zoals PIAAC en REALM. Deze manieren kosten relatief veel tijd, waardoor het naar verwachting in een ziekenhuis niet eenvoudig is om deze toe te passen.

Tijdens de interviews hebben zorgprofessionals en externe experts een aantal momenten benoemd, waarbij de zorgprofessional extra alert moet zijn op mogelijke laaggeletterdheid bij de patiënt. Als opvalt dat de patiënt medicatie niet goed gebruikt dan moet de zorgprofessional oplettender zijn, het is mogelijk dat de patiënt de bijsluiter niet kan lezen. Als de patiënt een praktische opleiding of praktisch beroep heeft is er ook de mogelijkheid op laaggeletterdheid. De patiënt heeft dan dagelijks minder te maken hebben met het lezen van stukken tekst en de externe experts hebben aangegeven dat lezen iets is dat moet worden bijgehouden, anders kan het wegzakken en kan iemand laaggeletterd worden, zo blijkt ook uit de literatuur⁶. Als een patiënt onvoldoende is voorbereid voor een onderzoek, kan dat er voor zorgen dat een onderzoek niet doorgaat. Een voorbeeld is als een patiënt het nuchter-beleid niet voldoende begrijpt, waardoor een operatie niet kan worden uitgevoerd. Een patiënt kan denken dat hij of zij geen alcohol mag drinken, in plaats van dat hij of zij niks mag eten of drinken. Ook kunnen laaggeletterde patiënten moeite hebben met het bijhouden van hun agenda, waardoor zij veel te vroeg of te laat bij een afspraak kunnen zijn.

Concluderend, zorgprofessionals uit het MST hebben moeite met het herkennen van laaggeletterde patiënten. Een zorgprofessional kan een laaggeletterde patiënt herkennen door een directe vraag te stellen over of hij of zij moeite heeft met lezen, waarbij laaggeletterdheid moet worden genormaliseerd. Het is dan voor de patiënt eenvoudiger om aan te geven dat hij of zij laaggeletterd is. De externe experts hebben een aantal manieren benoemd, waarbij de zorgprofessional extra alert moet zijn op mogelijke laaggeletterdheid bij de patiënt. Voorbeelden zijn als de patiënt de medicatie verkeerd gebruikt of onvorbereid naar een onderzoek komt.

5.2.3 Deelvraag invloed laaggeletterdheid op gezamenlijke besluitvorming

Uit de resultaten is gebleken dat laaggeletterde patiënten niet altijd weten hoe zij een keuze kunnen maken voor een bepaalde behandeling, omdat zij niet alle verstrekte informatie kunnen begrijpen. Door informatievoorziening, zoals folders en keuzehulp.info, is er meer informatie beschikbaar voor de patiënt. Uit de literatuur¹ is gebleken dat het voor laaggeletterde patiënten lastig kan zijn om hier informatie vandaan te halen, aangezien de informatie op een redelijk hoog niveau is geschreven. Uit de resultaten is gebleken dat op sommige afdelingen video's beschikbaar zijn voor extra uitleg over behandelmogelijkheden, maar voor laaggeletterde patiënten kan het lastig zijn om toegang te krijgen tot deze video's. Dit komt doordat een deel van deze patiënten slechte digitale vaardigheden hebben, zo is uit de literatuur¹ gebleken.

De geïnterviewden hebben aangegeven dat laaggeletterde patiënten het lastig vinden om de consequenties van een bepaalde keuze te overzien. Een oorzaak daarvoor is dat laaggeletterde patiënten minder goed de verstrekte informatie begrijpen, waardoor zij slechter zijn geïnformeerd voor het kiezen van een behandeling. Hierdoor hebben zij een grote kans op minder invloed bij gezamenlijke besluitvorming.

Uit de resultaten is gebleken dat zorgprofessionals soms een vertraging ervaren in het zorgproces met een laaggeletterde patiënt. De zorgprofessionals hebben aangegeven dat het geregeld voorkomt dat informatie vaker moet worden uitgelegd, omdat patiënten dit niet direct goed begrijpen. Daarnaast hebben zij aangegeven dat er een kans is dat een patiënt nog een extra keer moet terugkomen, omdat niet alle informatie is begrepen. Een mogelijke behandeling kan dan pas later worden gestart.

Concluderend, laaggeletterdheid beïnvloedt de gezamenlijke besluitvorming op een negatieve manier. Laaggeletterde patiënten kunnen niet alle verstrekte informatie begrijpen, waardoor zij niet altijd de consequenties van een keuze kunnen overzien. Daarnaast kan laaggeletterdheid een vertraging in het zorgproces veroorzaken.

5.2.4 Deelvraag rekening houden laaggeletterdheid

De zorgprofessionals kunnen rekening houden met laaggeletterdheid door de laaggeletterde patiënten te herkennen. Tijdens de interviews hebben zorgprofessionals aangegeven dat zij dan wel moeten weten wat voor vragen zij kunnen stellen aan de patiënt. De externe experts hebben aangegeven dat het belangrijk is om bij het eerste consult al duidelijk te hebben of een patiënt laaggeletterd is. Dan kan daar vanaf het begin rekening mee worden gehouden en kan het niveau van de informatie worden aangepast.

De zorgprofessionals moeten weten dat een patiënt de informatie tijdens een consult heeft begrepen, die controle kan met behulp van de terugvraagmethode. Uit de interviews met de externe experts is gebleken dat een zorgprofessional tekeningen en plaatjes kan gebruiken, zodat een laaggeletterde patiënt de informatie beter kan begrijpen. Bij die manier van informatie geven is er weinig tekst, zodat een patiënt zo min mogelijk hoeft te lezen. Uit de interviews met de externe experts is gebleken dat het nuttig is als de zorgprofessional de tijd geeft aan de patiënt om na te denken over wat er tijdens het consult wordt verteld. De externe experts hebben aangegeven dat op die manier de patiënt de informatie beter kan verwerken en eventueel gerichte vragen kan stellen. Vervolgens is het voor een patiënt eenvoudiger om zijn of haar voorkeur te vormen; dat is één van de drie belangrijke elementen voor gezamenlijke besluitvorming uit de literatuur³³.

Er zijn nu een aantal manieren genoemd, zodat zorgprofessionals rekening kunnen houden met laaggeletterde patiënten. De organisatie van het MST kan hier ook aan bijdragen. Uit de resultaten is gebleken dat het nuttig is te beginnen met het aanpakken van laaggeletterdheid op een kleinere schaal, bijvoorbeeld op één of twee afdelingen. De externe experts hebben aangegeven dat het zo eenvoudiger is om kleine aanpassingen te doen bij het uitvoeren van het beleid. Daarnaast wordt het sneller opgemerkt als er iets mis gaat door het beleid. Uit de literatuur⁶ is gebleken dat laaggeletterde patiënten vaak een slechtere gezondheid hebben. Zij kunnen minder goed in staat zijn om voldoende voor zichzelf te zorgen. Tijdens interviews hebben zorgprofessionals aangegeven dat laaggeletterdheid meer voorkomt op afdelingen waar ziektes zijn die kunnen ontstaan uit een ongezonde leefstijl, zoals bij de vaatchirurgie. Uit de interviews is gebleken dat de zorgprofessionals van de vaatchirurgie dagelijks problemen ervaren met laaggeletterdheid. Daarnaast is gebleken dat het wenselijk is om meer structuur te bieden in het leven en de zelfzorg van laaggeletterde patiënten. De zorgprofessionals hebben aangegeven dat het inschakelen van thuiszorg een mogelijkheid is, waarbij de patiënten thuis kunnen worden ondersteund bij bijvoorbeeld het uitzetten van medicatie.

De externe experts hebben aangegeven dat een knelpunt van laaggeletterdheid is dat het geen medisch onderwerp omvat, daardoor wil een deel van de zorgprofessionals er minder aandacht aan besteden. Dit kan volgens de externe experts worden opgelost door aan deze zorgprofessionals duidelijk te maken dat de zorgkosten kunnen worden verminderd door de aanpak van laaggeletterdheid.

Een ander benoemd aspect dat de externe experts als nuttig beschouwen is het inschakelen van organisaties bij de aanpak van laaggeletterdheid. De experts hebben aangegeven dat een laaggeletterde patiënt kan worden geholpen door hem of haar door te sturen naar een taalpunt, bijvoorbeeld het Taalpunt Enschede bij de bibliotheek in Enschede. Hier kan een patiënt beter leren lezen, waardoor hij of zij verstrekte informatie van de zorgprofessional beter kan begrijpen en zo meer invloed kan krijgen bij de besluitvorming. De externe experts hebben aangegeven dat het contact tussen een zorgverlener en een taalpunt meestal beperkt is, waardoor het voor de zorgprofessional lastig kan zijn om de patiënt door te sturen. Als dit eenvoudiger wordt voor een zorgverlener, dan zal dit vaker gebeuren en kan een patiënt bij een taalpunt worden geholpen met beter leren lezen. Er is persoonlijk contact geweest met Taalpunt Enschede, waaruit is gebleken dat het taalpunt openstaat voor een samenwerking met het MST. Een voorbeeld van een handeling die medewerkers van het taalpunt kunnen doen is het eenvoudig maken van folders en flyers. Naast het taalpunt zijn er twee andere organisaties die kunnen worden ingeschakeld bij de aanpak van laaggeletterdheid. Uit de literatuur^{53,54} is al gebleken dat Stichting Lezen & Schrijven en Pharos kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor laaggeletterde patiënten. Uit de literatuur^{53,54} en uit de interviews met externe experts is gebleken dat zij dit kunnen doen door voorlichtingsmateriaal en trainingen toegankelijk te maken voor zorgprofessionals bij het herkennen en omgaan met laaggeletterdheid.

Concluderend, zorgprofessionals kunnen rekening houden met laaggeletterde patiënten door bij het eerste consult de patiënt te herkennen op laaggeletterdheid. Het niveau van de te verstrekken informatie kan dan worden aangepast. Zorgprofessionals moeten weten of de patiënt de informatie tijdens een consult heeft begrepen, dat is mogelijk met de terugvraagmethode. Organisaties kunnen worden ingeschakeld voor de aanpak van laaggeletterdheid. Bij Taalpunt Enschede kan een laaggeletterde patiënt worden geholpen om beter te leren lezen. Als

laaggeletterde patiënten de verstrekte informatie kunnen begrijpen, dan kunnen zij invloed hebben bij de besluitvorming. Stichting Lezen & Schrijven en Pharos kunnen voorlichtingsmateriaal en trainingen toegankelijk maken voor zorgprofessionals bij het herkennen en omgaan met laaggeletterdheid.

5.3 Validiteit en betrouwbaarheid

In dit deelhoofdstuk wordt de kwaliteit van dit onderzoek beschreven. Dat wordt gedaan door te kijken naar de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

5.3.1 Validiteit

De validiteit is de mate waarin de onderzoeksmethode meet wat die zou moeten meten. Interviewschema's zijn van tevoren gemaakt en die zijn tijdens de interviews niet meer veranderd. Daarnaast zijn de situaties van de afnames gelijk; alle interviews zijn online afgenomen. De opzet van de interviews was individueel, dit bleek een geschikte opzet te zijn. Door de individuele interviews kregen de geïnterviewden de tijd om na te denken over hun antwoorden en konden zij niet worden beïnvloed door de mening van anderen. Er zijn geen suggestieve vragen gesteld, waardoor de geïnterviewden niet door de interviewer zijn beïnvloed. Een laatste aspect voor de hoge interne validiteit is dat de deelname van de geïnterviewden aan het onderzoek gepseudonimiseerd was; de namen van de geïnterviewden zijn niet gekoppeld aan de interviews. Op die manier hoefden de respondenten geen sociaal wenselijke antwoorden te geven. Dit alles zorgt ervoor dat de interne validiteit van het onderzoek wordt verhoogd.

Voor de externe validiteit is het relevant om te weten of de resultaten te generaliseren zijn naar andere situaties of personen. In dit onderzoek is gekeken naar mogelijkheden voor laaggeletterde patiënten binnen het MST. Als dit onderzoek wordt uitgevoerd bij een ziekenhuis die een vergelijkbare voorkennis aan laaggeletterdheid heeft, dan zullen de resultaten vergelijkbaar zijn. Dit betekent dat de externe validiteit redelijk hoog is. Als dit onderzoek wordt uitgevoerd bij een ziekenhuis waar al aandacht wordt besteed aan de zorg van laaggeletterde patiënten, dan zullen de resultaten verschillend zijn met de resultaten van dit onderzoek. Dit komt doordat mogelijke manieren van herkenning dan al bekend zijn bij de zorgprofessional.

5.3.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid is de nauwkeurigheid en precisie van het onderzoek. De interne betrouwbaarheid van dit onderzoek is hoog. Het aantal interviews was van een goed niveau; er is pas gestopt met interviews afnemen op het moment dat geen nieuwe informatie werd verkregen. In totaal zijn elf interviews afgenomen en voor kwalitatief onderzoek is dat redelijk hoog. Door het hoge aantal interviews wordt de betrouwbaarheid verhoogd. Daarnaast is de diversiteit van geïnterviewden gevarieerd. Zorgprofessionals van verschillende afdelingen en beroepen zijn geïnterviewd, daarnaast zijn het geslacht en de leeftijd verdeeld. Door die diversiteit is een beeld verkregen over gezamenlijke besluitvorming en laaggeletterdheid.

Bij de externe betrouwbaarheid is herhaalbaarheid belangrijk, dit onderzoek voldoet daar aan. Als het hele onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd binnen het MST, dan zullen ongeveer dezelfde resultaten worden gekregen, aangezien de uitgevoerde handelingen nauwkeurig zijn beschreven. Het ligt er wel aan bij welke afdelingen de interviews worden uitgevoerd, aangezien de resultaten afhankelijk zijn van de voorkennis van de zorgprofessionals over

laaggeletterdheid. Als het onderzoek in een ander ziekenhuis wordt uitgevoerd, dan zijn de resultaten ook afhankelijk van die voorkennis.

5.4 Aanbevelingen

In dit deelhoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor het MST op basis van de resultaten. Er wordt gekeken wat voor handelingen het MST kan uitvoeren, waardoor het proces van gezamenlijke besluitvorming kan worden ingericht bij laaggeletterde patiënten. De aanbevelingen zijn gegeven op de volgorde waarin deze het beste kunnen worden uitgevoerd.

De eerste aanbeveling is om de herkenning van laaggeletterdheid aan te pakken bij één of twee afdelingen. Herkenning kan volgens de experts op een eenvoudige manier: door direct te vragen of een patiënt moeite heeft met het lezen van bijvoorbeeld folders. Daarbij moet laaggeletterdheid worden genormaliseerd, zodat een laaggeletterde patiënt zich niet afwijkend voelt van andere patiënten. Het is raadzaam om in ieder geval te beginnen bij de afdeling vaatchirurgie.

De tweede aanbeveling is om een flyer te maken met een lijst van gedragingen van een patiënt, waarbij een zorgprofessional extra alert moet zijn op mogelijke laaggeletterdheid. Er komt meer bewustwording voor laaggeletterdheid door de flyers op te hangen in spreekkamers van zorgprofessionals. Een voorbeeld van een flyer is te zien in bijlage F.

De derde aanbeveling is om een samenwerking aan te gaan met Taalpunt Enschede. Laaggeletterde patiënten kunnen worden doorgestuurd voor het verbeteren van de leesvaardigheden bij gemakkelijk contact tussen het MST en het taalpunt. Het kan de taak van de secretaresse op een afdeling worden om de patiënten te informeren over dit taalpunt. Daarnaast kunnen medewerkers van het taalpunt folders en flyers aanpassen naar het niveau van laaggeletterden, zodat het niveau van informatievoorziening passender wordt voor laaggeletterde patiënten.

De vierde aanbeveling is om de drie belangrijkste elementen van gezamenlijke besluitvorming vast te leggen in het patiëntendossier. Deze elementen zijn of alle behandelingen zijn besproken, of de voor- en nadelen zijn doorgenomen en of de patiënt zijn of haar voorkeur heeft kunnen geven. De elementen kunnen in de vorm van een afvinklijst in het dossier worden opgenomen, waardoor de zorgprofessional eraan wordt herinnerd om de patiënt te betrekken bij de besluitvorming.

De vijfde aanbeveling is om zorgprofessionals de terugvraagmethode te laten gebruiken. Dan weet de zorgprofessional zeker dat de patiënt de informatie tijdens een consult heeft begrepen.

De zesde aanbeveling is om contact op te nemen met Stichting Lezen & Schrijven. Samen met deze stichting kan een plan worden gemaakt voor de aanpak van laaggeletterdheid in het MST. Uit de resultaten is gebleken dat zij bijvoorbeeld kunnen helpen met het geven van trainingen en de bewustwording van zorgprofessionals.

De zevende aanbeveling is om contact op te nemen met Pharos. Deze stichting biedt lesmateriaal aan, zoals E-learnings en speciale folders, die voor bewustwording zorgen van laaggeletterdheid. Daarnaast hebben zij een speciale kaart ontwikkeld, om de zorgprofessional te helpen bij het toepassen van de terugvraagmethode. Deze kaart kan op de tafel van een zorgprofessional worden gezet, zodat hij of zij wordt herinnerd aan het gebruiken van de terugvraagmethode. De kaarten zijn gratis te bestellen via de website van Pharos.

De achtste aanbeveling is om contact op te nemen met het Rijnstate ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft al handelingen uitgevoerd om de zorg voor laaggeletterde patiënten te verbeteren. Het MST kan leren van de ervaringen die het Rijnstate heeft opgedaan.

De negende aanbeveling is om de gevolgen van laaggeletterdheid inzichtelijk te maken aan medewerkers van het MST, deze kunnen worden gepresenteerd in de vorm van een folder. Alle zorgprofessionals kunnen dan inzien dat het nodig is om de zorg voor laaggeletterde patiënten te verbeteren. Een onderdeel van de folder kunnen de kosten zijn die het ziekenhuis maakt door laaggeletterdheid. Voorbeelden van cijfers zijn de kosten die worden gemaakt doordat patiënten medicijnen verkeerd gebruiken en niet goed voorbereid zijn voor een onderzoek.

5.5 Verwachtingen, beperkingen en vervolgonderzoek

In dit deelhoofdstuk worden de verwachtingen, beperkingen en mogelijk vervolgonderzoek van dit onderzoek beschreven.

5.5.1 Verwachtingen

Er waren een aantal verwachtingen over het verloop en de uitkomsten van de interviews. Ten eerste, tijdens het literatuuronderzoek zijn een aantal manieren gevonden om een laaggeletterde patiënt te kunnen herkennen. De verwachting was dat de externe experts in ieder geval één van de herkenningsmiddelen zouden benoemen voor de herkenning van een patiënt, maar dit is niet gebeurd. In plaats daarvan kwamen de experts met subjectieve manieren om een laaggeletterde patiënt te kunnen herkennen.

Ten tweede was de verwachting dat het lastig zou worden om genoeg zorgprofessionals uit het MST te kunnen interviewen. Door de maatregelen rondom de Covid-19 pandemie konden de interviews niet persoonlijk worden afgenomen. Uiteindelijk is gebleken dat het geen probleem was om zorgprofessionals uit het MST te vinden om te interviewen.

Ten derde was de verwachting dat het lastig kon zijn om interviews met externe experts in te plannen. Deze verwachting bleek deels te kloppen; bij sommige experts was het eenvoudig. Daarnaast was de verwachting dat deze interviews goed bruikbaar zouden zijn voor dit onderzoek en dat bleek te kloppen. Er zijn veel nieuwe inzichten gekomen over laaggeletterde patiënten in het MST, die inzichten zijn meegenomen in de aanbevelingen.

5.5.2 Beperkingen

Na de uitvoering van het onderzoek zijn twee beperkingen vastgesteld. Ten eerste, er was de mogelijkheid om meer externe experts te interviewen, maar door de maatregelen rondom de Covid-19 pandemie bleek het soms lastig te zijn om een reactie te krijgen van externe experts. Een aantal experts reageerde in dezelfde week op de uitnodiging tot een interview, terwijl het bij een andere expert een aantal weken duurde. Er was ook een expert die niet heeft gereageerd op de e-mail; door de maatregelen rondom de Covid-19 pandemie was er hectiek binnen de organisatie en daardoor kon geen interview worden afgenomen.

Een tweede beperking is dat geen laaggeletterde patiënten zijn geïnterviewd door de maatregelen rondom de Covid-19 pandemie. Het is voor deze patiënten lastig als een interview online plaatsvindt. De laaggeletterde patiënten hadden een extra perspectief kunnen bieden op het onderzoek, zodat duidelijk was geworden wat de mening is van deze patiënten over hun invloed op de besluitvorming.

5.5.3 Vervolgonderzoek

Bij dit onderzoek zijn mogelijkheden bekeken voor de manier waarop het proces van gezamenlijke besluitvorming kan worden ingericht bij laaggeletterde patiënten in het MST. Er is vervolgonderzoek nodig voor welke handelingen Stichting Lezen & Schrijven en Pharos kunnen uitvoeren bij de aanpak van laaggeletterdheid bij het MST. Dit kan redelijk eenvoudig worden uitgevoerd door contact op te nemen met deze organisaties en dit met hen te bespreken.

Vervolgonderzoek is nodig om uit te zoeken hoeveel extra kosten het ziekenhuis heeft door laaggeletterde patiënten. De resultaten van dat onderzoek kunnen worden gebruikt om zorgprofessionals de ernst van laaggeletterdheid te laten inzien.

Als laatste, een volgend verkennend onderzoek kan worden uitgevoerd door bij andere afdelingen binnen het MST te onderzoeken hoe bewust zorgprofessionals op die afdelingen zijn wat betreft laaggeletterdheid. Daarna is het dan duidelijk op welke afdelingen de aanpak van laaggeletterdheid het meest nodig is.

5.6 Conclusie

Het proces van gezamenlijke besluitvorming hoeft niet op een andere manier te worden ingericht voor laaggeletterde patiënten, maar de zorgprofessional moet bij deze patiënten stap voor stap door het proces gaan. Op die manier krijgt een laaggeletterde patiënt de tijd om informatie tot zich te nemen. Daarnaast zijn er een aantal handelingen die moeten worden uitgevoerd om de laaggeletterden te ondersteunen bij het beslissingsproces. Zorgprofessionals moeten laaggeletterdheid bij patiënten kunnen herkennen, zodat de informatievoorziening op een gepast niveau kan worden gegeven. De patiënten kunnen de verstrekte informatie dan beter begrijpen en een voorkeur vormen voor een behandeling. Samen met de zorgprofessional kan een beslissing worden gemaakt voor het behandelproces en op die manier wordt de besluitvorming gezamenlijk.

6. Referenties

1. Stichting Lezen & Schrijven, *Feiten & Cijfers Laaggeletterdheid*, september 2018, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/2018_SLS_Literatuurstudie_FeitenCijfers_interactief_DEF.pdf
2. Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap, *Monitor Actieprogramma Tel Mee Met Taal 2016 - 2018*, 2019
3. Algemene Rekenkamer, *Aanpak van Laaggeletterdheid*, 2016
4. Stichting Lezen & Schrijven, *Spreiding van laaggeletterdheid*, april 2019, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/2019_Rapport_Spreiding_laaggeletterdheid-webversie_DEF.pdf
5. Stichting Lezen & Schrijven, *Regionale spreiding van geletterdheid in Nederland*, mei 2016, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/WEB-SLS_ROA_public_170x240_v2016juni.pdf
6. Houtkoop W., Allen J., Buisman M., Fouarge D., van der Velden R., *Kernvaardigheden in Nederland*, april 2012, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/ecbo.12-123_Kernvaardigheden_in_Nederland_A00686.pdf
7. van der Heide I., Rademakers J., *Laaggeletterdheid en Gezondheid: stand van zaken*, 2015, <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-laaggeletterdheid-en-gezondheid.pdf>
8. Rademakers J., *Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*, september 2014, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennissynthese-Gezondheidsvaardigheden-2014.pdf>
9. Baker D., *Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons*, Archives of Internal Medicine, p. 1503, 2007, doi:10.1001/archinte.167.14.1503
10. Stichting Lezen & Schrijven, *Maatschappelijke kosten laaggeletterdheid*, maart 2018, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/PwC_-_Rapport_maatschappelijke_kosten_laaggeletterdheid_-_April_2018_def.pdf
11. Posner K., Severson J., Domino K., *The role of informed consent in patient complaints: Reducing hidden health system costs and improving patient engagement through shared decision making*, Journal of Healthcare Risk Management, p. 38 – 45, 2015, doi:10.1002/jhrm.21200
12. Cypher R., *Shared Decision-Making: A Model for Effective Communication and Patient Satisfaction*, The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, p. 285 – 287, 2019, doi:10.1097/JPN.0000000000000441
13. Heijmans M., Waverijn G., van Houtum L., *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?*, 2014, https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zelfmanagement_wat_betekent_het_voor_het_patient.pdf
14. Federatie Medisch Specialisten, *Visiedocument Samen Beslissen*, 2019

15. Tolan N., *Health Literacy and the Desire to Manage One's Own Health*, Clinics in Laboratory Medicine, p. 1 – 12, 2020, doi:10.1016/j.cll.2019.11.007
16. de Greef M., Buisman M., Kardol T., van der Baan L., Herbrink G., *Zilveren taalcompetenties*, 2018, <https://kohnstamminstituut.nl/wp-content/uploads/2019/02/ki1004.pdf>
17. Macabasco-O'Connell A., De Walt D., Broucksou K., et al., *Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure.*, Journal of General Internal Medicine, p. 979 – 986, 2011, doi:10.1007/s11606-011-1668-y
18. Volksgezondheid.info., *Wat is preventie?*, <https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie>, geraadpleegd op 3 maart 2020
19. Sudore R., Yaffe K., Satterfield S., et al., *Limited literacy and mortality in the elderly*, Journal of General Internal Medicine, p. 806 – 812, 2006, doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x
20. Keizer M., *Lezen ≠ begrijpen: De invloed van beperkte leesvaardigheid op de omgang met financiële problemen*, 2019, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/LisB_Eindrapport_A4_LR.pdf
21. Centraal Planbureau, *De Onderkant van de Arbeidsmarkt in 2025*, <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-17-de-onderkant-van-de-arbeidsmarkt-2025.pdf>
22. Sijbers E., Allen J., van der Velden R., *De arbeidsmarktperspectieven van laaggeletterden in Nederland tot 2020*, november 2016, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/De_arbeidsmarktperspectieven_van_laaggeletterden_in_Nederland_tot_2020_ROA_EXTERN_201612.pdf
23. Christoffels I., Baay P., Bijlsma I., Levels M., *Over de relatie tussen laaggeletterdheid en armoede*, mei 2016, <https://schuldenlab070.nl/wp-content/uploads/2017/10/2016-Over-de-relatie-tussen-laaggeletterdheid-en-armoede-Christoffels-Baay-Bijlsma-Levels.pdf>
24. Alvarez L.D., Kerckhaert A., van der Valk I., *Laaggeletterdheid en schulden*, oktober 2018, https://www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/Onderzoek_laaggeletterdheid_en_schulden_oktober_2018.pdf
25. Van Dale, *Betekenis polikliniek*, <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/polikliniek#.XkU5E2hKjb0>, geraadpleegd op 13 februari 2020
26. van Ee A., van den Muijsenbergh M., *Ondersteuning Bij de Zorg Voor Laaggeletterde Patiënten*, mei 2017, <https://www.henw.org/artikelen/ondersteuning-bij-de-zorg-voor-laaggeletterde-patienten>
27. Hanushek E., Schwerdt G., Wiederhold S., Woessmann L., *Returns to skills around the world: Evidence from PIAAC.*, European Economic Review, p. 103 – 130, 2015, doi:10.1016/j.eurocorev.2014.10.006

28. Arozullah A., Yarnold P., Bennett C., et al., *Development and Validation of a Short-Form, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*, *Medical Care*, p. 1026 – 1033, 2007, doi:10.1097/MLR.0b013e3180616c1b
29. Stichting Lezen & Schrijven, *Taalverkenner*, <https://www.lezenenschrijven.nl/hulp-bij-scholing/taalverkenner>, geraadpleegd op 19 maart 2020
30. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *De Participerende Patiënt*, 2013
31. Rijksoverheid, *Wat zijn mijn rechten en plichten bij een medische behandeling?*, <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/rechten-bij-een-medische-behandeling/rechten-en-plichten-bij-medische-behandeling>, geraadpleegd op 11 februari 2020
32. Hargraves I., LeBlanc A., Shah N., Montori V., *Shared Decision Making: The Need For Patient-Clinician Conversation, Not Just Information*, *Health Affairs*, p. 627 – 629, 2016, doi:10.1377/hlthaff.2015.1354
33. Makoul G., Clayman M., *An integrative model of shared decision making in medical encounters*, *Patient Education and Counseling*, p. 301 – 312, 2006, doi:10.1016/j.pec.2005.06.010
34. Dy S., Purnell T., *Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review*, *Social Science & Medicine*, p. 582 – 587, 2012, doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.015
35. Patiëntenfederatie Nederland, *Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past*, augustus 2017, https://www.patiëntenfederatie.nl/images/Rapport_meldactie_Samen_Beslissen.pdf
36. NHG, *Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken*, 2017, https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_boek_2017_web.pdf
37. Vilan, *Option 5-item observatielijst*, <http://kennisbundel.vilans.nl/docs/kennisbundel/Zelfmanagement/OPTION-5-item-observatielijst-Elwyn.pdf>, geraadpleegd op 11 maart 2020
38. Elwyn G., Tsulukidze M., Edwards A., Légaré F., Newcombe R., *Using a “talk” model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION5 Item*, p. 265 – 271, *Patient Education and Counseling*, 2013, doi:10.1016/j.pec.2013.08.005
39. STZ, CZ, NFK, Erasmus Institute, *Veranderhandleiding Implementatie En Samen Beslissen*, 2016
40. Bekker H., *The loss of reason in patient decision aid research: Do checklists damage the quality of informed choice interventions?*, *Patient Education and Counseling*, p. 357 – 364, 2010, doi:10.1016/j.pec.2010.01.002
41. Huber M., *Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid*, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, p. 133 – 134, 2013, doi:10.1007/s12508-013-0046-z
42. NFK, *Samen Beslissen: Een handreiking voor patiëntbelangenbehartigers*, december 2018, https://nfk.nl/media/1/NFK_Brochure-Samen-Beslissen.pdf

43. ZonMw, *Positieve gezondheid: Brede integrale kijk op gezondheid*, <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/>, geraadpleegd op 17 februari 2020
44. Nivel. *About the Client Perspective: A Participatory Study Evaluating the Quality of Long-Term Care Relationships*, 2020, <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003602.pdf>
45. Kugbey N., Opong Asante K., Meyer-Weitz A., *Doctor–patient relationship mediates the effects of shared decision making on health-related quality of life among women living with breast cancer*, *South African Journal Psychology*, p. 364 – 375, 2019, doi:10.1177/0081246318801159
46. Schaffler J., Leung K., Tremblay S., et al., *The Effectiveness of Self-Management Interventions for Individuals with Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review*, *Journal of General Internal Medicine*, p. 510 – 523, 2018, doi:10.1007/s11606-017-4265-x
47. ZonMw, *Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland*, april 2016, <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/versnellen-van-gedeelde-besluitvorming-in-nederland-1/>
48. Eerste Kamer der Staten-Generaal, *Verbeteren patiëntgerichte zorg en opnemen wettelijke regeling voor inzagerecht medisch dossier van overleden patiënt*, april 2019, https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34994_verbeteren_patiëntgerichte
49. Nivel, *De 3 goede vragen*, 2018, <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/7-Transparantiemonitor-2018-De-3-goede-vragen.pdf>
50. Patiëntenfederatie Nederland, *Over 3 goede vragen*,. <https://3goedevragen.nl/de-3-goede-vragen/>, geraadpleegd 18 februari 2020
51. STZ, *What matters to you*, <https://www.whatmatterstoyou.nl/>, geraadpleegd op 18 februari 2020
52. Stichting Lezen & Schrijven, *Conferentie Taal & Gezondheid Twente*, november 2019, <https://www.lezenenschrijven.nl/nieuws/conferentie-taal-gezondheid-twente>
53. Pharos, *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*, https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/?gclid=EAIaIQobChMIhNvs3OjY6AIVQeJ3Ch0zSAIoEAAYASAAEgIRnfD_BwE, geraadpleegd 8 april 2020
54. Stichting Lezen & Schrijven, *Laaggeletterdheid in Nederland*, <https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid>, geraadpleegd op 8 april 2020
55. mProve, *mProve, verder in zorg*, <https://www.mprove.nu/>, geraadpleegd op 18 februari 2020

Bijlagen

A. Aanvulling methode

Dit onderdeel is een aanvulling op de methode. Er wordt een verantwoording gegeven van de gekozen onderzoeksmethode en er wordt uitgelegd waarom bepaalde soorten onderzoeken minder geschikt zijn.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om geen gebruik te maken van kwantitatief onderzoek. Bij dit soort onderzoek is het belangrijk dat een hypothese wordt getest en daarvoor moeten feiten worden achterhaald. De resultaten worden uitgedrukt in cijfers met gestandaardiseerde of systematische vergelijkingen. Het huidige onderzoek is kwalitatief; de resultaten zijn in woorden uitgedrukt, om te beschrijven hoe een laaggeletterde patiënt meer invloed kan krijgen bij het proces van gezamenlijke besluitvorming.

Bij experimenteel onderzoek wordt een variabele gemanipuleerd om te bestuderen of een andere variabele daardoor wordt beïnvloed. In dit onderzoek zijn variabelen niet gemanipuleerd, dus er is geen gebruik gemaakt van experimenteel onderzoek. Zorgprofessionals en externe experts zijn tijdens een interview ondervraagd, zodat een manier is gevonden hoe laaggeletterde patiënten meer invloed kunnen krijgen bij het proces van gezamenlijke besluitvorming. Als een variabele gemanipuleerd zou worden, dan komt dat niet meer overeen met de praktijk en dan zal het MST minder baat hebben bij de resultaten. Om deze reden is observationeel onderzoek uitgevoerd, in de vorm van een interview.

In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van toetsend onderzoek; bij dat soort onderzoek wordt een hypothese getest. Bij dit onderzoek was van tevoren geen hypothese aanwezig, er moest theorie worden gevormd en daar past explorierend onderzoek bij. Daarnaast is geen gebruik gemaakt van beschrijvend onderzoek, dan wordt slechts één fenomeen beschreven. In dit onderzoek moet het verband tussen twee fenomenen worden beschreven, namelijk laaggeletterdheid en het proces van gezamenlijke besluitvorming.

Er zijn individuele interviews uitgevoerd, zodat per persoon alle informatie is verzameld over laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming. Bij een groepsinterview kan het voor de geïnterviewden voorkomen dat zij geen tijd hebben om over hun antwoord na te denken, omdat andere mensen sneller een vraag beantwoorden. In dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews gebruikt, een andere mogelijkheid is het gebruik van gestructureerde interviews. Dan moet de interviewer zich aan een vastgesteld interviewschema houden, waarbij niet kan worden afgeweken van de vragen of van de volgorde. Het doel van een gestructureerd interview is dat alle geïnterviewde personen op dezelfde manier worden geïnterviewd, onder gelijke omstandigheden. Op die manier wordt de validiteit van het interview verhoogd. Toch is in dit onderzoek ervoor gekozen om geen gestructureerde interviews te gebruiken, omdat niet kan worden doorgevraagd als bepaalde informatie interessant is voor het onderzoek. Er is niet voor gekozen om ongestructureerde interviews te gebruiken, omdat het voor overzicht zorgt om vragen voorbereid te hebben. Het is nuttig om daar van tevoren over nagedacht te hebben, zodat geen vragen worden vergeten. In de interviews zijn weinig gesloten vragen gesteld, omdat de geïnterviewde persoon dan niet zijn of haar antwoord kan uitleggen. Bij open vragen is dit wel mogelijk, daarom zijn dit soort vragen meer gesteld.

B. Interviewschema MST-zorgprofessionals

Tijdens de interviews met de zorgprofessionals uit het MST wordt geprobeerd om drie deelvragen te beantwoorden, die vragen zijn:

1. Hoe is het proces van gezamenlijke besluitvorming ingericht in het MST?
2. Hoe kan laaggeletterdheid worden herkend bij een patiënt in het poliklinische proces?
3. Op welke manier heeft laaggeletterdheid invloed op het proces van gezamenlijke besluitvorming?

In de vijfde kolom van het schema hieronder wordt gerefereerd naar deze drie nummers.

Gezamenlijke besluitvorming

Hoofd- en subonderwerpen:	Informatie afkomstig van:	Interviewvragen:	Voorbeelden ter ondersteuning van interviewvraag:	Sluit aan bij onderzoeksvraag:	Volgorde van interviewvragen:
Onderdelen van gezamenlijke besluitvorming	-	-	-	1	-
Onderdelen	Theorie 2.2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Op welke manier besteedt u aandacht aan gezamenlijke besluitvorming? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wat mist u in de wijze waarop het proces nu is ingericht? 	<i>Mogelijke onderdelen: behandelmogelijkheden bespreken (geen behandeling ook keuze), patiëntvoorkeuren, samenwerkingsverband.</i>	1	1
Kennis	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Is er een bepaald beleid vastgelegd over gezamenlijke besluitvorming op uw afdeling? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zijn bepaalde punten daarover vastgelegd, of is het vooral eigen invulling? 	-	1	2
Betrekken patiënt	Theorie 2.2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaat u om met een meningsverschil tussen u en patiënt? 	<i>Als u en patiënt het niet eens zijn over de keuze van een behandeling</i>	1	3
Voldoende deelname	Theorie 2.3.3	<ul style="list-style-type: none"> • Vindt u dat patiënten genoeg inbreng hebben in het beslissingsproces van hun aandoening? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wanneer heeft u het gevoel dat een patiënt voldoende betrokken is? 	-	1	4
Betrokkenheid patiënten gezamenlijke besluitvorming	-	-	-	1	-
Beschikbare informatie	Theorie 2.2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Welke informatie kunnen patiënten krijgen over hun aandoening of mogelijke behandelingen op uw afdeling? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zijn genoeg bronnen beschikbaar? 	<i>Folders, verbale informatie door zorgverlener, websites, patiëntenvereniging</i>	1	5
Bespreken	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Spreekt u met collega's van uw afdeling over gezamenlijke besluitvorming tussen u en patiënt? 	-	1	6
Vereiste handeling	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Is het voor u duidelijk wat u moet doen voor het betrekken van patiënten bij gezamenlijke besluitvorming? 	-	1	7
Beoordeling	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Als u de gezamenlijke besluitvorming op uw afdeling een cijfer moet geven tussen 1 en 10, met 1 als slechtste en 10 als beste, welk cijfer geeft u dan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ En waarom? 	-	1	8

Laaggeletterdheid

Hoofd- en subonderwerpen:	Informatie afkomstig van:	Interviewvragen:	Voorbeelden ter ondersteuning van interviewvraag:	Sluit aan bij onderzoeksvraag:	Volgorde van interviewvragen:
Herkenning laaggeletterdheid	-	-	-	2	-
Kennis	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Wat weet u over laaggeletterdheid? 	-	2	9
Manier herkenning	Theorie 2.1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u wel eens een laaggeletterde patiënt herkend bij een consult? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zo ja: hoe? 	<i>Verkeerd gebruik van medicatie, onvoldoende begrip informatiebrieven, niet in ziekenhuis bij gemaakte afspraken, slechtere gezondheid: meer roken, meer overgewicht, meer chronische ziekten, vaker werkloos</i>	2	10
Kennis hulpmiddelen	Theorie 2.1.2	<ul style="list-style-type: none"> • Bent u bekend met hulpmiddelen voor herkenning laaggeletterdheid? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zo nee: zou u het nuttig vinden om een hulpmiddel te gebruiken bij de herkenning van laaggeletterdheid? ◦ Zo ja: welke, wat vindt u ervan en op welk moment inzetten? 	<i>Specifieke vragen stellen, vragenlijst invullen PIAC, REALM</i>	2	11
Meerwaarde	Interview expert	<ul style="list-style-type: none"> • Vindt u het belangrijk om een laaggeletterde patiënt te kunnen herkennen? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zo ja: waarom? 	-	2	12
Effecten van laaggeletterdheid	-	-	-	3	-
Kennis	Interview expert	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaart u wel eens moeilijkheden in het verlenen van zorg aan laaggeletterde patiënten? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zo ja: wat voor moeilijkheden en hoe ging u daarmee om? 	<i>Patiënten die hun medicatie verkeerd innamen (voorbeeld: orale innamen paracetamol), patiënten die te laat waren bij een afspraak</i>	3	13
Op afdeling	Interview expert	<ul style="list-style-type: none"> • Spreekt u met collega's over laaggeletterdheid op uw afdeling? 	-	3	14
Bespreikbaar maken	Interview expert	<ul style="list-style-type: none"> • Kunt u met een patiënt gemakkelijk praten over laaggeletterdheid? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zo ja: hoe doet u dat? 	<i>Bespreikbaar maken van laaggeletterdheid tijdens consult</i>	3	15
Gevolgen laaggeletterdheid	Paragraaf 2.1.1	Dit onderdeel is niet verwerkt in het interviewschema. De gevolgen van laaggeletterd zijn beschreven als achtergrondinformatie voor laaggeletterdheid. Het is niet nodig om alle gevolgen te weten voor het beantwoorden van de deelvragen.	-	-	-
Gevolgen laaggeletterdheid bij gezamenlijke besluitvorming	-	-	-	3	-
Invloed laaggeletterdheid	Theorie 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe wordt volgens u gezamenlijke besluitvorming beïnvloed door laaggeletterdheid? 	-	3	16
Verandering proces	Theorie 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • Op welk moment loopt gezamenlijke besluitvorming anders door laaggeletterdheid? 	<i>Tijdens een consult, nadat de behandeling is uitgevoerd</i>	3	17
Mening invloed	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Denkt u dat laaggeletterde patiënten meer invloed moeten krijgen bij gezamenlijke besluitvorming? 	<i>Meer invloed dan dat zij nu hebben</i>	3	18
Ontwikkelingen	Paragraaf 2.3.1 en 2.3.2	Deze twee onderdelen zijn niet verwerkt in het interviewschema. De ontwikkelingen die nu spelen rondom laaggeletterdheid en gezamenlijke besluitvorming zijn niet nodig om te bespreken met zorgprofessionals uit het MST.	-	-	-

C. Interviewschema externe organisaties

Tijdens de interviews met de externe experts wordt geprobeerd om drie deelvragen te beantwoorden, die vragen zijn:

1. Hoe kan laaggeletterdheid worden herkend bij een patiënt in het poliklinische proces?
2. Op welke manier heeft laaggeletterdheid invloed op het proces van gezamenlijke besluitvorming?
3. Hoe kan rekening worden gehouden met laaggeletterde patiënten bij het proces van gezamenlijke besluitvorming?

In de vijfde kolom van het schema hieronder wordt gerefereerd naar deze nummers.

Laaggeletterdheid

Hoofd- en subonderwerpen:	Informatie afkomstig van:	Interviewvragen:	Voorbeelden ter ondersteuning van interviewvraag:	Sluit aan bij onderzoeksvraag:	Volgorde van interviewvragen:
Beleid laaggeletterdheid	-	-	-	1	-
Aandacht	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Wat biedt uw organisatie aan ziekenhuizen aan? 	-	1	1
Beleid	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Is er een beleid beschikbaar voor zorgorganisaties voor het herkennen en aanpakken van laaggeletterdheid? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wat voor beleid? 	-	1	2
Zorgorganisaties	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Bij welke zorgorganisaties is dit beleid al ingezet? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Heeft u reacties van het nieuwe beleid gehoord? ◦ Zo ja: wat waren deze reacties? 	-	1	3
Praktijk	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe is het nieuwe beleid rondom laaggeletterdheid ingezet bij nieuwe ziekenhuizen? 	<i>Hoe is dit beleid ingevoerd? Welke mensen nodig?</i>	1	4
Medewerkers	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe denkt u dat dit beleid werd ontvangen door medewerkers binnen de zorgorganisatie? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Werd het beleid uitgevoerd door medewerkers? 	<i>Heeft u reacties gehoord van medewerkers?</i>	1	5
Positief	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is verbeterd door de inzet van het beleid rondom laaggeletterdheid? 	<i>Positieve punten van het beleid?</i>	1	6
Knelpunten	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Lopen zorgorganisaties tegen knelpunten aan bij het beleid rondom laaggeletterdheid? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Zo ja: welke knelpunten? 	-	1	7
Implementatie	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Op welke manier kan dit beleid rondom laaggeletterdheid als beste worden geïmplementeerd bij andere ziekenhuizen? 	-	1	8
Herkenning laaggeletterdheid	-	-	-	1	-
Manier herkenning	Theorie 2.1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe kan een laaggeletterde patiënt eenvoudig worden herkend door een zorgprofessional tijdens een consult? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wat voor hulpmiddelen kent u voor laaggeletterdheid? 	<i>Specifieke vragen stellen, vragenlijst</i>	1	9
Bespreekbaar maken	Interview expert	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe kan laaggeletterdheid makkelijker bespreekbaar worden tussen zorgprofessional en patiënt? 	-	2	10

Gezamenlijke besluitvorming

Hoofd- en subonderwerpen:	Informatie afkomstig van:	Interviewvragen:	Voorbeelden ter ondersteuning van interviewvraag:	Sluit aan bij onderzoeksvraag:	Volgorde van interviewvragen:
Beleid gezamenlijke besluitvorming en laaggeletterdheid	Theorie 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft uw organisatie een beleid ontwikkeld voor gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen bij laaggeletterde patiënten? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wordt dit al gebruikt door zorgorganisaties? 	-	2	11
Rekening houden laaggeletterdheid	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe kan rekening worden gehouden met laaggeletterdheid bij het proces van gezamenlijke besluitvorming? 	-	3	12

D. Interviewschema extern ziekenhuis

Tijdens de interviews met de externe experts wordt geprobeerd om drie deelvragen te beantwoorden, die vragen zijn:

1. Hoe kan laaggeletterdheid worden herkend bij een patiënt in het poliklinische proces?
2. Op welke manier heeft laaggeletterdheid invloed op het proces van gezamenlijke besluitvorming?
3. Hoe kan rekening worden gehouden met laaggeletterde patiënten bij het proces van gezamenlijke besluitvorming?

In de vijfde kolom van het schema hieronder wordt gerefereerd naar deze nummers.

Laaggeletterdheid

Hoofd- en subonderwerpen:	Informatie afkomstig van:	Interviewvragen:	Voorbeelden ter ondersteuning van interviewvraag:	Sluit aan bij onderzoeksvraag:	Volgorde van interviewvragen:
Beleid laaggeletterdheid	-	-	-	1	-
Aandacht	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Hoe is laaggeletterdheid bij uw ziekenhuis onder de aandacht gekomen? 	-	1	1
Problemen	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Welke problemen rondom laaggeletterdheid kreeg u te horen uit de praktijk? 	-	1	2
Beleid	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Welk beleid heeft uw ziekenhuis ingezet rondom laaggeletterdheid? 	-	1	3
Keuze beleid	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Hoe is uw ziekenhuis gekomen tot de keuze voor dit beleid? <ul style="list-style-type: none"> Waarom is gekozen voor het beleid? 	<i>Gebruik gemaakt van organisatie die zich richt op laaggeletterdheid? Welke informatie was nuttig?</i>	1	4
Medewerkers	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Hoe denkt u dat het beleid rondom laaggeletterdheid is ontvangen door medewerkers binnen het ziekenhuis? <ul style="list-style-type: none"> Wordt het beleid uitgevoerd door medewerkers? 	-	1	5
Positief	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Wat zijn positieve punten van het beleid rondom laaggeletterdheid? 	-	1	6
Negatief	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Wat zijn knelpunten/belemmeringen van het beleid rondom laaggeletterdheid? 	-	1	7
Praktijk	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Wat ziet u terug in de praktijk van het beleid rondom laaggeletterdheid? 	-	1	8
Verbetering	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Wat is verbeterd door de inzet van het beleid rondom laaggeletterdheid? <ul style="list-style-type: none"> Is dit meetbaar gemaakt? Zo ja: hoe dan? 	-	1	9
Herkenning laaggeletterdheid	-	-	-	1	-
Manier herkenning	Theorie 2.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Hoe kan een laaggeletterde patiënt worden herkend? <ul style="list-style-type: none"> Wat voor hulpmiddelen kent u voor laaggeletterdheid? 	<i>Specifieke vragen stellen, vragenlijst</i>	1	10
Meerwaarde	Theorie 2.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Ziet u de meerwaarde van het kunnen herkennen van laaggeletterde patiënten? <ul style="list-style-type: none"> Zo ja: hoe ziet u die? 	-	2	11
Bespreekbaar maken	Interview expert	<ul style="list-style-type: none"> Hoe kan laaggeletterdheid makkelijker bespreekbaar worden tussen zorgprofessional en patiënt? 	-	2	12

Gezamenlijke besluitvorming

Hoofd- en subonderwerpen:	Informatie afkomstig van:	Interviewvragen:	Voorbeelden ter ondersteuning van interviewvraag:	Sluit aan bij onderzoeksvraag:	Volgorde van interviewvragen:
Invloed laaggeletterdheid	Theorie 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Hoe wordt volgens u gezamenlijke besluitvorming beïnvloed door laaggeletterdheid? 	-	2	13
Verandering proces	Theorie 2.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Op welk moment loopt het proces van gezamenlijke besluitvorming anders door laaggeletterdheid? 	<i>Tijdens een consult, nadat de behandeling is uitgevoerd</i>	2	14
Rekening houden laaggeletterdheid	Extra aanvulling	<ul style="list-style-type: none"> Hoe kan rekening worden gehouden met laaggeletterdheid bij het proces van gezamenlijke besluitvorming? <ul style="list-style-type: none"> Is uw beleid over laaggeletterdheid toepasbaar bij gezamenlijke besluitvorming? 	-	3	15

E. Codes uit ATLAS.ti

Codes van MST-zorgprofessionals

Codes MST-zorgprofessionals	Code Group 1	Code Group 2	Code Group 3	Code Group 4
Belang herkenning laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Bespreken laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	
Cijfer gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			
Conflict	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			Deelvraag 4: verbetering invloed
Geen gebruik hulpmiddelen laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		
Geen protocol gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			
Gehoord van laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		
Genoeg inbreng gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Herkenning laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		
Hulpmiddel laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		Deelvraag 4: verbetering invloed
Informatievoorziening	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			
Inhoud gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			
Invloed laaggeletterdheid op gezamenlijke besluitvorming			Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Manier gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	
Niet bekend hulpmiddelen laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		
Niveau informatievoorziening	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			Deelvraag 4: verbetering invloed
Onderzoek laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	
Openheid laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Overleg gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming			
Probleem gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Probleem laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	
Verbetering mogelijk gezamenlijke besluitvorming	Deelvraag 1: gezamenlijke besluitvorming		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	
Vragen laaggeletterdheid		Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed

Codes van externe experts

Codes externe experts	Code Group 1	Code Group 2	Code Group 3
Aanbeveling		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Activiteiten Rijnstate	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		Deelvraag 4: verbetering invloed
Bespreekbaar maken laaggeletterdheid	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid		Deelvraag 4: verbetering invloed
Herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Hulp Rijnstate			Deelvraag 4: verbetering invloed
Inzichten Pharos	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Inzichten Rijnstate	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Inzichten Stichting L&S	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Knelpunten			Deelvraag 4: verbetering invloed
Manier werken L&S	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Manier werken Pharos	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Meer invloed gezamenlijke besluitvorming			Deelvraag 4: verbetering invloed
Mogelijke hulp		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Opties hulp		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed
Rijnstate-informatie		Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	
Voorbeelden laaggeletterdheid	Deelvraag 2: herkenning laaggeletterdheid	Deelvraag 3: Invloed laaggeletterdheid	Deelvraag 4: verbetering invloed

F. Flyer laaggeletterdheid



Laaggeletterde patiënten op uw afdeling?

Wees extra alert als uw patiënt:

- Vaak veel te vroeg of te laat is bij een afspraak
- Afspraken niet noteert
- Moeite heeft met het formuleren van vragen
- Moeite heeft met het duiden van klachten
- Benodigde papieren vaak vergeet
- Een uitgereikte folder niet bekijkt
- Onvoldoende voorbereid is voor onderzoek
 - Bijvoorbeeld niet nuchter komt
- Veel moeite heeft met het begrijpen van wat wordt verteld
- Medicatie onjuist inneemt
- Een praktische opleiding of praktisch beroep doet
- Aangeeft dat de partner alles regelt met papieren

Mogelijke handelingen:

- Directe vraag stellen voor herkenning laaggeletterdheid:
 - Veel mensen hebben moeite met het invullen van formulieren, hoe is dat voor u?
 - Maak het bespreekbaar en normaliseer het probleem
- Terugvraagmethode gebruiken:
 - Kunt u nog eens terug vertellen, wat ik net heb gezegd?
- Patiënt doorsturen naar Taalpunt Enschede
 - Hier kan een patiënt beter leren lezen en schrijven