

Wat zijn gezondheidsvaardigheden? Een literatuuroverzicht

Louise Lambert (Studiedienst)

Samenvatting

Gezondheidsvaardigheden zijn “de capaciteit van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken met het oog op het behouden of het verbeteren van zijn gezondheid en die van zijn omgeving in diverse omgevingen tijdens zijn leven” (Sorensen et al., 2012). Dit concept wint aan belang, zowel op het terrein als op politiek en academisch niveau. Het lijkt inderdaad een krachtige vector te zijn om het gedrag inzake gezondheid te verbeteren en sociale gezondheidsongelijkheden te verminderen.

Dit artikel beoogt een overzicht van de wetenschappelijke literatuur en debatten over gezondheidsvaardigheden te geven. In het eerste deel komen wij kort terug op de geschiedenis van het concept en de definitie ervan. Dan zullen wij stilstaan bij de factoren die de gezondheidsvaardigheden beïnvloeden en parallel hiermee bij de mogelijke impact van betere gezondheidsvaardigheden op de resultaten inzake gezondheid en gezondheidsongelijkheden. Het derde gedeelte is toegespitst op het niveau van gezondheidsvaardigheden in het buitenland en in België. Tot slot overlopen wij de verschillende aanbevelingen, het beleid en de actieplannen om de gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Wij staan hiervoor stil bij de rapporten van de internationale organisaties, de systematische literatuuroverzichten en enkele meer specifieke casestudies. Uit deze oefening kunnen meerdere nuttige conclusies en aanbevelingen gehaald worden voor België.

Sleutelwoorden: *Gezondheidsvaardigheden, ongelijkheid*

1. Inleiding en definitie van het concept

Het concept gezondheidsvaardigheden is einde de jaren 70 ingevoerd in de Verenigde Staten door Cecile Doak als gevolg van een studie rond leesvaardigheid van patiënten in het ziekenhuis. Toen overheerste een functionele definitie van gezondheidsvaardigheden, meer bepaald informatie en instructies inzake gezondheid kunnen lezen en begrijpen (Doak et al., 1996). Iets later, begin de jaren '90, werd in de Verenigde Staten een nationale werkgroep over gezondheidsvaardigheden opgericht. Dit was één van de eerste initiatieven waar deskundigen in verschillende domeinen (gezondheidszorg, onderwijs, sociale wetenschappen) werden samengebracht om rond dit concept te werken. Op dat ogenblik vonden ook de eerste enquêtes plaats om het niveau van gezondheidsvaardigheden te meten. Die kwamen uit het domein van de opvoedingswetenschappen (National Adult Literacy Survey, 1992; International Adult Literacy Survey, 1994). Deze analyses toonden aan dat gezondheidsvaardigheden één van de factoren is die verschillen inzake gezondheid verklaren.

Einde de jaren 90 en in het eerste decennium van de 21^{ste} eeuw werd een brede waaier aan studies uitgevoerd over de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en resultaten inzake

gezondheid (op het vlak van kennis, gedrag, morbiditeit en mortaliteit). Deze studies toonden vooreerst dat gezondheidsvaardigheden niet enkel te maken hebben met gezondheidsinformatie kunnen lezen en begrijpen maar ook met enkele complexere, onderling verbonden vaardigheden zoals mee beslissen over zijn gezondheid, zijn noden kunnen uitdrukken tegenover de zorgverlener of gezondheidsinstructies kritisch kunnen beoordelen (Rudd, 2017). Bovendien schakelden deze studies over van de patiëntgerichte benadering naar de benadering die rekening houdt met interactie en afstemming tussen zorgstelsels en iemands vaardigheden (Rudd, 2017; McCormack et al., 2016). Naast individuele kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, socio-economische status, ...) zijn ook kenmerken terug te vinden die meer aan het stelsel gebonden zijn (de organisatie van de gezondheidszorg, communicatie binnen gezondheidsorganisaties, enz.) die het individuele niveau van gezondheidsvaardigheden beïnvloeden (Rademakers et al., 2014). Gezondheidsvaardigheden worden dan een gedeelde verantwoordelijkheid tussen zowel het individu als gezondheidszorgorganisaties en een verandering in de oriëntering van het beleid is merkbaar, van gezondheidsbevordering naar de wil om het gezondheidsstelsel te hervormen (Trezona et al.,

2019). Vandaag zijn de twee belangrijke benaderingen inzake gezondheidsvaardigheden: “de klinische benadering” met de klemtoon op de individuele vaardigheden (Ishikawa et al., 2008) en “de volksgezondheidsbenadering” die het concept verruimt en andere dan medische dimensies opneemt (Rudd, 2007).

Deze verruiming van de visie op gezondheidsvaardigheden als een interactie tussen een patiënt en zijn gezondheidszorgstelsel is goed weergegeven in de definitie van Sorensen et al. (2012).

Sorensen et al. (2012) **definiëren** gezondheidsvaardigheden als “kennis, motivatie en vaardigheden van individuen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om in het alledaagse leven beoordelingen te maken en besluiten te nemen op het gebied van de gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, om de levenskwaliteit te onderhouden of te verbeteren”. Sorensen et al. (2012) maakten ook een **conceptueel model** voor gezondheidsvaardigheden. Dit model toont de dimensies en belangrijkste domeinen bij gezondheidsvaardigheden (voorgesteld door de pijl en de concentrische ovalen in het midden van figuur 1), de beïnvloedende factoren voor gezondheidsvaardigheden en de band tussen gezondheidsvaardigheden en gezondheidsresultaten. De vier dimensies van gezondheidsvaardigheden zijn:

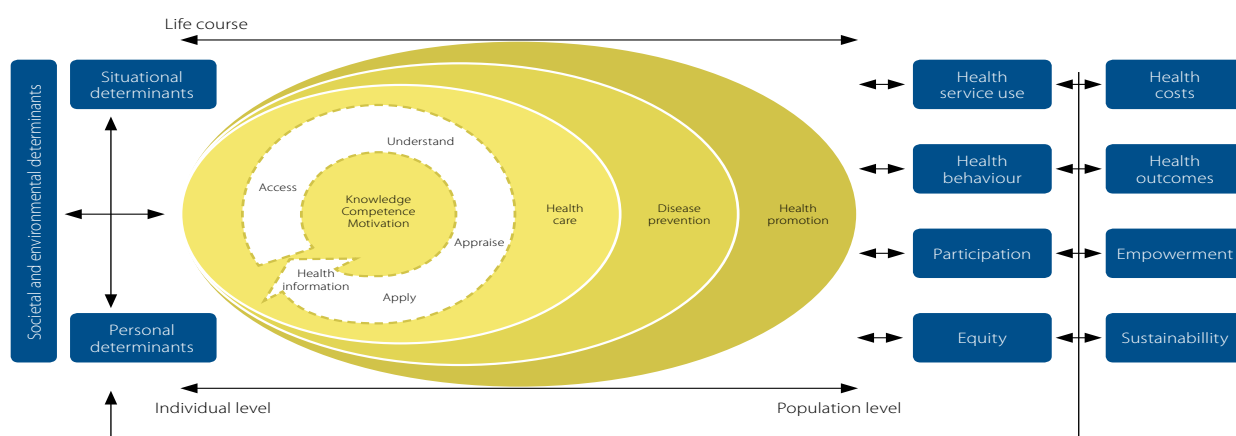
- **Toegang hebben tot** (Access): kunnen zoeken, vinden en bekomen van informatie over gezondheid;
- **Begrijpen** (Understand): kunnen begrijpen van de informatie;
- **Evalueren** (Appraise): kunnen interpreteren, filteren, beoordelen en evalueren van deze informatie;

- **Toepassen** (Apply): kunnen mededelen en gebruiken van deze informatie om gezond te blijven of zijn gezondheid te verbeteren.

Gezondheidsvaardigheden zijn van toepassing in verschillende domeinen binnen een continuüm gaande van het individuele niveau tot op niveau van de bevolking: de gezondheidszorgdiensten, preventie van ziekten en bevordering van de gezondheid. Daardoor kan het klinisch concept van gezondheidsvaardigheden op individueel niveau en de ‘volksgezondheidsaanpak’ die de vaardigheid binnen de bredere context van de gemeenschap en de samenleving benadert, in één enkel model worden geïntegreerd. De combinatie van de vier vaardigheden inzake gezondheidsvaardigheden en de drie gezondheidsdomeinen, Sorensen et al. (2012) geeft een matrix met 12 dimensies (zie Tabel 1).

Dit model toont ook de belangrijkste determinanten voor de gezondheidsvaardigheden en de factoren die door gezondheidsvaardigheden beïnvloed worden. Bij de determinanten voor de gezondheidsvaardigheden wordt een onderscheid gemaakt tussen de factoren die verder van het individu verwijderd zijn (de sociale en omgevingsdeterminanten, bijvoorbeeld: geografische ligging, cultuur, taal, politieke instanties, sociale stelsels) en de factoren dicht bij het individu die eerder te maken hebben met de persoonlijke determinanten (bijvoorbeeld: leeftijd, geslacht, etnische herkomst, socio-economische status, opleiding, inkomen, ...) en de situatie (bijvoorbeeld: sociale ondersteuning, familiale invloed, gebruik van media en fysieke omgeving). De gezondheidsvaardigheden beïnvloeden op hun beurt het gezondheidsgedrag, gebruik van de gezondheidsdiensten, de participatie en gezondheidsongelijkheid en zal dus een gevolg hebben op de

Figuur 1: Conceptueel model gezondheidsvaardigheden, bron: WGO (2013), p.14, aangepast door Sorensen et al. (2012)



Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

Tabel 1: De 12 subdimensies in het conceptueel model inzake gezondheidsvaardigheden
(bron: Sorensen et al., 2012)

	Toegang tot informatie of ze verkrijgen	Begrijpen van deze informatie	Beoordelen en bekritisieren van deze informatie	Deze informatie toepassen of gebruiken
Gezondheidszorg	Vaardigheid om toegang te verkrijgen tot informatie over klinische of medische vragen	Vaardigheid om medische informatie te begrijpen en de zin ervan in te zien	Vaardigheid om medische informatie te interpreteren en bekritisieren	Vaardigheid om geïnformeerd te beslissen over zijn gezondheid
Ziektepreventie	Vaardigheid om toegang te verkrijgen tot informatie over de risicofactoren	Vaardigheid om informatie over de risicofactoren te begrijpen en de zin ervan te inzien	Vaardigheid om informatie over de risicofactoren te interpreteren en bekritisieren	Vaardigheid om de relevantie van informatie over de risicofactoren te beoordelen
Gezondheidsbevordering	Vaardigheid om zich op de hoogte te stellen van gezondheidskwesties	Vaardigheid om informatie over gezondheid en de zin ervan te begrijpen	Vaardigheid om vragen over gezondheid te interpreteren en bekritisieren	Vaardigheid om zich een weloverwogen mening te vormen over gezondheidskwesties

resultaten inzake gezondheid, de kosten van de gezondheidszorg, patiëntenempowerment en de houdbaarheid van de gezondheidszorgstelsel.

2. Gezondheidsvaardigheden, gedrag en ongelijkheid

2.1. De sociale determinanten van gezondheidsvaardigheden

Verschillende indicatoren van de sociale structuur (socio-economisch statuut, opleidingsniveau en beroepssituatie) verklaren deels de verschillen in gezondheidsvaardigheden.

Onderzoek waarbij indicatoren inzake sociale klasse worden gebruikt (bijvoorbeeld, inkomen, opleidingsniveau of beroepssituatie) brengen voortdurend socio-economische verschillen inzake gezondheidsvaardigheden aan het licht (Ayotte et al., 2009; Sudore et al., 2006; Dupre et Goerge, 2011; Sorensen et al. 2015). Sommige auteurs tonen bijvoorbeeld dat een stijging van het persoonlijk inkomen met ongeveer 5.000 dollar gepaard gaat met een aanzienlijk hoger niveau van gezondheidsvaardigheden (von Wagner et al., 2007). Onderzoek in de Verenigde Staten en Europa toont een lager niveau van gezondheidsvaardigheden bij ouderen, etnische minderheden (Baker, 2002, Sorensen et al., 2015), socio-economisch

zwakke groepen (Ayotte et al., 2009; Baker, 2002; Sudore et al., 2006; Sorensen et al., 2015), groepen met financiële problemen en lagergeschoolden (Van der Heide, 2013; Sorensen et al., 2015). Bepaalde onderzoeken geven aan dat mannen een lager niveau van gezondheidsvaardigheden hebben dan vrouwen (Ayotte et al., 2009; Sudore et al., 2006; Van den Broucke et Renwart, 2014); ander onderzoek geeft echter het omgekeerde aan (Jeppesen, 2009; Charafeddine, 2018). Meerdere studies bevestigen dus het bestaan van een **sociale gradiënt**¹ inzake gezondheidsvaardigheden (Van der Heide, 2013; Rikard et al., 2016; Sorensen et al. 2015).

Rikard et al. (2016) toonden ook dat in de VS de sociale integratie van iemand het verschil in gezondheidsvaardigheden verklaart: burgerengagement (bijvoorbeeld, gaan stemmen, vrijwilliger zijn en naar de bibliotheek gaan) en sociale hulpmiddelen (bijvoorbeeld: Engels spreken of een groot sociaal netwerk hebben) gaan gepaard met hogere gezondheidsvaardigheden.

Ten slotte, naast de sociale structuur-indicatoren dient te worden gewezen op het belang van onze socioculturele representaties en gewoonten voor het niveau van gezondheidsvaardigheden. Onze keuzes zijn het resultaat van het interpreteren van een boodschap met onze eigen representaties. Deze zijn op hun beurt geconcipieerd en tot stand gekomen onder invloed van onze sociale omgeving, onze geloofsovertuiging en onze gewoonten. Het is dus mogelijk dat de informatie aanwezig is, de boodschap wel duidelijk is maar dat de meeste bevroegden

1. De term 'sociale gradiënt' wordt gebruikt om te beschrijven dat mensen met een zwakkere socio-economische positie een minder goede gezondheid (en een korter leven) hebben dan wie het beter heeft. Dit is een wereldwijd verschijnsel dat in alle landen wordt vastgesteld. Bron WGO: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

niet in staat zijn om deze te beoordelen of de aanbevelingen uit te voeren. Het opleidingsniveau of het sociaal statuut volstaan niet om de codes van een samenleving te begrijpen. Zo kan een Belgische professor volksgezondheid nood hebben aan gezondheidsvaardigheden in een vreemd land, en omgekeerd, want de wetgeving, gebruiken en overtuigingen inzake gezondheid verschillen soms (FRAPS 2018). Afstemming van onze cultuurcodes en waardesystemen met die van de zorgorganisatie is dus belangrijk. Dit leidt tot de vraag omtrent het betrekken van verschillende spelers inzake gezondheid bij beslissingen over gezondheid² en gemeenschapsgezondheid³, dus omtrent de aard van het collectief beslissingsproces om onze gezondheidsstelsels te bepalen en te garanderen dat het individu zijn cultuurpraktijk kan behouden.

2.2 Impact van gezondheidsvaardigheden op gedrag en resultaten inzake gezondheid

Steeds meer studies tonen aan dat personen met lage gezondheidsvaardigheden minder gemakkelijk gezondheidsbevorderend gedrag stellen/aannemen (Berkman, 2011b; Omachi et al., 2013), aan screening deelnemen (Omachi et al., 2013; WHO, 2013) en een beroep op de preventiediensten doen (Sayah et al., 2013; Vandenbosch et al., 2016). Bijvoorbeeld, Fernandez et al. (2016) stelden vast met logistische regressiemodellen gecorrigeerd voor geslacht, opleidingsniveau, etnische origine en leeftijd, dat deelnemers die aangaven een goede kennis over gezondheid te hebben, vaker een mammografie lieten uitvoeren de jongste twee jaar, twee tot drie keer per week sport beoefenden en minder rookten.

Patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden kunnen hun gezondheid en behandeling minder goed beheren (Souza et al. 2014). Lagere gezondheidsvaardigheden beperken de mogelijkheden om actief mee te beslissen over zijn gezondheid en zijn gezondheid zelfstandig te beheren. Het risico van meervoudige pathologieën stijgt hierdoor (Roberts, 2015). Bovendien voelen mensen met lagere gezondheidsvaardigheden zich sneller beschaamd over hun vaardigheden met als gevolg minder interactie met de gezondheids- en sociale diensten. Lagere gezondheidsvaardigheden maken het moeilijker om te communiceren met de zorgverleners en het individu kan daardoor zijn noden op het vlak van gezondheid gaan verbergen (Roberts, 2015).

Ook is aangetoond dat lage gezondheidsvaardigheden de morbiditeit doen stijgen (bijvoorbeeld meer baarmoederhalskanker) alsook vroegtijdige sterfte. Lage gezondheidsvaardigheden impliceren ook dat geneesmiddelen niet steeds goed

worden ingenomen (Albouy-Llaty, 2016) en dat chronische en langdurig aandoeningen minder goed beheerd worden (WHO, 2013; Berkman, 2011). Bij personen met een chronische aandoening ligt het aantal personen met lage gezondheidsvaardigheden hoger (Mannaerts, 2018).

Meerdere studies hebben bovendien aangetoond dat lage gezondheidsvaardigheden gepaard gaan met een suboptimaal gebruik van de gezondheidsdiensten; meer ziekenhuisopnames, een langere opnameduur en meer gebruik van de spoeddiensten (Jansen et al., 2018; Albouy-Llaty, 2016; Berkman, 2011).

Tot slot, op basis van een systematisch onderzoek van de elektronische databanken (2.340 geanalyseerde artikels), schatten Eichler et al. (2009) dat de bijkomende kosten gelinkt aan de prevalentie van lage gezondheidsvaardigheden variëren van 3% tot 5% van de totale kosten van de gezondheidszorg per jaar.

2.3. Band tussen gezondheidsvaardigheden en sociale gezondheidsongelijkheden

Gezondheidsvaardigheden worden in verband gebracht met zowel de belangrijkste sociale determinanten inzake gezondheid als met de gezondheidsresultaten. Ze zouden dus de relatie tussen deze twee groepen variabelen kunnen beïnvloeden en een rol kunnen spelen bij het ontstaan en begrijpen van sociale gezondheidsongelijkheden. Deze relaties werden tot op heden echter weinig onderzocht ((Logan et al., 2015).

Dupuis (2015) stelt echter dat gezondheidsvaardigheden doorslaggevend zijn bij de ongelijke verdeling van kansen inzake gezondheid. Ze beïnvloeden immers het vermogen om geïnformeerd te beslissen en die geïnformeerde beslissingen bevorderen de gezondheid. *“Achter de uitdagingen inzake communicatie schuilt een kwestie van rechtvaardigheid en billijkheid inzake toegang tot zorg en diensten. Wie over minder gezondheidsvaardigheden beschikt, is minder zelfstandig en heeft minder toegang tot de diensten die hij nodig heeft en waarop hij recht heeft.”* (Dupuis, 2015, p.8 - vrije vertaling). Brumagne en Mannaert (2018) vermelden dan weer dat gezondheidsvaardigheden bevorderen als een hefboom werkt om sociale gezondheidsongelijkheden te verminderen. De voorwaarde hiervoor is dat dit op een participatieve en emancipatorische dynamiek steunt waarbij verschillende actoren worden ingezet die niet enkel aan de toegankelijkheid van informatiesystemen werken maar ook aan de fundamentele oorzaken van de ongelijkheid.

2. Frankrijk stelde bijvoorbeeld een programma “Democratie sanitaire” in. Deze uitdrukking onderstreept het belang van de democratische dimensie (dus overlegd en beslist volgens legitimiteitscriteria die de bevolking met elkaar deelt). Het gaat over een aanpak door al wie in het gezondheidsstelsel het gezondheidsbeleid mee uitwerkt en uitvoert in een geest van dialoog en overleg (zie <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>).
3. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is gemeenschapsgezondheid het proces waarbij de leden van een geografische of sociale collectiviteit zich ervan bewust zijn dat zij tot eenzelfde groep behoren, samen nadenken over hun gezondheidsproblemen, hun prioritaire noden uitdrukken en actief meewerken aan de inrichting, het verloop en de beoordeling van de activiteiten die het best met die prioriteiten overeenkomen. Zie: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-563.htm>.

3. Meting van gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn des te moeilijker te meten naarmate ze ruimer gedefinieerd worden. Een ruimere definitie omvat immers concepten die moeilijk meetbaar zijn. Daarom waren de metingen tot voor kort vooral op de functionele aanpak van gezondheidsvaardigheden gericht. Recent werden nieuwe instrumenten gemaakt om complexere vaardigheden zoals communiceren en kritisch denken te meten naast nieuwe dimensies zoals motivatie en sociale ondersteuning.

Het bekendste voorbeeld is de Europese enquête over kennis omtrent gezondheid (HLS EU) die in acht landen plaatsvond: Oostenrijk, Bulgarije, Duitsland, Griekenland, Ierland, Nederland, Polen en Spanje. De vragenlijst bevat 47 items die de twaalf dimensies van gezondheidsvaardigheden van Sorensen et al. meten. (2012) (zie Figuur 2). Bij de resultaten wordt een onderscheid gemaakt tussen vier kennisniveaus omtrent gezondheid: uitstekend, voldoende, problematisch en onvoldoende. In de landen die aan de enquête deelnamen, bleek één respondent op tien (12%) onvoldoende gezondheidsvaardigheden te hebben en bij ongeveer één op twee (47%) bleken de gezondheidsvaardigheden beperkt (onvoldoende of problematisch). De resultaten verschillen echter aanzienlijk per land (29-62%). De enquête identificeerde ook subgroepen met aanzienlijk lagere gezondheidsvaardigheden dan de algemene bevolking, meer bepaald personen met een zwak sociaal statuut, een laag opleidingsniveau of ouderen (> 66 jaar). Dit suggereert het bestaan van een sociale gradiënt inzake gezondheidsvaardigheden.

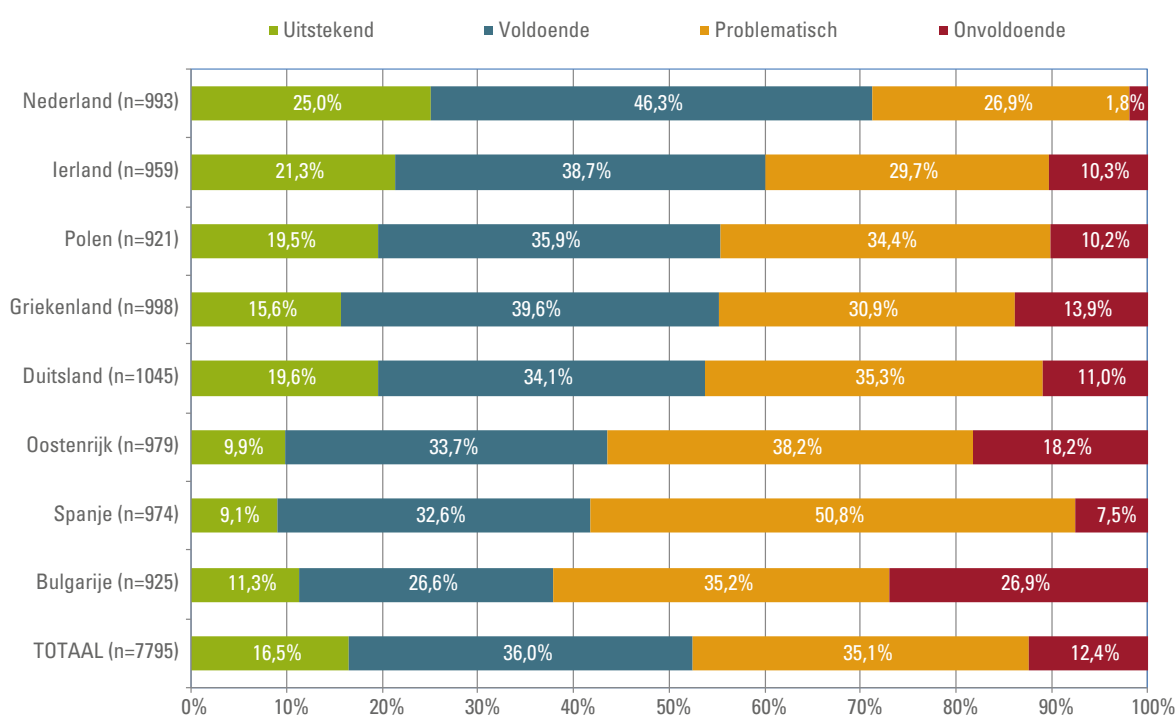
Sinds deze eerste studie in 2015 werd de vragenlijst HLS-EU getest in andere landen (Japan, Taiwan, Kazachstan, Maleisië, Taiwan, Indonesië, Viëtnam). In België vonden meerdere studies plaats.

a. [2014 – Studie van de Christelijke Mutualiteit en UCLouvain \(Vancorenland et al., 2014\).](#)

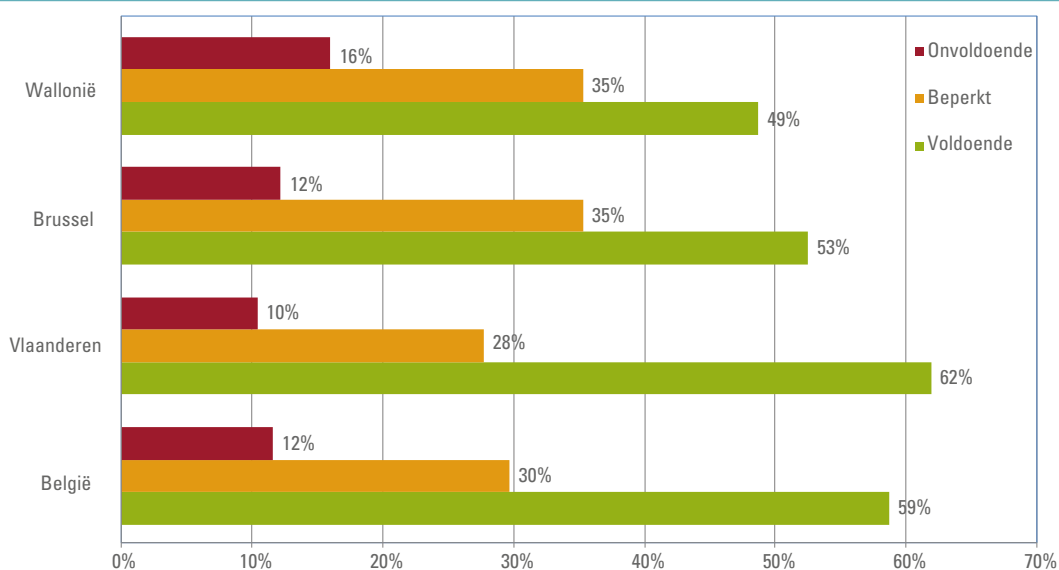
CM deed met UCLouvain een online studie met een steekproef van 9.616 personen in 2014 (Vancorenland et al., 2014). De resultaten van deze enquête toonden dat de gezondheidsvaardigheden 'beperkt zijn bij drie Belgen op 10 (29,7%) en 'onvoldoende' bij iets meer dan één op tien (11,6%). In totaal hebben vier Belgen op tien beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden (zie Figuur 3). Deze scores zijn vergelijkbaar met die in de meeste andere Europese landen maar zijn lager dan de resultaten in ons buurland, Nederland.

Vlaanderen heeft het hoogste percentage personen met voldoende gezondheidsvaardigheden (61,9%), daarna komt Brussel (52,5%) en dan Wallonië (48,7%). Geslacht en leeftijd hebben een weerslag op de gezondheidsvaardigheden: het percentage personen met voldoende gezondheidsvaardigheden was duidelijk hoger bij vrouwen (60,9%) dan mannen (56,2%). Dit percentage was ook beter bij mensen van 25 tot 74 jaar (ongeveer 60%) dan bij personen van 18 tot 24 jaar (45,5%) en ouder dan 75 jaar (49,2%).

Figuur 2: Percentage inzake gezondheidsvaardigheden per land (Sorensen et al., 2015 – eigen vertaling)



Figuur 3: Gezondheidsvaardigheden per gewest, België (Vancorenland et al., 2014).



De verschillen inzake gezondheidsvaardigheden zijn bijzonder uitgesproken volgens het opleidingsniveau. 39% van de laaggeschoolden had beperkte gezondheidsvaardigheden en bij 39% waren die onvoldoende. Bij hooggeschoolden waren de resultaten respectievelijk 22% en 4%.

[b. 2018 – Gezondheidsenquête, Sciensano \(Charafeddine et al., 2019\)](#)

Bij de jongste gezondheidsenquête van Sciensano in 2018 werden zes indicatoren voor gezondheidsvaardigheden in de vragenlijst opgenomen. De resultaten van de enquête bevestigen globaal de conclusies van Vancorenland et al. (2014) ook al tekenen bepaalde verschillen zich af: het niveau van gezondheidsvaardigheden is doorgaans hoger dan in de studie van Vancorenland et al. (“slechts” 33,4% van de Belgen van 15 jaar en ouder hebben beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden) en meer mannen dan vrouwen hebben voldoende gezondheidsvaardigheden, 68,3% tegenover 65%⁴. De onderlinge verschillen tussen de gewesten en volgens het opleidingsniveau worden echter bevestigd.

[c. Andere studies over gezondheidsvaardigheden](#)

In 2016 deden de Onafhankelijke ziekenfondsen een enquête over de communicatie tussen arts en patiënt bij 1.033 Belgen. De resultaten tonen dat 40% van hen moeite had om de uitleg van de arts te begrijpen en 17% vond dit zeer moeilijk (Onafhankelijke ziekenfondsen, 2016). In 2017 bevestigde Solidararis (Solidaris Institute, 2017) dat de gezondheidsvaardigheden in

België niet optimaal waren en herinnerde aan het belang om hieraan binnen de samenleving te werken eerder dan individueel door de sociale gezondheidsdeterminanten te verbeteren samen met preventie en gezondheidsbevordering.

4. Overzicht interventies, aanbevelingen en actieplannen

Het vorige gedeelte heeft ons getoond dat een groot deel van de bevolking lage gezondheidsvaardigheden heeft. Die lage gezondheidsvaardigheden treffen mensen heel hun leven. Voldoende gezondheidsvaardigheden zijn essentieel om toegang tot de gezondheidsdiensten te hebben en ze efficiënt te gebruiken of om goed voor zijn gezondheid te zorgen. Bovendien lopen kwetsbare groepen zoals ouderen en chronisch zieken het meest risico op lage gezondheidsvaardigheden. Diezelfde groepen hebben de grootste noden en de hoogste gezondheidsuitgaven (Van den Broucke, 2019). Het KCE stelt dat betere gezondheidsvaardigheden betere gezondheidsresultaten zouden opleveren met zowel minder impact van de socio-economische determinanten op de sociale gezondheidsongelijkheden als een lagere kostprijs van de gezondheidszorg (KCE report, 2019).

Belangrijk is dus dat bij het volksgezondheidsbeleid aan de verbetering van de gezondheidsvaardigheden wordt gewerkt.

4. Deze verschillende resultaten zijn te verklaren door de gebruikte methodologie die verschilt (vragenlijst met 16 items voor CM tegenover 6 voor Sciensano) en het bereik van de enquête (aantal respondenten en afwijkende referentiepopulatie voor de steekproef – enerzijds CM-leden, anderzijds Belgische bevolking).

4.1. Internationale rapporten en systematische literatuuroverzichten

Alvorens dieper in te gaan op enkele voorbeelden van actieplannen in verschillende landen, overlopen wij in dit gedeelte de recente rapporten van internationale organisaties en systematische literatuuroverzichten waarin algemene aanbevelingen voor gezondheidsvaardigheden worden gedaan.

In 2013 en vervolgens in 2018 publiceerde de **WGO** twee rapporten met een recensie over de beste acties en beleid om de gezondheidsvaardigheden te verbeteren. De WGO herinnert eraan dat een verbetering van gezondheidsvaardigheden maatregelen vraagt in vele sectoren (onderwijs, werkomgeving, winkels, massamedia, politieke instellingen, academisch onderzoek, enz.) dus niet enkel inzake gezondheid en dit op alle niveaus – individueel, gemeenschap, systemisch (zie figuur 4).

De WGO benadert gezondheidsvaardigheden systemisch en onderstreept dat niet enkel de individuele competenties ontwikkeld dienen te worden maar dat zorgorganisaties beter toegankelijk en aangepast aan elk publiek zouden moeten zijn. Hiermee herneemt deze de analyse van het Institute of Medicine (IOM) dat een standaard ideaal met 10 eigenschappen ontwikkelde waarmee een zorgorganisatie de gezondheidsvaardigheden kan bevorderen (zie Tabel 2). Om die eigenschappen te ontwikkelen dient te worden afgestapt van een louter ziektegerichte aanpak om te gaan naar een nauw samenwerkingsverband tussen arts en patiënt dat rekening houdt met de mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt (Brach et al., 2012). Zij stellen bijvoorbeeld voor om personen met lage

gezondheidsvaardigheden in de communicatiediensten op te nemen of om te voorzien in vertaling voor andere dan de officiële talen.

Ten slotte stelt de WGO voor om de opleiding van zorgverleners uit te breiden zodat zij hun communicatieve vaardigheden kunnen verbeteren. Ze dringt ook aan op de nood aan interdisciplinair onderzoek en grondige kwalitatieve en kwantitatieve beoordelingen.

Project Intervention Research On Health Literacy - IROHLA, gefinancierd door de Europese Commissie tussen 2012 en 2015 (IROHLA Consortium, 2015). De doelstelling van dit project was de gezondheidsvaardigheden van ouderen te verbeteren door daarvoor een geheel van richtlijnen en aanbevelingen op te stellen op basis van een literatuuroverzicht met 338 interventies. De resultaten tonen vier domeinen die bij voorrang dienen te worden aangepakt:

- Verbetering van het zelfleervermogen (de vaardigheid om zelf te leren) van ouderen met lage gezondheidsvaardigheden
- Versterking van lokale ondersteuning: familie, verzorgers, gemeenschap
- Verbetering van de communicatieve en interactieve vaardigheden bij zorgverleners
- Verbetering van het gezondheidsstelsel voor een betere toegang door alle groepen in de samenleving.

De conclusie van het IROHLA-project is dat gezondheidsvaardigheden in elk gezondheidsbeleid opgenomen moet zijn. Dit is voorvereiste voor efficiënte ingrepen.

Figuur 4: Belangrijkste betrokkenen bij gezondheidsvaardigheden, bron: WGO (2013, p.19).



Tabel 2: De 10 eigenschappen voor zorgorganisatie ter ondersteuning van gezondheidsvaardigheden – Bron: WGO (2013), aanpassing van Brach et al. (2012) (eigen vertaling).

A Gezondheidsorganisatie met oog voor gezondheidsvaardigheden	Voorbeelden
Bereidt de werknemers voor om met aandacht voor gezondheidsvaardigheden te werken en volgt de geboekte vooruitgang op .	<ul style="list-style-type: none"> • Werft divers personeel met deskundigheid inzake gezondheidsvaardigheden aan. • Bepaalt doelstellingen voor de vorming van personeel op alle niveaus.
Omvat populaties die de informatie en de gezondheidsdiensten mee concipiëren, uitwerken en beoordelen	<ul style="list-style-type: none"> • omvat lerende volwassenen of individuen met beperkte gezondheidsvaardigheden • krijgt van gebruikers terugkoppeling over informatie en gezondheidsdiensten
Komt tegemoet aan de noden van de populaties met een verscheidenheid inzake gezondheidsvaardigheden maar vermijdt wel stigmatisering	<ul style="list-style-type: none"> • Neemt universele voorzorgsmaatregelen inzake gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld door iedereen hulp te bieden bij taken die gezondheidsvaardigheden vereisen • Wijst middelen toe in verhouding tot de concentratie aan individuen met beperkte gezondheidsvaardigheden
Gebruikt strategieën inzake gezondheidsvaardigheden bij interpersoonlijke communicatie en bevestigt in alle contactpunten dat de boodschap begrepen is	<ul style="list-style-type: none"> • Bevestigt of de boodschap begrepen is (bijvoorbeeld met methodes als «teach-back», «show-me» of «chunk-and-check») • Garandeert taalhulp voor personen die de voertaal niet spreken • Beperkt zich tot twee of drie boodschappen in één keer • Gebruikt gemakkelijk begrijpbare symbolen voor oriëntering
Zorgt voor gemakkelijke toegang tot gezondheidsinformatie en diensten en helpt bij de navigatie	<ul style="list-style-type: none"> • Maakt digitale portalen gebruikersgericht voor de patiënten en biedt vorming aan voor het gebruik ervan • Vergemakkelijkt het maken van afspraken bij andere diensten
Ontwerpt en verdeelt gedrukte, audiovisuele inhoud en inhoud op de sociale netwerken die gemakkelijk begrijpbaar en uitvoerbaar is	<ul style="list-style-type: none"> • Betrekt verschillende publieken, ook die met beperkte gezondheidsvaardigheden, bij de ontwikkeling en bij nauwgezette gebruikerstesten • Gebruikt een degelijk vertaalproces om materiaal in andere talen dan de voertaal te maken
Pakt gezondheidsvaardigheden in hoogrisicosituaties aan, met inbegrip van de overgang tussen zorgsituaties en communicatie over geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Geeft voorrang aan hoogrisicosituaties (zoals geïnformeerde toestemming bij heelkundige ingrepen en andere invasieve procedures) • Legt de nadruk op hoogrisico-onderwerpen (zoals omstandigheden die een doorgedreven zelfmanagement vereisen)
Communiqueert duidelijk over wat de gezondheidsplannen dekken en wat de individuen voor diensten zullen moeten betalen	<ul style="list-style-type: none"> • Verstrekt gemakkelijk te begrijpen beschrijvingen van de gezondheidsverzekeringssolissen • Deelt de eigen kosten van de gezondheidszorgdiensten mee vóór ze worden verstrekt

Bij het **HEALIT4EU project** werd in 2015 een literatuuroverzicht over het beleid in Europa omtrent gezondheidsvaardigheden in Europa gepubliceerd (Heijmans et al., 2015). Bij de casestudie in punt 4.2 wordt hierop verder ingegaan.

De algemene conclusies zijn:

- Meerdere EU-lidstaten gingen meer aandacht schenken aan het concept 'gezondheidsvaardigheden'. De meeste

landen kenden het concept wel maar gebruikten het weinig of enkel in de ruimere context van gezondheidsbevordering ofwel was het concept onbekend.

- In 2015 hadden 10 EU-lidstaten waaronder België geen beleid, programma of substantiële activiteiten inzake gezondheidsvaardigheden. Acht lidstaten daarvan waren nog maar in de eerste stadia van de uitwerking. Vijf lidstaten leken activiteiten voor alle stappen van de beleidscyclus

Tabel 3: Implementatie van actieplannen inzake gezondheidsvaardigheden – stand per land. Bron Heijmans et al. (2015), p. 94, eigen vertaling

	Oostenrijk	België	Bulgarije	Kroatië	Cyprus	Tsjechië	Denemarken	Estland	Finland	Frankrijk	Duitsland	Griekenland	Hongarije	Ierland	Italië	Luxemburg	Malta	Nederland	Polen	Portugal	Roemenië	Slovenië	Spanje	Zweden	Verenigd Koninkrijk	
Definitie van het probleem	■		■			■	■				■	■		■	■		■	■	■	■		■	■	■	■	■
Opstellen van een agenda	■	■	■			■	■				■	■		■	■		■	■	■	■		■	■	■	■	■
Ontwikkeling van beleid	■										■	■		■	■		■	■	■	■			■	■	■	■
Implementatie	■									■	■			■	■		■	■	■	■			■	■	■	■
Evaluatie	■										■	■		■	■		■	■	■	■						■
Aantal initiatieven	12	1	0	1	3	1	0	0	0	8	9	1	6	8	2	0	1	9	0	1	5	0	0	0	14	

Legende: Probleemdefiniëring: erkenning dat een probleem zich stelt. Een agenda opstellen: bepaling van de verschillende aspecten van het probleem dat aandacht van de regering vereist, beslissen welke problemen het meest aandacht moeten krijgen en de aard van het probleem bepalen. Beleidsontwikkeling: doelstellingen bepalen, kosten bepalen en impactraming maken, oplossingen en hulpmiddelen kiezen. Implementatie: stappen om beleid in te stellen. Evaluatie: beoordeling van de impact van het beleid, successen en fouten, implementatie en verwachte effecten.

ontwikkeld te hebben (zie tabel 3).

- Zes landen hadden een nationaal beleid inzake gezondheidsvaardigheden (Oostenrijk, Ierland, Italië, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk).
- Meestal waren vele instanties betrokken bij de ontwikkeling van het beleid om gezondheidsvaardigheden te bevorderen en de universiteiten speelden een belangrijke rol in de eerste fase van de politieke cyclus.
- Uit de huidige gegevens kan niet worden geconcludeerd of het beleid, de programma's en de activiteiten al dan niet efficiënt zijn.

Bij dit project werden meerdere aanbevelingen geformuleerd. Vooreerst wordt de noodzaak benadrukt om de uitgevoerde interventies op een rigoureuze manier en met behulp van kosten-batenanalysemethoden te evalueren. Vervolgens moedigt het project een meer systematische en nauwkeurige meting van gezondheidsvaardigheden aan in de Europese landen. Ten slotte zijn de aanbevelingen voor het beleid: een betere coördinatie op Europees vlak, een meer systemische integratie van het gezondheidsvaardighedenconcept als een nuttige aanvulling bij het gezondheidsbevorderingsbeleid en focus op bevolkingsgroepen met lagere gezondheidsvaardigheden.

Ten slotte wijzen wij erop dat meerdere auteurs **systematische literatuuroverzichten van de uitgevoerde interventies voor betere gezondheidsvaardigheden maakten** (Sheridan et

al., 2011; Geboers et al., 2015; Brainard et al., 2016; Brainard et al., 2016b). In deze literatuuroverzichten wordt de inventaris van de verschillende micro-, meso- en macro- initiatieven voor verbetering van de gezondheidsvaardigheden gemaakt waarbij vooral naar de impact en de evaluatie van de ingevoerde mechanismen wordt gekeken. Globaal geven deze literatuuroverzichten aan dat de interventies een bescheiden positieve impact hebben. Die impact werd bovendien meestal gemeten op basis van de kennisgraad en niet volgens de resultaten inzake gezondheid of gedragsverandering als gevolg van de interventies.

Het European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2012) en Jesup et al. (2018) besluiten dat meestal aan het functionele niveau van gezondheidsvaardigheden is gewerkt (dus de eerste twee competenties in het model van Sorensen, toegang tot gezondheidsinformatie en deze begrijpen) en het microniveau (relatie tussen patiënt en zorgverlener). Van interventies met een betekenisvol resultaat voor de interactieve of kritieke niveaus van gezondheidsvaardigheden of voor het mesoniveau (organisatie van de gezondheidszorg) en macroniveau bestaan maar weinig voorbeelden. Het verwijt kan dus worden gemaakt dat verbeterinitiatieven voor de gezondheidsvaardigheden vooral gericht zijn op gezondheidsvaardigheden als individuele vaardigheid. Daardoor worden gezondheidsvaardigheden gezien als een 'probleem' van de

patiënt dat zorgverleners moeten overstijgen (Jesup et al., 2018; Altin et Stock, 2016). De initiatieven houden te weinig rekening met de complexe interactie tussen zorgverlener en patiënt en gaan in tegen de aanbevelingen van de internationale organisaties (WGO, EU) die een systemische visie op gezondheidsvaardigheden hebben.

In deze systematische literatuuroverzichten wordt ook gewezen op het gebrek aan betekenisvolle gegevens over de efficiëntste strategieën.

4.2. Casestudies – internationale vergelijking

Het KCE bestudeerde in een recent rapport de beleidsverklaringen en actieplannen inzake gezondheidsvaardigheden in zes landen: Australië (AUS), Oostenrijk (AT), Ierland (IE), Nederland (NL), Portugal (POR) en Schotland (SCOT) (KCE report, 2019). In dit gedeelte wensen wij op de hoofdpunten in die plannen terug te komen en de belangrijke elementen voor België daarin aan te geven. Tabel 4 geeft de niveaus van gezondheidsvaardigheden in de zes betrokken landen. De zeer goede resultaten van Nederland en dan Ierland en Portugal vallen daarbij onmiddellijk op.

Sommige landen hebben specifieke actieplannen inzake gezondheidsvaardigheden (AUS, POR, SCOT) opgestart met steun van de overheid. Andere landen hebben een ruimer actieplan dat de hele gezondheidssector omvat, met inbegrip van bepaalde punten inzake gezondheidsvaardigheden (AT, IE en NL).

In vier van de zes betrokken landen bij deze studie (AT, AUS, SCOT, POR) ging **het initiatief** voor het beleid en de actieplannen uit van de overheid. In de twee andere landen nam het verenigingsleven (NL, IE) het initiatief. Wanneer de overheid het initiatief neemt voor het plan verloopt de aanpak eerder van boven naar beneden (top down). Als het verenigingsleven het initiatief neemt werken de betrokkenen op het terrein het plan uit (van beneden naar boven = bottom up) en dan gaat het naar de regeringsinstanties voor coördinatie en subsidiëring.

Daardoor rijst dan de vraag omtrent de complementariteit en doeltreffendheid van deze twee methodologieën (bottom up versus top down). Aangezien voor een verbetering van de gezondheidsvaardigheden ook de waardenstelsels en cultuurcodes van het gezondheidsstelsel beter afgestemd dienen te worden op die van de bevolking en al haar geledingen lijkt het ons cruciaal dat zo'n plan gezamenlijk wordt opgebouwd.

Deze actieplannen tonen ook dat een nationaal actieplan geen vereiste is om grootschalige programma's voor gezondheidsvaardigheden op te zetten. Een beleid op initiatief van de regering is bovendien kwetsbaarder bij legislatuurgebonden wisselingen en meestal wordt op kortere termijn gewerkt. De coördinatie van acties is dan weer moeilijker in federale staten zoals Australië of Oostenrijk.

In elk van die landen, dekken actieplannen omtrent gezondheidsvaardigheden de hele bevolking met bijzondere aandacht voor bepaalde kwetsbare groepen die in ieder land verschillend afgebakend zijn.

De **aangekondigde strategie en doelstellingen** wisselen eveneens van land tot land. Bij de doelstellingen kan een onderscheid worden gemaakt tussen microdoelstellingen (verbetering van de gezondheidsvaardigheden in de relatie patiënt – gezondheidswerker), mesodoelstellingen (verbetering van de gezondheidsvaardigheden in de gezondheidszorgorganisaties) en macrodoelstellingen (verbetering van de gezondheidsvaardigheden in de hele samenleving door toetsing van elk beleid inzake de invloed ervan op gezondheid, dus een allesomvattende beleidsverklaring met inschakeling van andere sectoren en een hoogwaardig onderzoeksprogramma). Plannen worden ontwikkeld die gaan van een micro-/mesoniveau (Schotland) tot een zeer allesomvattend macroniveau (Oostenrijk bepaalde bijvoorbeeld 10 nationale doelstellingen inzake gezondheidsvaardigheden overeenkomstig de WGO-aanbevelingen).

Bewustmaking van de bevolking staat het vaakst in de verschillende actieplannen want dat wordt als de eerste voorwaarde voor elk verbeterbeleid van de gezondheidsvaardig-

Tabel 4: Gezondheidsvaardigheden in de bestudeerde landen. Bron: Rapport KCE, 2019

Land	Onvoldoende	Problematisch	Voldoende	Uitstekend
Australië	19%	40%	41%	
Oostenrijk	18,2%	38,2%	33,7%	9,9%
Ierland	10,3%	29,7%	38,7%	21,3%
Nederland	1,8%	26,9%	46,3%	25,1%
Portugal	10,9%	38,1%	42,2%	8,6%
Schotland	Geen studie			

Bron Australië: Australian Bureau of Statistics (ABS) (2009); Bron Oostenrijk, Ierland en Nederland: HLS-EU; bron Portugal: HLS-PT

heden in een land gezien. Dit kan allesomvattend worden geïmplementeerd (de hele samenleving bewust maken van goede gezondheidsvaardigheden om de gezondheidsongelijkheden te verminderen) of op een meer micro-mesoniveau (bewustmaking van zorgverleners of patiënten).

De **verwezenlijkingen** omvatten een reeks **macroacties** die vooral op de gezondheidssector gericht zijn (gezondheidsvaardigheden in het wetgevend werk van de regering opnemen, de opleiding van zorgverleners herbekijken en strengere criteria inzake communicatie opleggen, wetenschappelijk onderzoek financieren). Jammer genoeg bestaan weinig concrete acties in de andere sectoren (onderwijs, media

enz.). Oostenrijk is een uitzondering met de onderwijsprogramma's voor betere gezondheidsvaardigheden die het in het hele land implementeerde. Op **mesoniveau** zijn een reeks acties met uiteenlopende doelstellingen terug te vinden (instrumenten voor een betere communicatie en toegankelijkheid van de gezondheidsorganisaties, instrumenten voor zelfevaluatie ter beschikking stellen, vorming en interculturele bemiddeling, ontwikkeling van nieuwe technologieën voor een patiëntgerichte aanpak en een betere samenwerking met de patiëntenverenigingen enz.). Op **microniveau** zijn een reeks acties op de patiënt gericht met betere en transparantere informatie en/of de patiënt beter in staat te stellen om zelf te beslissen over zijn gezondheid (een ge-

Case study: Nederland

Nederland onderscheidt zich van de andere Europese landen met zeer goede gezondheidsvaardigheden van de bevolking (zie Tabel 4). Om die resultaten te begrijpen worden meerdere hypothesen aangehaald. Vooreerst heeft Nederland een grote traditie op het vlak van gezondheidsopvoeding en -promotie. Zij waren pioniers in Europa met de inrichting van de eerste universitaire masteropleidingen hierover en de oprichting van het Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding in de jaren '80 naast meerdere instituten voor gezondheidsbevordering met elk hun eigen deskundigheidsdomein. In Nederland is het beroep van gezondheidsopvoeder ook veel meer ontwikkeld dan in België. Gezondheidsopvoeders werken op gemeenschapsniveau aan de gezondheidsdeterminanten met een dubbele bedoeling: de burgers helpen zelf te beslissen over hun gezondheid en de communicatie tussen verzorger en patiënt verbeteren (Kickbush et al., 2013).

De strijd voor betere gezondheidsvaardigheden steunt ook op een machtige lobby voor patiëntenrechten. In Nederland onderhandelen patiëntenraden in zowel instellingen als ziekenhuizen rechtstreeks met het management voor geschikte maatregelen en communicatietechnieken voor het brede publiek (Kickbush et al., 2013). De patiëntenraden verkregen zo de eerste wetgeving die zorgverleners verplicht om begrijpelijke informatie te verstrekken en de voorafgaande goedkeuring van de patiënt bij een behandeling te hebben.

Nederland heeft geen plan voor gezondheidsvaardigheden als dusdanig. Dat thema is in handen van de Alliantie gezondheidsvaardigheden die in 2010 is opgericht en een niet-gouvernementeel netwerk van meer dan 80 organisaties uit de associatieve en de private sector en de universiteiten structureert. Die Alliantie werkt aan een gezamenlijk programma voor ervaring- en kennisdeling, netwerking, pleitvoering en planning van gezamenlijke acties (Van den Broucke, 2019; Kickbush et al., 2013).

Aluttis (2013) onderstreept ook dat de gemeenten veel verantwoordelijkheid inzake volksgezondheid en preventie hebben en zij moeten per vier jaar volksgezondheidsstrategieën voor hun regio formuleren. Nederland legt ook de klemtoon op de communicatie naar migranten en minderheidsgroepen door in verschillende vreemde talen te communiceren en een beroep te doen op bemiddelaars, tolken en lesgevers (Kickbush et al., 2013).

Op het Nederlands model is echter ook kritiek. Zo wordt het ultra-liberale beleid inzake gezondheidszorgdekking met een grote individuele verantwoordelijkheid gehekelde. De verbetering van de gezondheidsvaardigheden van de bevolking zou de liberale visie op gezondheid rechtvaardigen en zelfs versterken. De bevolking wordt daarbij als vaardiger en dus meer individueel verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid gezien.

deelde beslissingname en toegang tot zijn elektronisch dossier bevorderen, coaching om de individuele vaardigheden te verbeteren, enz.) Er zijn ook acties gericht naar zorgverleners (bijvoorbeeld opleiding om de competenties inzake interpersoonlijke communicatie te ontwikkelen en gedeelde beslissingname).

Veel spelers zijn betrokken bij de actieplannen. Op **macro-niveau** zijn dit de regeringsinstanties maar ook het onderwijsstelsel, de gemeenten, de media, het academisch onderzoek en de privésector. Het **mesoniveau** groepeerde alle betrokkenen in het gezondheidszorgstelsel (zorgverleners, ziekenfondsen, ziekenhuizen, technisch personeel, verenigingen in de gezondheidssector, ...). **Het microniveau** omvat vooral de zorgverlener, de patiënt en zijn onmiddellijke omgeving. Oostenrijk vermeldt ook de betrokkenheid van specifieke betrokkenen zoals leerkrachten, personen die bij buitenschoolse activiteiten betrokken zijn, gezondheidscentra voor vrouwen, ondernemingen, gemeenten, ... In Schotland werd een specifieke actie met de openbare bibliotheken opgezet.

Terwijl de literatuur steeds meer over de evaluatie van specifieke interventies op vlak van gezondheidsvaardigheden gaat, vond het KCE slechts weinig evaluaties van deze nationale actieplannen (KCE-rapport, 2019)

4.3. En in België?

In België ontstond de belangstelling voor gezondheidsvaardigheden pas recenter maar deze ontwikkelde zich progressief zowel op het terrein als bij het beleid.

De jongste jaren hebben het **beleid en de instellingen** heel wat stappen gezet. Reeds in 2003 vermeldde het Vlaams regeerakkoord een 'Health in all Policies' benadering die vooral op bevordering en preventie inzake gezondheid gericht was. In 2014 stond het concept gezondheidsvaardigheden voor het eerst in de aanbevelingen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België – , in de White Paper van het RIZIV naar aanleiding van hun 50^{ste} verjaardag⁶ en in het federaal regeerakkoord. Sindsdien wordt dit concept steeds vaker opgenomen in de beleidsverklaringen van de gemeenschapsregeringen en de federale regering. Tot slot: een gecoördineerd nationaal initiatief bestaat nog niet maar het recente rapport van het KCE zou een eerste stap voor een eventueel federaal actieplan kunnen zijn.

Op het **terrein** werden meerdere initiatieven genomen. Het centrum MEMORI (Thomas More hogeschool) schreef zeven boeken over gezondheidsvaardigheden voor zorgverleners in 2016. De vzw Culture et Santé die in de Federatie Wallonië – Brussel werkzaam is, werkt onder meer rond gezondheidsvaardigheden. Ze wil individuen en de gemeenschap in staat stellen om aan de sociale, economische, omgevings- en culturele determinanten inzake gezondheid te werken en kiest daarbij voor engagement van de bevolking met een collectieve, solidaire aanpak in het dagelijks leven. Het VIGEZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie – nieuwe naam sinds 2017: VIVEL – Vlaams Instituut Gezond Leven) - publiceerde een boek over gezondheidsvaardigheden voor zorgverleners in 2016. Sinds 2013 organiseert het farmaceutisch bedrijf MSD «Well Done MSD Health Literacy Awards» om de beste initiatieven op het vlak van gezondheidsvaardigheden in België aan te moedigen, te belonen en bekend te maken. Ook sommige websites doen aanbevelingen, geven praktische tips en een overzicht van de goede praktijken opdat patiënten meer zouden weten over hun gezondheid maar ook om de communicatie met de zorgverleners te verbeteren⁷.

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck, dat door de Koning Boudevijnstichting beheerd wordt, investeert in de kwaliteit van de eerstelijnszorg en wil meer bepaald de gezondheidsvaardigheden van de Belgen verbeteren zodat zij bij beslissingen over hun gezondheid een grotere rol kunnen opnemen. Alle Belgische ziekenfondsen en patiëntenverenigingen vermelden gezondheidsvaardigheden trouwens als een vast onderdeel van hun werk. Vele Belgische verenigingen bevorderen de gezondheidsvaardigheden zonder die term op te eisen, via activiteiten om meer te informeren over gezondheid en gezondheid te bevorderen (bijvoorbeeld de consumentenverenigingen).

6. Voor meer informatie, zie RIZIV-INAMI, Artsen van de Wereld (2014). White book on access to care in Belgium 2014. Beschikbaar op <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/white-paper.pdf>

7. www.gezondheidenwetenschap.be (in het Nederlands), www.mongeneraliste.be (in het Frans), <http://www.mondocmasante.be> (tweetalig).

5. Aanbevelingen & conclusie

Dit artikel toont ons dat gezondheidsvaardigheden een krachtige tussenschakel vormen tussen de determinanten en de resultaten op het vlak van gezondheid. Ze spelen een cruciale rol bij een ongelijke verdeling van de kansen inzake gezondheid want ze beïnvloeden het vermogen om geïnformeerd te beslissen, wat de gezondheid bevordert en de toegang tot gezondheidsdiensten die iemand nodig heeft en waarop die recht heeft. De kwetsbaarste groepen (ouderen, mensen in armoede, chronisch zieken) riskeren meer lage gezondheidsvaardigheden te hebben. Diezelfde groepen hebben echter de grootste noden en de hoogste uitgaven voor gezondheid. De gezondheidsvaardigheden verbeteren lijkt dus essentieel voor betere resultaten inzake gezondheid en om de sociale gezondheidsongelijkheden en de totale kostprijs van ons gezondheidszorgstelsel te verminderen.

Daarom vindt CM dat voor de vorming van de individuen omtrent de uitdagingen op het vlak van gezondheid en om hen meer greep geven, een multifactorieel actieplan nodig is om de gezondheidsvaardigheden te verbeteren van het micro tot het macro niveau. In België bestaat al een mozaïek aan beleidsinitiatieven en initiatieven op het terrein. Coördinatie van deze initiatieven ontbreekt echter.

Op macroniveau vinden wij het bijgevolg belangrijk dat een intergouvernementeel nationaal plan wordt gemaakt of dat de coördinatie van de acties gedelegeerd wordt aan bepaalde initiatieven van het middenveld (zoals het Fonds Dr. Daniël De Coninck). Dit nationaal plan zou moeten worden uitgewerkt en beheerd door een platform met alle betrokkenen en sectoren inzake gezondheidsvaardigheden. Verbetereacties voor de gezondheidsvaardigheden zouden alle aspecten van het dagelijks leven moeten omvatten (onderwijs, werk, media, gezondheidsorganisaties, supermarkten, enz.). In elk van die domeinen zouden specifieke kwalitatieve en kwantitatieve doelstellingen kunnen worden bepaald. Dit plan vereist intense samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus aangezien de bevoegdheden voor die materies opgesplitst zijn in België. Ook vinden wij dat in onderzoek geïnvesteerd moet worden om hoogkwalitatieve gegevens te verzamelen en de determinanten en gevolgen van lage gezondheidsvaardigheden op de Belgische bevolking te bestuderen.

Op **micro- en mesoniveau** vinden wij het belangrijk dat op meerdere vlakken wordt gewerkt. Enerzijds is het essentieel dat individuen betere keuzes kunnen maken met bijzondere aandacht voor de socioculturele en socio-economische verschillen. Een aanpak met zelfbeheer, gedeelde beslissingname of terbeschikkingstelling van begeleidingsinstrumen-

ten aan de patiënten kreeg in ons land al meer aandacht. Dit moet verder worden aangemoedigd. Het is immers bewezen dat een gedeelde beslissingname leidt tot meer inzet bij de patiënten, meer therapietrouw en betere gezondheidsresultaten. Daarvoor is het nodig om betrouwbare informatie te verstrekken die iedereen begrijpt en die dus zo inclusief mogelijk is en rekening houdt met verschillen inzake taal, cultuur en andere exclusiefactoren zoals de digitale kloof. Toegang tot het elektronisch medisch dossier voor iedereen is een interessant idee waarvoor echter voldoende gezondheidsvaardigheden nodig zijn.

Anderzijds zal een versterking van het individueel beslissings- en begripsvermogen omtrent de uitdagingen inzake gezondheid ook een verbetering van het gezondheidsstelsel vereisen om zo goed mogelijk aangepast te zijn aan de noden en waardenstelsels van de bevolking. **Zorgverleners** dienen een opleiding te krijgen over gezondheidsvaardigheden en dienen gevoelig gemaakt te worden voor hun eigen verantwoordelijkheid inzake de gezondheidsvaardigheden van hun patiënt. Hiervoor bestaan meerdere hefboomen: de ontwikkeling van vaardigheden om adequaat met de patiënten te communiceren en te interageren in hun opleiding opnemen, gezondheidsvaardigheden in de certificerings- en accrediteringsprogramma's opnemen, vertrekken van de bestaande kennis van de patiënten, eenvoudig taalgebruik, in talige bijstand voorzien voor patiënten die een vreemde taal spreken, ... Zorgverleners die aangemoedigd worden om aan de patiënten tijd te besteden en ze te ondersteunen en die gevoelig zijn voor culturele en sociale verschillen zullen een gunstiger impact hebben op het vermogen van de patiënt om zijn gezondheidstoestand te begrijpen en ermee om te gaan (Murugeau et al., 2018).

Ook de **verzorgingsinstellingen** beschikken over heel wat hefboomen: de mate van gezondheidsvaardigheden in elke verzorgingsinstelling beoordelen, meer onderlinge samenwerking tussen patiëntenorganisaties, burgers en verzorgingsinstellingen, hulpmiddelen ontwikkelen om de communicatie en toegankelijkheid in de instellingen te herzien, een toegankelijke locatie kiezen en inclusieve bewegwijzering binnen de zorginstellingen, betere methodes en manieren om berichten te verspreiden (herinneringen aan een afspraak sturen, brochures en pedagogisch materiaal maken). Het ideale model dat het Institute of Medicine (IOM) ontwikkelde, zet ook de bakens uit om de gezondheidsvaardigheden van een zorgorganisatie te verbeteren en levert zeer nuttige hulpmiddelen hiervoor. Dit kan ons inspireren (Brach et al., 2012).

Algemeen gaat het ook en vooral over "**gezondheidsdemocratie**". Het gezondheids- en preventiebeleid dus collectief uitwerken in overleg⁸ om voor de nodige actiemiddelen te

8. Zie <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10> voor een definitie.

zorgen als antwoord op de waardenconflicten die tussen de gemeenschap en de gezondheidsorganisaties kunnen ontstaan. Ook dient te worden nagegaan dat de antwoorden die collectief zijn uitgewerkt, legitiem overkomen bij de hele bevolking en dat geen conflict ontstaat voor individuen en gemeenschappen⁹. Meer nog, de sociale band is één van de eerste gezondheidsdeterminanten. Daarom is een gemeenschapsbenadering van gezondheid nodig die geïndividualiseerde antwoorden overstijgt. Wij denken dat één van de voorwaarden voor een geslaagd verbeterbeleid van gezondheidsvaardigheden is dat kennis binnen de betrokken groep ontwikkeld wordt. Alleen die aanpak zal zorgen voor een effectieve participatie aan een gezondheidsplan, hoe relevant dat ook mag zijn. Wij betreuren daarom dat bij de internationale aanbevelingen en actieplannen die in dit artikel bestudeerd zijn, slechts beperkt ruimte was voor gemeenschapsgezondheid en samenwerking.

Ten slotte zouden wij ook willen onderstrepen en eraan herinneren dat acties ter verbetering van de gezondheidsvaardigheden ook gepaard moeten gaan met een ruimer debat over alle **sociale gezondheidsdeterminanten**. Om sociale gezondheidsongelijkheden efficiënt te bestrijden en tegelijkertijd de gezondheidsvaardigheden te verbeteren, lijkt het ons van essentieel belang om de socio-economische ongelijkheden en de ongelijkheden inzake opleiding kleiner te maken.

6. Bibliografie

- Albouy-llaty M. (2016). *Littératie en santé : concept et pertinence en démocratie en santé*. Paris: Commission Spécialisée Droit des Usagers de la Conférence Nationale de Santé.
- Altin S. et Stock S. (2016). "The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices". *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Aluttis CA., Chiotan C., Michelsen M., Costongs C. et Brand H. (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Public health capacity consortium. Luxembourg.
- Ayotte BJ., Allaire JC. et Bosworth H. (2009). "The Associations of Patient Demographic Characteristics and Health Information Recall: The Mediating Role of Health Literacy". *Aging Neuropsychol Cogn*. 16 (4): 419–32.
- Baker DW., Gazmararian JA., Williams MV., Scott T., Parker RM., Green D., Ren J. et Peel J. (2002). "Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees". *Am J Public Health*. 92 (8) : 1278–83.
- Baker DW. (2006). "The meaning and measure of health literacy". *J Gen Intern Med*. 21 : 878–83.
- Berkman ND. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 155 : 97–107.
- Berkman ND., Sheridan SL., Donahue KE., Halpern DJ., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr KN. et Harden E. (2011b). "Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review". *Evid Rep Technol Assess*. 199 : 1–941.
- Brach C. et al. (2012). "Attributes of a health literate organization". Washington, DC, *Institute of Medicine*.
- Brainard J., Loke Y., Salter C., Koos T., Csizmadia P, Makai A., Gacs B., Szepes M. et the Irohla Consortium. (2016). "Healthy ageing in Europe: prioritizing interventions to improve health literacy". *BMC Research Notes*.
- Brainard J., Wilsher S., Salter C. et Loke, Y. (2016). Methodological review : quality of randomized controlled trials health literacy. *BMC Health Services Research*.
- Brumagne A. et Mannaerts D. (2018). « *Information, santé et inégalités : atouts de la littératie en santé.* » *L'Observatoire*. (96)
- Charafeddine R., Demarest S. et Berete F. (2019). Enquête de santé 2018 : Littératie en santé. Brussels Sciensano.
- Doak, C. et Doak, G. et Root, H. (1996). Teaching Patients with Low Literacy Skills. Hsph Harvard.
- Dupre ME. et Goerge LK. (2011). "Exceptions to the Rule: Exceptional Health Among the Disadvantaged". *Res Aging*. 33 (2) : 115–44.
- Dupuis P. (2015). « La littératie en santé : comprendre l'incompréhension ». *revue Education santé*, 309 : 8-10
- ECDC technical Report (2012). A rapid evidence review of interventions for improving health literacy. ECDC Technical Report. Stockholm.
- Eichler K. et al. (2009). "The costs of limited health literacy: a systematic review". *International Journal of Public Health*. 54 : 313–324
- Franzen J., Mantwill S., Rapold R. et Schulz PJ. (2014). "The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland". *The European Journal of Public Health*. 24 (6) : 997–1003.
- FRAPS (2018). La littératie en santé appliquée à la promotion de la santé. www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2018/09/Force de FRAPS 3 Litteratie en sante1.pdf
- Geboers B., Brainard J., Loke Y., Jansen C., Salter C., Reijneveld S. et deWinter A. (2015). "The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review". *BMC Public Health*.

9. De coronacrisis toonde het belang van de steun van de bevolking voor de invoering van een grootschalig gezondheidsbeleid: zonder steun, overtuiging van de bevolking op basis van informatie die zij voldoende legitiem acht, zou geen enkele inperkingsmaatregel zijn opgevolgd: problemen inzake volksgezondheid zijn dus wel degelijk democratische aangelegenheden en vragen voor een passende kennis.

- Heijmans M., Uiters E., Rose T., Hofstede J., Devillé W. et Van der Heide I. (2015). Study in sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussels: Directorate General for Health and Food Safety. European Commission.
- IROHLA Consortium. (2015). Health literacy in the older population. How it can contribute to sustainable health systems. Brief for policy makers in the EU member states. Groningen.
- Ishikawa H., Takeuchi T. et Yano E. (2008). « Measuring functional, communicative and critical health literacy among diabetic patients ». *Diabetes Care*. 31 (5) : 874-879
- Jansen T., Rademakers J., Waverijn G., Rijken M., Verheij R., Osborne R. et Heijmans M. (2018). « The role of health literacy in explaining socioeconomic differences in the use of out-of-hours primary care services: a mediation study. » *BMC Health Services Research*. 18 (1).
- Jeppesen KM., Coyle JD. et Miser WF. (2009). "Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients With Diabetes Mellitus". *Ann Fam Med*. 7 (1) : 24–31.
- Jessup et al. (2018). "Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia" *BMC Health Services Research* 18: 134.
- Joseph-Williams N., Elwyn G. et Edwards A. (2014). "Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making". *Patient Education and Counseling*. 94 (3) : 291-309.
- KCE report. (2019). Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries. Rondia, K., Adriaenssens, J., Van den Broucke, S. et Kohn, L. KCE Report 322.
- Kickbusch I., Pelikan J., Apfel F. et Tsouros A. (2013). Health Literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO.
- Logan RA., Wong WF., Villaire M., Daus G., Parnell TA., Willis E. et Paasche-Orlow MK. (2015). Health literacy: a necessary element for achieving health equity.
- Mannaerts D. (2018). « Pour une approche collective et émancipatrice de la littératie en santé, l'éducation thérapeutique à l'épreuve de la réalité », Bruxelles: Culture et santé, powerpoint en ligne : <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/02/approche-collective-et-emancipatrice-de-la-littratie-en-sant-d-mannaerts.pdf>
- Roberts, J. et UCL Institute of Health Equity (2015). Local action on health inequalities, improving health literacy to reduce health inequalities. Public Health England.
- McCormack LA., McBride CM. et Paasche-Orlow MK. (2016). "Shifting Away from a Deficit Model of Health Literacy". *Journal of Health Communication*. 21 (sup2) : 4-5.
- Murugesu L., Heijmans M., Fransen M. et Rademakers J. (2018). Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg; kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel; 2018.
- Mutualités Libres. (2016). Etude sur la qualité de la communication entre médecins généralistes et patients. Brussels: Mutualités Libres.
- Omachi TA., et al. (2013). "Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease". *J Gen Intern Med*. 28 (1) : 74–81.
- OMS (2013). *Health literacy. The solid facts*. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros
- OMS (2018). *Que sait-on de l'efficacité des politiques existantes et des activités en rapport avec celles-ci, s'agissant d'améliorer l'éducation sanitaire aux niveaux national, régional et organisationnel dans la Région européenne de l'OMS ? Rapport de synthèse 57*. Par Rowlands G., Russell S., O'Donnell A., Kaner E., Trezona A., Rademakers J. et Nutbeam D.
- Rademakers J. (2014). Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden. Utrecht: NIVEL.
- Rikard R., Thompson M., McKinney J. et Beauchamp A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health*. 16 (1).
- Roberts J. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. UCL Institute of Health Equity.
- Rudd RE. (2007). "Health literacy skills of U.S. adults". *Am J Health Behav*. 31 S8-18
- Rudd R., McCray A., Nutbeam D. (2012). "Health literacy and definition of terms". In: Begoray D., Gillis D. et Rowlands . "Health Literacy in context". New York: Nova Science Publishers Inc.
- Rudd R. (2017). Health Literacy: insights and issues. In: Logan R, Sigel E, editors. Health Literacy. Amsterdam: IOS Press.
- Sayah F., Majumdar S., Williams B., Robertson S. et Johnson J. (2013). Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*. 28 (3)
- Sheridan, S., Halpern D., Viera A., Berkman N., Donahue K et Crotty K. (2011). Interventions for individuals with low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*. 16: 3
- Solidaris Institute. (2017). L'information santé en Belgique francophone. Etats des lieux, attentes de la population et impact d'internet.
- Sørensen K. Van den Broucke S., Pelikan J., Fullman J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B., Stoffels V., Osborne et Brand H. (2013). "Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)". *BMC Public Health*. 13: 948.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. et al. (2012). "Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models" *BMC Public Health*. 12 (80).
- Sorensen K., Pelikan J., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullman J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M. et al. (2015). "Health literacy in Europe: com-

- parative results of the European health literacy survey (HLS-EU)". *European Journal of Public Health*. 25 (6).
- Souza JG., et al. (2014). "Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study". *BMJ Open*. 4 (2)
 - Stormacq C., Van den Broucke S., Wosinski J. (2019). "Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health". *PubMed*.
 - Sudore RL., Yaffe K., Satter Field S., Harris TB., Mehta KM., Simonsick EM., Newman AB., Rosano C., Rooks R., Rubin SM., et al. (2006). "Limited Literacy and Mortality in the Elderly The Health, Aging, and Body Composition Study". *J Gen Intern Med*. 21 (8) : 806–12.
 - Trezona A., Fitzsimon S. D. (2019). « Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions". In: Orkan O, editor. *International handbook of health literacy*. Bristol: Policy Press.
 - Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M., Van den Broucke S., Renwart A., Rummens G., Gerard F. (2014). "De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht". *CM Informatie* 258. December 2014
 - Van den Broucke, S. et Renwart A. (2014). "Health literacy mediates the relationship between education level and health behavior". *European Journal of Public Health* (24).
 - Van den Broucke S. (2019). "Capacity building for health literacy". In: Okan O, Bauer U, Pinheiro P, Sorensen K, D. L, editors. *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span*. Bristol: Policy Press.
 - Van der Heide I., Wang J., Droomers M., Spreeuwenberg P., Rademakers J. et Uiters E. (2013). "The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey". *Journal of Health Communication*. 18.
 - von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. (2007). "Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults". *J Epidemiol Community Health*. 61: 1086–90.