KCE REPORT 322As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

GEZONDHEIDSGELETTERDHEID: WELKE LESSEN TREKKEN UIT DE ERVARING VAN ANDERE LANDEN?





KCE REPORT 322As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

GEZONDHEIDSGELETTERDHEID: WELKE LESSEN TREKKEN UIT DE ERVARING VAN ANDERE LANDEN?

KARIN RONDIA, JEF ADRIAENSSENS, STEPHAN VAN DEN BROUCKE, LAURENCE KOHN

2019 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

De wereld van de informatie breidt zich steeds uit, aan een tempo dat gerust exponentieel kan worden genoemd. De interesse in het medium papier gaat geleidelijk aan verloren, en richt zich nu grotendeels op virtuele toepassingen. Sites, netwerken en applicaties zijn allemaal bronnen waar we onze leergierigheid aan kunnen laven. Maar er staat echter niet, zoals in de bergdorpen, een vermelding dat het 'water drinkbaar is'. Ons lichaam profiteert gelukkig automatisch van het water dat we drinken, zonder dat wij er moeten over nadenken. Dat is helaas niet het geval voor de informatie die ons overspoelt, tot we op het punt staan erin te verdrinken.

Dit geldt in het algemeen, en in het bijzonder, voor de kennis die onze gezondheid, het behoud en het herstel ervan kan beïnvloeden. De filter, die de informatie die ons waarschijnlijk 'goed zal doen' identificeert en mobiliseert, wordt 'gezondheidsgeletterdheid' genoemd. Deze term maakte voor het eerst opgang in het begin van de jaren 70, maar bestaat eigenlijk al sinds het moment dat de mens kan redeneren en zich vragen stelt over zijn gezondheid. Net zoals de zo vaak nagestreefde vrijheid, is geletterdheid echter geen verworven vaardigheid, maar een constructie die nooit voltooid en altijd in opbouw is. Net zoals vrijheid wordt geletterdheid voor een deel alleen en voor een groot deel dankzij of ondanks anderen verworven. En net zoals bij vrijheid kan de context waarin we leven er bevorderlijk voor zijn, of niet. Als deze geletterdheid ons bezit is, als ze ons eigen is, en als ze individueel is, betekent dit niet dat wij er als enige verantwoordelijk voor zijn om ze vorm en inhoud te geven. Steeds meer hebben de actoren in de wereld van de gezondheid en in het bijzonder van de gezondheidszorg begrepen dat iedereen moet deelnemen aan de uitwerking en de verspreiding ervan. Uiteraard, net zoals bij andere aspecten van het leven, is het punt van vertrek niet voor iedereen hetzelfde. Ongelijkheden in gezondheidsgeletterdheid gaan samen met andere ongelijkheden, en hiermee moeten initiatieven om geletterdheid te promoten en verbeteren, dan ook rekening houden. Iedereen moet een inspanning leveren, maar wel op een manier die is aangepast aan ieders behoefte: dat is het proportionele universalisme. Bij dit werk van welwillendheid moeten we ons voortdurend op communicatie richten, door middel van onderwijs, cultuur, opleiding en tijdens het ‘colloque singulier’ tussen patiënt en zorgverlener. Het is misschien dan, wanneer de mens het meest kwetsbaar is, waar zijn fragiliteit tot uiting komt, dat hij er het meest behoefte aan heeft dat men zorg voor hem draagt, door ervoor te zorgen dat hij de boodschap begrijpt, die zo vanzelfsprekend kan lijken voor ingewijden. Individuele geletterdheid is dus ook en vooral afhankelijk van het collectief. Al diegenen die zichzelf beschouwen als ‘wetenden’ moeten de nodige tijd nemen om een vaardigheid over te dragen aan diegenen die willen weten. Deze aanbeveling is dan ook aan ieder van ons gericht.

Marijke EYSSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD **1**
SYNTHESE **2**
1. INLEIDING **4**
1.1. WAT IS GEZONDHEIDSGELETTERDHEID? 4
1.2. WAT IS HET GEZONDHEIDSGELETTERDHEIDNIVEAU VAN DE BELGISCHE BEVOLKING? 6
1.3. DOELSTELLINGEN EN METHODES VAN DIT RAPPORT 7
2. INTERNATIONALE VERGELIJKING **8**
2.1. WAAROM WERDEN DE ACTIEPLANNEN GELANCEERD? 8
2.2. HOE ZIJN DE ACTIEPLANNEN UITGEWERKT? 9
2.2.1. Wie nam het initiatief voor de plannen? 9
2.2.2. Hoe werden de plannen opgesteld? 10
2.2.3. Welke financiële middelen werden ingezet? 11
2.3. WAT IS DE INHOUD VAN DE ACTIEPLANNEN? 12
2.3.1. Wie zijn de begunstigden? 12
2.3.2. Wat zijn de aangekondigde doelstellingen? 12
2.3.3. Welke interventies worden voorgesteld? 14
2.4. HOE WORDEN DE ACTIEPLANNEN GEËVALUEERD? 16
2.4.1. Wat zijn de bewijzen van doeltreffendheid? 16
2.4.2. Wat weten we over de concrete impact van de actieplannen? 17
3. TE VERKENNEN PISTES TER VOORBEREIDING VAN EEN BELGISCH ACTIEPLAN **17**
3.1. DRIE TE OVERWEGEN PISTES 17
3.1.1. Een conceptueel actieplan? 17

3.1.2. Een pragmatisch actieplan? 18
3.1.3. …of geen actieplan? 18
3.2. HOE DE OMSTANDIGHEDEN VOOR SUCCES CREËREN? 19
3.2.1. Beleid 19
3.2.2. Ontwikkeling van de kennis 20
3.2.3. Versterken van de zorgverleners 21
3.2.4. Organisatorische geletterdheid van de instellingen 21
3.2.5. Partnerschappen 22
3.2.6. Financiële middelen 23
■ **AANBEVELINGEN 24**

1. INLEIDING

1.1. Wat is gezondheidsgeletterdheid?

De meeste mensen hebben nog nooit gehoord van gezondheidsgeletterdheid. Zodra de term echter wordt uitgelegd, vraagt men zich af hoe we het ooit zonder gered hebben. Waarover gaat het nu precies?

Het is het vermogen van een persoon om informatie over zijn gezondheid te vinden, te begrijpen, te evalueren en te assimileren, om vervolgens in zijn dagelijks leven keuzes te kunnen maken en beslissingen te nemen voor het behoud en de verbetering van zijn gezondheid en levenskwaliteit.

Zodra het concept duidelijk is, wordt ook de relevantie ervan duidelijk: zonder gezondheidsgeletterdheid kan iemand niet waken over zijn gezondheid, kan hij niet gezond leven of goede levens(stijl)keuzes maken. Dan is hij een soort “gezondheidsanalfabeet”.

Sinds eind de jaren 1990 werd al heel wat onderzoek gevoerd naar dit onderwerp: om tot een consensusdefinitie van het concept te komen, om het eens te worden over de manieren om het te meten en om de invloed ervan op de gezondheid van mensen te analyseren. Zo werd duidelijk aangetoond dat onvoldoende gezondheidsgeletterdheid gepaard gaat met gedrag dat een nefaste invloed heeft op de gezondheid (bv. onevenwichtige voeding, onvoldoende beweging), meer chronische ziektes, frequentere en langere ziekenhuisopnames, meer gebruik van de nooddiensten, minder gebruik van preventie- en screeningsmogelijkheden en, uiteindelijk, een lagere levenskwaliteit en kortere levensverwachting. Het opleidingsniveau, de socio-economische status en de culturele en sociale omgeving hebben zeker een invloed op het niveau van gezondheidsgeletterdheid.

Personen met een laag niveau van gezondheidsgeletterdheid hebben moeilijkheden om correct te interageren met gezondheidsprofessionals, om het hoe en waarom van een ziekte te begrijpen, om te praten met professionals over de keuzes die moeten worden gemaakt over hun gezondheid of hun behandelingen, om de bijsluiters van geneesmiddelen te begrijpen of om de behandelingsvoorschriften correct te volgen. Ze kosten ook meer aan de samenleving op gebied van zorgconsumptie en ze zijn desondanks in minder goede gezondheid en percipiëren zichzelf ook zo. Dit heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) ertoe gebracht om in de Verklaring van Shanghaï[a] over gezondheidspromotie de gezondheidsgeletterdheid wel degelijk te beschouwen als een belangrijke bepalende gezondheidsfactor en te stellen dat de strijd tegen gezondheidsongelijkheid een grondige aanpak van deze ongeletterdheid vereist.

Kader 1 – De gevolgen van een lage gezondheidsgeletterdheid: enkele cijfers

- Van de personen met de hoogste scores voor gezondheidsgeletterdheid, is meer dan 80% tevreden over zijn gezondheidstoestand, terwijl van de personen met de laagste scores slechts 30% zijn gezondheid als goed of erg goed beschouwt (WGO, 2013)
- Van de personen die meerdere keren per maand hun huisarts consulteren, heeft slechts 39% een voldoende hoog niveau van gezondheidsgeletterdheid, terwijl van hen die slechts eenmaal per jaar (of minder) hun huisarts consulteren, dit percentage 63% bedraagt. (Avalosse et al., 2016)
- Van de personen met de hoogste gezondheidsgeletterdheidscores, noemt slechts 20% zich sedentair (geen enkele vorm van lichaamsbeweging), terwijl van de personen met de laagste scores, meer dan 75% zichzelf sedentair noemt. (WGO, 2013)

[a] The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: World Health Organization; 2016 (9th Global Conference on Health Promotion).

De eerste definities van gezondheidsgeletterdheid richtten zich voornamelijk op de individuele capaciteiten om gezondheidsinformatie te begrijpen en om er “goed” gebruik van te maken. Maar geleidelijk aan is gebleken dat de manier waarop de gezondheidsinformatie wordt gebracht en waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd ook een rol spelen. Hoe complexer het gezondheidszorgsysteem, hoe moeilijker de gebruikers het hebben om ermee om te gaan als “competente” personen. Er is toen een mentaliteitswijziging gekomen, waarbij gezondheidsgeletterdheid een gedeelde verantwoordelijkheid werd van individuen en hun gezondheidszorgsysteem.

Deze ruimere visie van gezondheidsgeletterdheid als resultaat van een interactie tussen een patiënt en zijn gezondheidscontext, is de basis van de huidige definitie, die complexer maar ook correcter is. Daardoor zijn de middelen om deze geletterdheid te verbeteren ook toegenomen, gaande van interventies gericht op individuen naar acties gericht op het hele gezondheidszorgsysteem. Er zijn drie actieniveaus:

- Het **microniveau** is dat van de directe interactie tussen de gezondheidsprofessional en de patiënt. Op dat niveau is de inspanning er niet alleen op gericht dat de patiënt de informatie van de professional begrijpt, maar ook dat hij gemotiveerd is om zich volledig in te zetten voor preventie en de (zelf)sturing van zijn gezondheid. Aan de kant van de professional betekent het een vermogen om te communiceren en te controleren of de doorgegeven informatie correct begrepen is. Het volstaat immers niet om informatie te communiceren; de patiënten moeten ook ondersteund worden, zodat ze zich in staat voelen om deze informatie te gebruiken.
- Het **mesoniveau** richt zich op de organisatie van de zorgorganisaties en -instellingen (bv. ziekenhuizen, ziekenfondsen, …) zodat ze gezondheidsgeletterdheid bevorderen (*HL-friendly*)[b] bij hun gebruikers. Het gaat bijvoorbeeld om het gebruiksgemak van het afsprakensysteem, de bewegwijzering in de ziekenhuizen, de begrijpelijkheid van het informatiemateriaal, de beschikbaarheid van gebruiksvriendelijke digitale tools, enz. De opleiding van alle medewerkers (zorgverleners en niet-zorgverleners, zoals het onthaalpersoneel) is daarvoor van vitaal belang. Dit niveau wordt ook “organisatorische gezondheidsgeletterdheid” genoemd, en het voorbije decennium werd er heel wat onderzoek naar dit onderwerp gevoerd (zie Kader 2).
- Het **macroniveau** is het beleidsniveau, dat verantwoordelijk is voor de algemene voorwaarden zodat het zorgsysteem en de samenleving in zijn geheel *health literacy friendly* zijn. Deze initiatieven moet de grenzen van de gezondheidszorg overstijgen en alle sectoren omvatten, of ze nu al dan niet rechtstreeks verband houden met gezondheid. We denken natuurlijk aan de onderwijssector, maar ook aan tewerkstelling, sociale zaken, sport, cultuur, enz. In al die sectoren zijn acties mogelijk om de bevolking competenter en proactiever te maken op het vlak van gezondheid, waarbij de Heilige Graal het principe van “Gezondheid in alle beleidsdomeinen” is (*Health in All Policies*).

[b] Er bestaat geen algemeen aanvaarde Nederlandse vertaling van de Engelse termen “*health literate organisation”*, “*health literacy friendly”* of “*health literacy responsive”,* die courant wordt gebruikt in de wetenschappelijke literatuur. We gebruiken daarom de Engelse termen.

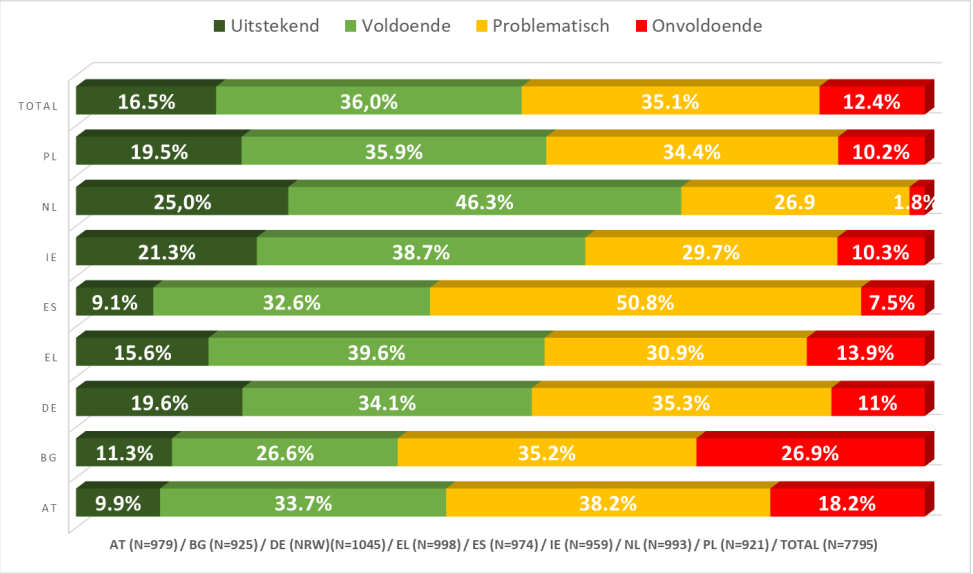
Kader 2 – De 10 attributen van een *health literacy friendly* organisatie (Cindy Brach, 2012)

1. Leadership dat gezondheidsgeletterdheid integraal opneemt in zijn missie, structuur en werking;
2. integreert gezondheidsgeletterdheid in planning, evaluaties, veiligheid van dienstgebruikers en kwaliteitsverbetering;
3. bereidt haar personeel voor om *health literate* te worden en volgt de vooruitgang op;
4. houdt rekening met haar doelpubliek bij het opzetten, het verlenen en het evalueren van gezondheidsinformatie en -diensten;
5. beantwoordt aan de noden van haar doelpubliek met een aantal vaardigheden voor gezondheidsgeletterdheid en vermijdt daarbij stigmatisering;
6. gebruikt strategieën voor gezondheidsgeletterdheid bij interpersoonlijke communicatie en controleert of de informatie goed begrepen wordt bij elk contact;
7. bevordert de toegang tot gezondheidsinformatie en -diensten en biedt ondersteuning bij het vinden van de weg hierin;
8. ontwerpt en verdeelt gedrukte, audiovisuele en sociale media content die gemakkelijk te begrijpen en te gebruiken is;
9. geeft aandacht aan gezondheidsgeletterdheid in risicosituaties, met inbegrip van zorgtransities, communicatie over geneesmiddelen, enz.;
10. communiceert duidelijk over wat gedekt wordt door de ziekteverzekering en voor welke diensten personen zelf moeten betalen.

1.2. Wat is het gezondheidsgeletterdheidniveau van de Belgische bevolking?

De eerste meting van de gezondheidsgeletterdheid bij de Europese bevolking vond plaats in 2012, met de HLS-EU-studie (*Health Literacy Survey in Europe*), die in acht landen werd uitgevoerd (Duitsland, Oostenrijk, Bulgarije, Spanje, Griekenland, Ierland, Nederland en Polen). Deze studie onderscheidde vier niveaus van gezondheidsgeletterdheid: onvoldoende, problematisch, voldoende en uitstekend. Van alle deelnemende landen had bijna de helft van de bevolking (47%) een onvoldoende of problematisch gezondheidsgeletterdheidsniveau, met echter grote verschillen tussen de landen onderling (29-62%). Deze resultaten worden weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1 – Resultaten van de HLS-EU-studie: gezondheidsgeletterdheidsniveau van de bevolking, per land (2012)



België nam niet deel aan de HLS-EU-studie, maar een enquête van de Christelijke Mutualiteiten in 2014 bij haar leden, met een vragenlijst afgeleid van die van de Europese studie, kon ons land vergelijken met de Europese resultaten: 41,3% van de ondervraagden had een onvoldoende of problematisch niveau van gezondheidsgeletterdheid. In oktober 2019 publiceerde Sciensano de Gezondheidsenquête, waarvoor het dezelfde vragenlijst als die van de Christelijke Mutualiteiten gebruikte bij een representatief staal van de Belgische bevolking. De antwoorden waren iets gunstiger, met slechts 33,4% onvoldoende of problematische niveaus.

Die enquêtes toonden ook aan dat de personen met het laagste niveau van gezondheidsgeletterdheid ook vaak een lagere sociale status, een laag opleidingsniveau of een gevorderde leeftijd hebben. Het bevestigt dat bij de ontwikkeling van volksgezondheidsstrategieën om de gezondheidsgelijkheid in de Europese landen te verbeteren, rekening moet worden gehouden met de socio-economische gradiënt van de gezondheidsgeletterdheid.

In heel wat landen zorgden de resultaten van de HLS-EU-studie ervoor dat gezondheidsgeletterdheid een centrale plaats toebedeeld kreeg. Meerdere rapporten van internationale instanties (Wereldgezondheidsorganisatie, Verenigde Naties, Europese gemeenschap, …) bevatten aanbevelingen om de situatie te verbeteren (zie wetenschappelijk rapport deel 1.4). Ook in België lieten heel wat stemmen zich horen, zowel op beleidsniveau als op niveau van de samenleving, om een specifiek beleid rond gezondheidsgeletterdheid te vragen (zie wetenschappelijk rapport deel 3.2). De federale langetermijnvisie inzake duurzame ontwikkeling[c] van de Ministerraad in 2013[d], vermeldt expliciet de verbetering van de gezondheid van de burgers en de vermindering van de ongelijkheid – specifiek inzake gezondheid –als een van de 55 doelstellingen voor 2050. Aangezien gezondheidsgeletterdheid een cruciale bepalende factor voor gezondheid is, en een kritische impact heeft op gezondheidsongelijkheid, is een actieplan zeer wenselijk. Het is binnen dit kader dat de FOD Volksgezondheid aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg vroeg om de huidige studie uit te voeren, als voorbereiding voor een eventueel Belgisch federaal actieplan om de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking te verbeteren.

1.3. Doelstellingen en methodes van dit rapport

De doelstelling van deze studie is om het beleid rond gezondheidsgeletterdheid in enkele landen te analyseren, om er lessen uit te trekken en om aanbevelingen te formuleren over elementen waarmee best rekening wordt gehouden bij de ontwikkeling van een eventueel Belgisch federaal actieplan.

Na een verkennende studie van de internationale situatie en met de hulp van een Belgische expert, werden zes landen weerhouden voor deze internationale vergelijking:

- Australië, want dit land voert zeer actief onderzoek naar gezondheidsgeletterdheid. Bovendien is het een federaal land, zoals België;
- Oostenrijk, omdat het sterk geïnvesteerd heeft in gezondheidsgeletterdheid na de publicatie van de HLS-EU-studie en goede resultaten heeft verkregen op korte tijd. Bovendien is het ook een federaal land;
- Ierland, waar het beleid rond gezondheidsgeletterdheid vooral gevoerd wordt door de verenigingssector, wat een specifiek kenmerk is;
- Nederland, omdat zelfs zonder een specifiek actieplan inzake gezondheidsgeletterdheid, de bevolking toch een hoog niveau van gezondheidsgeletterdheid haalt;

[c] https://www.developpementdurable.be/sites/default/files/document/files/publicatie_langetermijnvisie_122014_fr_v01.pdf

[d] K.B. van 18 juli 2013, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 8 oktober 2013.

- Portugal, omdat dit land recent veel energie heeft geïnvesteerd in de verbetering van de gezondheidsgeletterdheid bij de bevolking, na een studie die eerder zwakke resultaten aangaf in vergelijking met andere Europese landen;
- Schotland, dat een actieplan inzake gezondheidsgeletterdheid heeft ingevoerd dat doeltreffend lijkt. Bovendien beslist het autonoom over zijn gezondheidszorg, binnen een federatie van staten (Verenigd Koninkrijk).

Voor de zes geselecteerde landen werden de documenten en publicaties over hun beleid gezocht in de wetenschappelijke literatuur en de grijze literatuur. Lokale experten werden geïdentificeerd en gecontacteerd voor gesprekken. De ingezamelde informatie werd gestructureerd in een analyseraster. Deze vormde daarna de basis voor een transversale analyse. De methodologische details zijn terug te vinden in hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport.

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING

Dit hoofdstuk vat in enkele vragen samen wat opvalt bij de vergelijking van de actieplannen in de zes geselecteerde landen. De uitgebreide vergelijking is terug te vinden in het wetenschappelijke rapport en de fiches met de exhaustieve informatie per land zitten in de bijlage van het rapport.

2.1. Waarom werden de actieplannen gelanceerd?

De meeste Europese landen stelden hun actieplannen op na de publicatie van de resultaten van de Europese Enquête naar gezondheidsgeletterdheid HLS-EU (of van de resultaten van nationale metingen die dezelfde methodologie gebruikten). Deze waren voor de gezondheidszorgautoriteiten van die landen opzienbarend. Enkel **Nederland** behaalde een relatief goed resultaat, en dit was waarschijnlijk te danken aan een grote investering in gezondheidspromotie in de laatste decennia en de uitgesproken trend tot individuele responsabilisering, die zo kenmerkend is voor het land.

Daarnaast passen de actieplannen in **Australië, Oostenrijk**, **Portugal** en **Schotland** in een ruimere hervormingscontext van hun gezondheidszorgsysteem. In **Oostenrijk** is de hervorming vooral gericht op de structurele aspecten van de gezondheidszorg, maar men maakte van deze gelegenheid ook gebruik om tegelijk de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking door bepaalde interventies te verbeteren. In **Australië** werd het actieplan expliciet opgenomen in de nieuwe nationale veiligheids- en zorgperformantie-normen. Dat geeft hen een grote zichtbaarheid, maar de keerzijde is dat de interventies enkel beperkt zijn tot de sector van de gezondheidszorg. In **Schotland** was de aanleiding voor een actieplan de hervorming van hun sociale zekerheidssysteem. Deze integreert de gezondheidszorg en de sociale diensten, en legt het accent op preventie, zelfzorg, ‘advance care planning’ en persoonsgerichte zorg. In **Portugal** paste het plan eveneens binnen een hervorming van de gezondheidszorgdiensten die de burger centraal plaatst.

2.2. Hoe zijn de actieplannen uitgewerkt?

2.2.1. Wie nam het initiatief voor de plannen?

In vier van de zes landen (**Australië**, **Oostenrijk**, **Portugal** en **Schotland)**, komen de actieplannen rond gezondheidsgeletterdheid van de overheid; in de twee andere (**Nederland, Ierland**), werden ze gedragen door de verenigingssector wel met zeer verschillende dynamieken. In **Ierland** werd het werk voornamelijk gedaan **door** een liefdadigheidsinstelling die zich bezighoudt met geletterdheid in het algemeen, de National Adult Literacy Agency – NALA (https://www.nala.ie) terwijl in **Nederland** een grote koepelorganisatie van meer dan 80 verenigingen samenwerkt met een intersectoraal preventieprogramma van de overheid. De uitwerking van programma's en activiteiten rond gezondheidsgeletterdheid kan dus gebeuren zonder een echt nationaal "actieplan"; in dat geval hangen deze af van andere factoren zoals de sensibilisering voor gezondheidsgeletterdheid of de aanwezigheid van een erg actieve verenigingssector ("associative sector", bv verenigingen met een maatschappelijk doel, de vrijwilligerswerking, de ngo's, enz.), . In de rest van dit document gebruiken we de term "actieplan" voor specifieke, coherente plannen opgezet door de overheid van een land, en "gezondheidsgeletterdheidsbeleid" voor (overheids- of niet-overheids-) initiatieven buiten het kader van een plan (cf. Nederland en Ierland).

De politieke organisatie van de landen werd ook aandachtig bekeken, want dit is bepalend voor een land als het onze. In **Australië**, een federatie van staten en territoria, wordt de gezondheidszorg beheerd door de federale staat en de "deelstaten". De diagnose van de initiatiefnemers van het nationale actieplan zou ook van toepassing kunnen zijn op België, nl het bestaan van "eilandjes van excellentie" op het terrein, maar een gebrek aan coördinatie en het werken 'in silo's', zonder samenwerking tussen sectoren, instellingen of professionals. Daarom besloot de federale regering om een "nationale ordonnantie" uit te vaardigen over gezondheidsgeletterdheid. Deze is echter slechts een intentieverklaring zonder exacte doelstellingen of toewijzing van financiële middelen. Alle regionale besturen hebben deze verklaring aanvaard, en daarnaast ontwikkelden sommige staten hun eigen actieplan. Enkele jaren voordien was gezondheidsgeletterdheid wel al opgenomen in de verplichte zorgkwaliteitsstandaarden, binnen het kader van de lopende hervorming van het zorgsysteem in het hele land (bv. het gebruiken van specifieke communicatietechnieken om in dialoog te gaan met patiënten of het ter beschikking stellen van tolkdiensten).

Oostenrijk is ook een federatie van negen Länder die relatief autonoom hun gezondheidszorg organiseren. De Oostenrijkse federale regering heeft een aanpak van "Gezondheid in alle beleidsdomeinen" opgestart (*Health in All Policies*) waarbij 10 intersectorale gezondheidsdoelstellingen werden vastgelegd. Doelstelling nummer 3 betreft gezondheidsgeletterdheid. Maar ook hier lijkt het vooral een intentieverklaring te zijn. De hervorming van het gezondheidszorgsysteem die parallel loopt met deze tien doelstellingen, bevat echter zeer concrete doelstellingen en kreeg ruime financiële middelen toebedeeld; gezondheidsgeletterdheid maakt daar echter maar een zeer marginaal deel van uit.

Schotland kan worden beschouwd als een autonome regio inzake gezondheidszorg, binnen een "federatie" van staten (het Verenigd Koninkrijk). De Schotse regering lanceerde het actieplan, in samenwerking met de *National Health Service Scotland*.

Tabel 1 geeft een overzicht van de initiatiefnemers en lanceringsjaren van de verschillende actieplannen.

Tabel 1 – Initiatiefnemers van de actieplannen en beleid

Actieplannen door de **nationale overheid**	Beleid opgestart door de **verenigingssector**
• **OOSTENRIJK:** Oostenrijkse Ministerraad (2012) • **AUSTRALIË:** Australische Commissie van Veiligheid en Kwaliteit in Gezondheidszorg (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care - ACSQHC) (2014) • **PORTUGAL:** Minister van gezondheid en Algemene Gezondheidszorgdirectie (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde) (2018) • **SCHOTLAND:** Schotse regering (sociale zaken en gezondheid) + NHS Scotland (2014)	• **IERLAND:** de *National Adult Literacy Agency* (NALA) sinds 2002 • **NEDERLAND:** Alliantie Gezondheidsvaardigheden + Nationaal Programma 'Alles is Gezondheid' sinds 2010

2.2.2. Hoe werden de plannen opgesteld?

Alle bestudeerde actieplannen en initiatieven van gezondheidsgeletterdheid verenigen overheden en de verenigingssector, in verschillende verhoudingen. Zo werd het actieplan in **Schotland** top-down ontwikkeld: het initiatief kwam van de gezondheidszorgoverheden en mobiliseert de zeer aanwezige verenigingssector. In **Nederland** en **Ierland** verloopt de aanpak in omgekeerde richting, met een zeer actieve verenigingssector die impulsen geeft aan en aandringt bij de overheid, om uiteindelijk steun te krijgen.

De bestudeerde actieplannen/beleidsinitiatieven werden allemaal opgesteld op basis van een brede raadpleging van stakeholders, vooraf, of tijdens hun uitwerking. De stakeholders werden verzameld in soms bestaande werkgroepen (**Australië**), soms tijdelijke en *ad hoc* werkgroepen (**Schotland, Portugal**) of permanente werkgroepen (**Oostenrijk**). In het laatste geval is de werkgroep een platform geworden voor de coördinatie en implementatie van het plan.

Een ander interessant aspect is de mate waarin de actieplannen gebaseerd zijn op reeds bestaande acties of, integendeel, de aanzet zijn tot nieuwe interventies, en de redenen voor deze keuze. In **Portugal** werd een set van 12 criteria uitgewerkt om de nieuwe interventies te evalueren. In **Oostenrijk** moesten de interventies oorspronkelijk nieuw zijn, maar dit moest uiteindelijk worden versoepeld om te vermijden dat bestaande waardevolle acties zouden verloren gaan. De twee landen waar het plan zijn oorsprong vindt in de verenigingssector hebben zich automatisch gebaseerd op bestaande activiteiten, gedragen door reeds actieve organisaties. Er is echter een belangrijk verschil: terwijl in **Ierland** NALA de enige en unieke speler voor geletterdheid lijkt in het hele land, werd in **Nederland** de Alliantie Gezondheidsvaardigheden opgericht, om alle bestaande initiatieven te verenigen, en om de samenwerking tussen de actoren te vergemakkelijken en bevorderen.

Kader 3 – Nederland: een nationale Alliantie Gezondheidsvaardigheden

In **Nederland**, waar geen specifiek actieplan voor gezondheidsgeletterdheid bestaat, is er de nationale Alliantie Gezondheidsvaardigheden (*Alliantie gezondheidsvaardigheden*). Het is een niet-gouvernementeel netwerk dat meer dan 80 leden verenigt uit de verenigings-, academische en privésector. De Alliantie werkt volgens een gemeenschappelijk programma van kennisuitwisseling, netwerking en planning van gemeenschappelijke acties. De Alliantie houdt zich vooral bezig met de uitwerking van instrumenten voor gezondheidsprofessionals, om hun contacten met personen met een lage gezondheidsgeletterdheid te vergemakkelijken. De Alliantie organiseert ook werkgroepen rond onderzoek, opleiding en participatie van de patiënten. Elke individuele partner binnen de Alliantie behoudt de eigen missie en doelstellingen, en het individuele werk wordt niet bepaald door de Alliantie.

Sinds 2010 werkt de Alliantie nauw samen met een overheidsinitiatief binnen een nationaal preventieprogramma onder de naam "*Alles is Gezondheid*", dat meer dan 3000 partners verenigt.

2.2.3. Welke financiële middelen werden ingezet?

Het was erg moeilijk om informatie in te zamelen over de financiering van de verschillende actieplannen.

In **Oostenrijk** beschikt de aanpak van de intersectorale doelstellingen niet over financiële middelen en moeten de ledenorganisaties van het platform *Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz* (OEPGK) zelf de middelen vinden om hun interventies te financieren (door eventueel een overheidssubsidie aan te vragen). De interventies binnen het kader van de hervorming van de gezondheidszorg krijgen echter wel financiële middelen, dankzij een gezamenlijk akkoord van het federale ministerie van gezondheid, de 9 Länder en de ziekenfondsen. Die middelen zijn in feite de voornaamste bron van financiering voor de interventies inzake gezondheidsgeletterdheid – met die beperking dat ze enkel de gezondheidszorgsector betreffen.

Het intersectorale platform OEPGK wordt gefinancierd door het Oostenrijkse Fonds voor gezondheidsbevordering (FGÖ, een afdeling van het Instituut voor onderzoek en planning voor de gezondheidszorg (GÖG)). Tot op heden werd geen enkele privéfinanciering besteed aan de interventies rond gezondheidsgeletterdheid in Oostenrijk, maar dat zou kunnen veranderen omwille van de beperktheid van de beschikbare middelen. Die uitbreiding kan enkel mogelijk zijn na overleg van alle partners in alle transparantie.

In **Australië** voorziet het "*National Statement*" – dat in wezen een referentiekader is – ook geen financiële middelen. Ook voor de vereiste maatregelen binnen het kader van het veiligheids/kwaliteitsprogramma wordt geen enkele financiering voorzien (behalve eventueel op lokaal vlak). In **Schotland** is de werking van het actieplan het resultaat van een samenwerking tussen de Schotse regering, de *National Health Service Scotland*, de verenigingssector en de vrijwilligerssector, maar het was onmogelijk meer precieze financiële details te vinden. In **Portugal** wordt het hele plan gefinancierd door het Ministerie van gezondheid.

In **Ierland** bestaat er sinds 2007 een samenwerking tussen de farmaceutische multinational MSD met NALA, door de sponsoring van verschillende enquêtes en de *Crystal Clear MSD Health Literacy Awards*, ter bekroning van huisartsen en apothekers die rekening houden met eventuele lacunes in gezondheidsgeletterdheid bij patiënten in hun dagelijkse contacten (op basis van een online audit met negen vragen).

Kader 4 – Het intersectorale Oostenrijkse platform voor gezondheidsgeletterdheid (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz - OEPGK)

Het OEPGK werd opgericht om de acties rond gezondheidsgeletterdheid te ondersteunen in het kader van de implementatie van de 10 intersectorale doelstellingen voor volksgezondheid en de hervorming van het gezondheidszorgsysteem. De samenstelling van het platform is gebaseerd op de *Health in All Policies* aanpak, met vertegenwoordigers van elk van de 5 groepen: de federale regering, de 9 Länder, de ziekteverzekeringen, de HiAP-partners (de andere betrokken ministeries) en verkozen vertegenwoordigers van de vijftigtal ledenorganisaties (partners uit de gezondheids-, opleidings- en sociale bescherming en uit de wetenschappelijke verenigingen en de NGO's), onder het voorzitterschap van de federale minister van tewerkstelling, sociale zaken, gezondheid en consumentenbescherming. De werking van dit grote partnerschap is gebaseerd op een participatief management.

Werkgroepen komen samen rond bepaalde thema's, met medewerking van alle betrokken experts en stakeholders. Hun belangrijkste taak is het uitwerken van strategische concepten en praktische instrumenten voor de professionals op het terrein. Meer details zijn te vinden in het wetenschappelijke rapport.

2.3. Wat is de inhoud van de actieplannen?

2.3.1. Wie zijn de begunstigden?

In alle landen zijn de actieplannen gericht op de volledige bevolking. Sommige landen kiezen er echter voor hun actie af te stemmen op de "levenscyclus" door specifieke aandacht te besteden aan bepaalde levensfases. Dat is het geval in **Portugal**, dat het onderscheid maakt tussen kinderen/adolescenten, volwassenen/ouders en ouderen en dat ook het accent legt op de overgangsmomenten in het leven (bv. start aan de universiteit, eerste stap op de arbeidsmarkt, pensioen, ...).

Daarnaast richten alle landen zich specifiek op bepaalde zwakke groepen waarvan de definitie varieert (bv. ouderen, lagere sociale klassen, migranten, personen met een handicap, een chronische ziekte of mentale gezondheidsproblemen, …) of specifieke groepen (bv. slechthorenden). In **Nederland** richt de laatste versie van het nationale preventieprogramma zich op scholen, wijken en werkmilieus.

2.3.2. Wat zijn de aangekondigde doelstellingen?

We zien ook een grote diversiteit aan doelstellingen. Ze gaan van een zeer concreet micro/mesoniveau (Schotland) naar een zeer globaal intersectoraal macroniveau (de tien doelstellingen van Oostenrijk). Er is zo goed als geen kwantitatieve doelstelling, behalve in Oostenrijk, waar het plan streeft naar 55% Oostenrijkers met een "voldoende" of "uitstekende" gezondheidsgeletterdheid.

De vaakst genoemde doelstelling in de verschillende actieplannen is sensibilisering (*awareness raising*), die kan worden beschouwd als gemeenschappelijke noemer – of eerste voorwaarde – van alle beleid ter verbetering van de gezondheidsgeletterdheid in een land. Deze sensibilisering kan de hele maatschappij aanbelangen (macro- en microniveau) of specifieker de gezondheidsprofessionals (mesoniveau: zorgkwaliteit).

In **Australië** wil men met de doelstellingen van het "*National Statement"* een klimaat van nationale actie en samenwerking inzake gezondheidsgeletterdheid (macroniveau) bevorderen. Hiervoor wil men een kader en informatieve hulpmiddelen bieden aan de lokale niveaus, die over een ruime autonomie inzake gezondheidsbeleid beschikken. Sommige regio's hebben hun eigen actieplannen uitgewerkt, zoals bijvoorbeeld *New South Wales*.

De situatie is enigszins gelijkaardig in **Oostenrijk**, dat ook een federaal land is. De intersectorale doelstelling richt zich op drie prioriteiten, een op elk niveau: de individuele gezondheidsgeletterdheid verbeteren door het accent te leggen op zwakke bevolkingsgroepen (microniveau), de graad van *health literacy friendliness* van de gezondheidszorgdiensten verbeteren (mesoniveau) en het economische systeem in zijn geheel mensvriendelijker maken (macroniveau). Maar die doelstellingen blijven echter nogal vaag, vooral op macroniveau. Er zijn veel concretere doelstellingen geformuleerd (micro-meso) binnen het kader van de hervorming van de gezondheidszorg, zelfs al maakt de geletterdheid er slechts een klein deel van uit. Het gaat om het verbeteren van de communicatievaardigheden van de zorgprofessionals, de kwaliteit van de geschreven en audiovisuele informatie, de *health literacy friendliness* van de organisaties (organisatorische geletterdheid) en de verzelfstandiging van de burgers/patiënten (door hen interactieve technieken te leren zoals *Ask-me-three* – zie verder). Een laatste doelstelling richt zich op het macroniveau: een monitoring van de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking. Oostenrijk werd inderdaad gevraagd om de toekomstige enquête van de *European Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy* (M-POHL) te coördineren, bovenop de deelname van het land aan de acties van dit netwerk.

In **Portugal** wil het nationale actieplan de niveaus van gezondheidsgeletterdheid bij de bevolking duurzaam verhogen, de capaciteit van de mensen om hun weg te vinden binnen het gezondheidszorgsysteem en hun zelfmanagement en welzijn (bij chronische aandoeningen) verbeteren en kennis en onderzoek bevorderen.

De algemene doelstelling van het (eerste) **Schotse** actieplan is zeker meso: een cultuur en zorgpraktijk doen ontstaan die gelijkwaardige toegankelijkheid, samenwerking met de patiënt en zelfmanagement van de gezondheidsproblemen bevordert. Er werd gekozen voor het mesoniveau omdat er in het onderwijs al interesse is voor geletterdheid en gezondheid (het Schotse onderwijs behandelt al functionele geletterdheid/rekenvaardigheid en digitale cultuur, met daarbij een focus op gezondheid, welzijn en persoonlijke ontwikkeling) en omdat de lokale gemeenschappen ook initiatieven hebben ontwikkeld. Maar de Schotten werden ook tot actie aangespoord doordat hun gezondheidszorgsysteem weinig flexibel bleek om zijn complexiteit voor de gebruikers aan te pakken. Het eerste actieplan was dus gericht op een betere toegankelijkheid tot communicatietechnieken voor de zorgverleners, om beter te leren omgaan met het lage geletterdheidsniveau van de bevolking, en op de ontwikkeling van innoverende hulpmiddelen. Specifieke aandacht ging daarbij uit naar de kritische zorgtransities (ontslag uit ziekenhuis, geïnformeerde toestemming (consent), aanpassing van geneesmiddelen). Het tweede actieplan is gebaseerd op het eerste, maar bevindt zich meer op het organisatorische mesoniveau. Het ondersteunt en begeleidt vooral de gezondheidszorgdiensten, zodat ze beter beantwoorden aan de noden van de bevolking.

In **Ierland** is er een algemeen regeringsactieplan (*Healthy Ireland*), maar het bevat bijna geen enkele verwijzing naar gezondheidsgeletterdheid. Een van de thema's is echter de empowerment van personen en gemeenschappen om "mensen aan te moedigen, te ondersteunen en de mogelijkheid te geven om betere keuzes te maken voor zichzelf en hun familie". Onder dit thema staan twaalf acties, en slechts één vermeldt specifiek gezondheidsgeletterdheid. Maar andere intersectorale acties kunnen worden beschouwd als onrechtstreeks gericht op dit doel, zoals bv. "Partnerschappen, strategieën en initiatieven ondersteunen die het aandeel jongeren dat zijn studies afwerkt" moet vergroten.

De concretere doelstellingen voor gezondheidsgeletterdheid bevinden zich in het domein van de verenigingssector, waar de stichting (charity) NALA actief lobbyt en geletterdheid op alle agenda's zet: onderzoek, sensibilisering, opleiding en accreditatie van gezondheidsprofessionals, of het besteden van aandacht aan gezondheidsgeletterdheid in alle nationale gezondheids- en screeningscampagnes.

In **Nederland** is er bij gebrek aan een actieplan geen aangekondigde doelstelling, maar de Nationale Alliantie verklaart te streven naar het verminderen van ongelijkheden inzake gezondheid binnen het kader van het nationale preventieprogramma "*Alles is Gezondheid"*.

2.3.3. Welke interventies worden voorgesteld?

Aangezien de analyse van de interventies rond gezondheidsgeletterdheid niet behoren tot het kader van deze studie, en om te veel herhalingen te vermijden, vat dit deel kort de verschillende actietypes samen (volgens macro-meso-microniveau, met onvermijdelijke overlappingen). U vindt alle details en volledige referenties van alle actieplannen per land in de bijlage van het wetenschappelijke rapport.

Macroniveau

Hoewel de doelstellingen van de actieplannen vaak verwijzen naar **intersectoraal beleid,** konden erg weinig concrete voorbeelden van dergelijke interventies worden geïdentificeerd. Enkel Australië vermeldt specifiek de opvoeding van kinderen, met nationale programma's om de algemene en gezondheidsgeletterdheid te verbeteren.

De geïdentificeerde interventies voor **gezondheidsbeleid** zijn:

- Het opnemen van gezondheidsgeletterdheid in de regeringswetgeving en -maatregelen, zoals het bevorderen van beleidsmaatregelen met specifieke aandacht voor gezondheidsgeletterdheid;
- Het opnemen van gezondheidsgeletterdheid in de kwaliteitsnormen en financieringsmechanismes, zoals de financieringsmechanismes wijzigen om sensibilisering en interventies aan te moedigen;
- Een systematische opname van gezondheidsgeletterdheid en -bevordering in de opleiding/professionele competenties van alle (toekomstige) zorgverleners en sociale werkers;
- Een systematische opname van communicatie-, gespreks- en empowermentvaardigheden in de opleiding/professionele competenties van alle (toekomstige) zorgverleners en sociale werkers;
- De uitwerking van evidence-based normen voor de opleidingen in communicatie en empowerment voor alle zorgverleners en sociale werkers, conform het Calgary Charter;
- Rekening houden met communicatie-, gespreks- en empowermentvaardigheden als accreditatiecriterium voor zorgverleners;
- De opname van (zelf-)assessments van *health literacy friendliness* in de zorgkwaliteitsnormen;
- De financiering van sensibiliseringscampagnes, volksgezondheidsprogramma's, gezondheidspromotiecampagnes, sociale marketing, enz. die verband houden met gezondheidsgeletterdheid;
- Een algemeen gebruik van elektronische patiëntdossiers met behulp van een adequate begeleiding, om er een echte empowerment tool van te maken.

Tot slot omvatten de acties op macroniveau ook de financiering van en deelname aan nationale en internationale **onderzoeksinitiatieven,** zoals de deelname aan de grote M-POHL-studie (Measuring Population and Organisational Health Literacy) of aan andere internationale initiatieven.

Mesoniveau

- Het opnemen van aandacht voor gezondheidsgeletterdheid in het beheer, de procedures en de praktijken van gezondheidszorgorganisaties en zorginstellingen, om ze meer gebruiksvriendelijk te maken;
- Het ontwikkelen en gebruiken van praktische tools, assessments en kwaliteitsnormen voor *health literacy friendly* zorgcontexten;
- Het ontwikkelen van opleidingen voor het zorg- en onthaalpersoneel binnen gezondheidszorgorganisaties en zorginstellingen;
- Idem voor de eerstelijnszorg;

- Het bevorderen bij de zorgverleners en de sociale en 'community-based' diensten van benaderingen waarmee kan worden nagegaan of de gegeven informatie goed begrepen werd en of er rekening werd gehouden met wat echt belangrijk is voor de patiënt (patiëntgerichte aanpak);
- Het samenwerken met burger- of patiëntpanels om de relaties met de zorgverleners te verbeteren;
- Het bevorderen, met de hulp van de patiënten, van de identificatie van de organisatorische obstakels in de zorginstellingen, zoals een incoherente bewegwijzering, slecht begrijpbare mails, enz.;
- Het beroep doen op nieuwe technologieën om de zorg rond de patiënt te organiseren (bv. een programma dat ambulante patiënten sensibiliseert, om onnodige bezoeken aan de spoeddiensten te verminderen).
- Het aanmoedigen van de ziekenfondsen om *health literacy friendly* te zijn;
- Het ondersteunen van interculturele bemiddelingsdiensten.

Microniveau

1. Gericht op de patiënten en burgers

Acties gericht op het versterken van de toegankelijkheid tot kwaliteitsvolle informatie

- Het voorzien van betrouwbare informatie over gezondheidsonderwerpen (brochures, websites en digitale platforms, telefoonlijnen, ...) en de auteurs ervan informeren over goede informatiepraktijken die zijn aangepast aan de noden van het doelpubliek. NB: de patiëntvertegenwoordigers moeten hierbij als experts worden betrokken om er zeker van te zijn dat de documenten en hulpmiddelen werkelijk beantwoorden aan de noden;
- Het ontwikkelen van gezondheidspromotieprogramma's en sociale marketingcampagnes voor de verschillende doelgroepen (consumenten, kinderen, migranten, kwetsbare groepen, enz.);
- Aandacht voor gezondheidsgeletterdheid in de nationale gezondheidscampagnes en screeningprojecten.

Acties gericht op empowerment

- Het invoeren van communicatietechnieken geïnspireerd op het concept "*Ask me 3"* (zie Kader 5);
- Het voorzien en begeleiden van de toegang tot het eigen elektronisch medisch dossier;
- Het bevorderen van zelfmanagement, gedeelde besluitvorming en vroegtijdige zorgplanning;
- Het voorstellen aan kwetsbare bevolkingsgroepen van coaching voor het verbeteren van de vaardigheden inzake (gezondheids)geletterdheid (bv. hoe betrouwbare informatie vinden en er goed gebruik van maken);
- Het opleiden van bepaalde leden van een gemeenschap (bv. migranten) om "kampioen" in gezondheidsgeletterdheid te worden en informatie te verspreiden binnen de gemeenschap; een netwerk van "kampioenen" opbouwen.

2. Gericht op de zorgverleners

- Het ontwikkelen van sensibiliseringscampagnes bij het zorgpersoneel rond de gevolgen van een lage gezondheidsgeletterdheid en de manieren om die bij de patiënten te detecteren;
- Het voorstellen van opleidingen, online tutorials, enz. om interpersoonlijke en empowerment communicatievaardigheden te ontwikkelen: eenvoudige taal, gebruik van beelden, van hulpmiddelen voor gedeelde besluitvorming, van herhaalstrategieën (zie Kader 5), hulp bij administratieve taken, enz.;

- Het sensibiliseren voor het *universal precautions principle*, dat stelt dat men er bij een patiënt altijd moet van uitgaan dat hij de boodschap niet (volledig) kan verwerken;
- Het belonen van zorgverleners die communicatietechnieken gebruiken en van wie de praktijk beantwoordt aan de criteria van *health literacy friendliness* (bv. *Crystal clear awards*).

Kader 5 – Voorbeelden van technieken om met patiënten te communiceren

Health literacy universal precautions: aanpak gebaseerd op de veronderstelling dat elke interactie tussen patiënt en zorgverlener tot begripsproblemen en misverstanden kan leiden. Daarom bestaan deze 'universele voorzorgsmaatregelen' uit systematisch communiceren, zodat iedereen de boodschap begrijpt en vervolgens bevestigt en dat men elkaar begrepen heeft (zie Teach-back hieronder).

Teach-back: methode waarbij de patiënt wordt gevraagd om in zijn eigen woorden de belangrijke punten van het gesprek te herhalen. De cyclus herhaalt zich tot de zorgverlener er zeker van is dat deze boodschappen zijn overgekomen.

Ask Me 3®: methode waarbij de patiënt 3 specifieke vragen stelt aan de zorgverlener om de essentie van zijn gezondheidsprobleem en van de voorgestelde oplossingen goed te begrijpen. De 3 vragen zijn: 1/ wat is mijn hoofdprobleem? 2/ wat moet ik doen? en 3/ waarom is het belangrijk om dat te doen?

Chunk & check: methode waarbij de boodschap in kleine stukjes wordt gesneden (chunks) en elk stukje wordt gecontroleerd (met behulp van Teach back) voor er verder wordt gegaan.

2.4. Hoe worden de actieplannen geëvalueerd?

2.4.1. Wat zijn de bewijzen van doeltreffendheid?

De evaluatie van de interventies voor gezondheidsgeletterdheid begint aan belang te winnen in de wetenschappelijke literatuur, maar over de evaluatie van de actieplannen in hun geheel, bestaan er nog niet veel publicaties. Eigenlijk evalueren weinig landen hun beleid hierover; de meeste kiezen ervoor om de doorgevoerde interventies te evalueren.

Oostenrijk is een uitzondering; er werden meta-indicatoren gedefinieerd voor hun 10 gezondheidsdoelstellingen en er worden indicatoren opgesteld voor elke individuele doelstelling. De interventies moeten minstens een indicator bevatten om hun monitoring mogelijk te maken. De resultaten worden gebruikt om de volgende stappen te plannen. Het OEPGK-platform zelf heeft een onafhankelijke audit gekregen na het eerste werkingsjaar; de resultaten bevestigden dat de vaardigheden om de gezondheidsgeletterdheid in het land te verbeteren, versterkt werden.

In **Schotland** werd bij de ontwikkeling van de actieplannen ook de evaluatie ervan voorzien, maar op een zeer functionele manier. De prioriteit is om nieuwe actiemogelijkheden te verkennen die voortkomen uit de doorgevoerde interventies, eerder dan het meten van de specifieke gezondheids- of economische resultaten. Er worden eenvoudige metingen uitgevoerd, zoals tevredenheidsschalen voor sleutelindicatoren zoals sensibilisering, begrip en vertrouwen. De werkgroep die het plan coördineert is van plan om via een forum meningen en persoonlijke verhalen te delen, om zo de ervaringen en commentaren van het publiek in te zamelen en de impact van het plan te verbeteren.

In **Australië** zullen waarschijnlijk de nationale veiligheids-/kwaliteitsstandaarden worden gebruikt om de doeltreffendheid van de interventies te meten, maar het is nog te vroeg voor resultaten. Het Australische Statistiekbureau zal ook een nieuwe enquête naar de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking uitvoeren, wat eventuele vooruitgang zal kunnen objectiveren.

2.4.2. *Wat weten we over de concrete impact van de actieplannen?*

Het is waarschijnlijk nog te vroeg om de impact van de verschillende actieplannen te identificeren. Er werd echter al enige vooruitgang waargenomen door de Oostenrijkse en Schotse lokale experts. In **Oostenrijk** begint gezondheidsgeletterdheid een plaats in te nemen in het publieke discours; het werd opgenomen in het regeringsprogramma voor 2017-2022. Een groot deel van de opleidingen van toekomstige zorgverleners bevat nu vaardigheden inzake gezondheidsgeletterdheid en de beroepsverenigingen vertonen ook interesse. Het OEPGK-platform trekt heel wat nieuwe leden uit steeds meer gevarieerde domeinen. Geletterdheid behoort ook tot de verantwoordelijkheden van de eerstelijnsgezondheidszorgcentra in het land. Op politiek vlak bieden enkele wettelijke kaders er ook ruimte voor, zoals de wet inzake verpleegkundige zorg die gezondheidsgeletterdheid nu definieert als een basisberoepscompetentie. De resultaten van de toekomstige M-POHL-enquête, verwacht in 2021, zullen waarschijnlijk een eventuele verbetering van het niveau van de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking kunnen objectiveren.

In **Schotland** kan de lancering van het tweede plan op zich al worden geïnterpreteerd als een positief gevolg van het eerste. Dit eerste plan lijkt een zekere bewustwording te hebben veroorzaakt binnen NHS Scotland, wat op zijn beurt nieuwe energie geeft aan de gezondheidsgeletterdheid, met beter opgeleide en gemotiveerde betrokkenen. Daarnaast wijzen de jaarverslagen van de *Scotland's Chief Medical Officer* van 2016, 2017 en 2018 op de noodzaak om de patiënt centraal te stellen in het zorgsysteem en hem te begeleiden bij processen van gedeelde besluitvorming. Het tweede actieplan baseert zich expliciet op deze jaarverslagen.

3. TE VERKENNEN PISTES TER VOORBEREIDING VAN EEN BELGISCH ACTIEPLAN

3.1. Drie te overwegen pistes

De actieplannen uit de internationale vergelijking hebben vrij uiteenlopende reikwijdtes, oriëntaties en interventiemogelijkheden. Ze hebben allemaal kwaliteiten en lacunes, en sommige passen waarschijnlijk beter in de Belgische context. We kunnen drie pistes onderscheiden: een conceptueel actieplan, een pragmatisch actieplan of… geen actieplan.

3.1.1. *Een conceptueel actieplan?*

De meest ambitieuze piste is ongetwijfeld die van Oostenrijk. De tien gezondheidsdoelstellingen zijn conform de aanbevelingen van de WGO, in de zin dat ze zijn opgesteld volgens het *Health in All Policies* concept, vele sectoren omvatten (onderwijs, sociale bescherming, tewerkstelling, sport, overheidsdiensten, enz.). Een beleid van dergelijke omvang vereist grote inspanningen om doeltreffende synergieën te creëren tussen de betrokken sectoren. Australië biedt ons een ander voorbeeld van een breed intersectoraal plan op federaal niveau.

Deze twee voorbeelden hebben echter dezelfde keerzijde: hun hefboom is eerder zwak; ze hebben geen echt actiebeleid, maar eerder een engagement ten opzichte van gezondheidsgeletterdheid, een wil om omstandigheden te creëren die de invoering van lokale interventies vergemakkelijkt… maar zonder ze substantieel te ondersteunen. In deze twee landen gaat dit nationale intersectorale plan echter samen met een hervorming van het gezondheidszorgsysteem waarin veel concretere acties inzake gezondheidsgeletterdheid aan bod komen, maar die zijn wel enkel gericht op het zorgsysteem.

Blijven intersectorale doelstellingen dan onbereikbare dromen? Of lege verklaringen? In elk geval blijven ze belangrijk, want ze kunnen symbool staan voor de vastberadenheid van een land dat gezondheidsgeletterdheid wil opnemen in zijn volledige beleid, op alle competentieniveaus, wat al een enorme stap in de goede richting is.

In België begint het federale politieke niveau interesse te tonen voor een beleid rond gezondheidsgeletterdheid. Het federaal coalitieakkoord van oktober 2014, de beleidsverklaring van de minister van Volksgezondheid van diezelfde regering, de parlementaire motie van gedeputeerden Somers, Thiéry en Vercammen in 2016 en natuurlijk het feit dat het KCE werd gevraagd om dit rapport te maken zijn daarvan duidelijke tekenen. Deze interesse kan zeker meer concreet worden door de notie van gezondheidsgeletterdheid op te nemen in regelgeving rond gezondheidsbeleid.

3.1.2. Een pragmatisch actieplan?

Een complete tegenhanger van de Oostenrijkse en Australische voorbeelden is het eerste Schotse actieplan, dat zich bijna uitsluitend richt op de gezondheidszorgsector en dat alle professionals aanmoedigt zichzelf in vraag te stellen en zich aan te passen aan het geletterdheidniveau van hun patiënten. Vanuit dit eerder “bescheiden” startpunt, breidt Schotland met het tweede actieplan zijn actieterrein geleidelijk uit naar andere maatschappelijke domeinen. Het is een pragmatische aanpak die we kunnen omschrijven als “als we toch ergens moeten beginnen, laat ons dan beginnen met wat binnen ons bereik ligt”. We wijzen er wel opnieuw op dat gezondheidsgeletterdheid al reeds opgenomen was in de Schotse nationale onderwijsprogramma’s en dat de lokale gemeenschappen ook al een groot aantal projecten hadden uitgevoerd.

Door zich te concentreren op het zorgpersoneel, heeft Schotland al zijn energie gestopt in het meest kritische aansluitpunt tussen de bevolking en de zorgsector, nl. de plaats en het moment waarop iemand rechtstreeks geconfronteerd wordt met zijn gezondheidsproblemen. De boodschap werd zeer gevat geformuleerd, om het enthousiasme op te wekken en de goede wil te mobiliseren.

De beperking tot de gezondheidssector is echter een keuze die onvermijdelijk bekritiseerd zal worden, door het gebrek aan intersectoraliteit.

In België zouden de huidige hervormingen binnen het gezondheidszorgsysteem zeker als hefboom kunnen dienen, zoals het geval was in Australië, Oostenrijk en Portugal. Zo zou de huidige reorganisatie van het ziekenhuislandschap een goede opportuniteit zijn om organisatorische gezondheidsgeletterdheid te introduceren in de werking van de hervormde zorginstellingen. Ook in de eerstelijnszorg zijn er nieuwe opportuniteiten, zoals het *Plateforme de Première Ligne Wallonne* (PPLW) in Wallonië en het *Vlaams Instituut voor de Eerstelijn* (VIVEL) in Vlaanderen.

3.1.3. …of geen actieplan?

Een derde optie is helemaal geen plan. Dat is min of meer het geval in Nederland en Ierland, waar de overheden de initiatieven inzake gezondheidsgeletterdheid hebben gedelegeerd naar een zeer actief en dynamisch burgerniveau. Dat is niet noodzakelijk in strijd met de internationale aanbevelingen, want de HEALIT4EU-studie stelt “dat een nationaal beleid geen vereiste lijkt te zijn voor de ontwikkeling van programma’s en activiteiten rond gezondheidsgeletterdheid[e]”, zolang er verschillende betrokkenen actief deelnemen aan de initiatieven op het terrein. Zoals vermeld in diezelfde studie, kunnen regeringen en NGO’s ook samen activiteiten opzetten en voeren en kunnen groepen van experts een belangrijke rol spelen als platform voor uitwisselingen van kennis en voor lobbying, zoals effectief het geval is in Nederland.

---

[e] “*a policy does not seem to be a requirement for the development of programmes and activities on health literacy”* (Heijmans 2015 p 8 {Heijmans, 2015 #105})

Ook België heeft uitstekende experts en een dynamische verenigingssector – zelfs al is dat niet zo intens als in de Angelsaksische wereld. De impuls van een beleid voor gezondheidsgeletterdheid delegeren naar de verenigingssector, met voldoende financiële steun, zou dus ook een redelijk plausibele optie zijn voor België. Maar het ontbreekt de vele initiatieven van de Belgische verenigingssector aan coördinatie, zichtbaarheid en schaalgrootte. Het zou absoluut nodig zijn om een overkoepelende structuur in te voeren om het leadership op zich te nemen, en het beste te halen uit elk project op het terrein. Een dergelijke structuur zou zich *bottom-up* kunnen ontwikkelen uit de verenigingssector, zoals in Ierland, maar zou ook *top-down* kunnen worden bestuurd, door alle bestaande initiatieven op te nemen in een gemeenschappelijk programma van de overheid (zoals het "*Alles is gezondheid"* programma in Nederland).

Sinds de defederalisatie van preventie en gezondheidsbevordering, ondersteunen in België regionale structuren zoals het *Vlaams Instituut voor een Gezond Leven* (ex-VIGEZ) in Vlaanderen en het *Agence pour une Vie de Qualité* (AViQ) in Wallonië al bepaalde interventies, maar er bestaat weinig tot niets op federaal niveau. Twee opmerkelijke "outsider" initiatieven dekken wel het hele land en kunnen een faciliterende rol spelen bij een globaler beleid: het Fonds Dr. Daniël De Coninck (beheerd door de Koning Boudewijnstichting) en het HealthNest initiatief (gefinancierd door de farmaceutische multinational MSD, in samenwerking met o.a. de ziekenfondsen en wetenschappelijke verenigingen). In beide gevallen worden kleine lokale projecten volgens vrij gelijkaardige criteria geselecteerd, gesteund en begeleid. In het tweede geval moet er natuurlijk ernstig worden nagedacht over de vraag of een dergelijke cruciale verantwoordelijkheid bij de farmaceutische privésector kan worden gelegd.

Op het vlak van bestuur kan het recent opgerichte Belgische Evidence-Based Practice netwerk als voorbeeld dienen. Een administratieve netwerkorganisatie (*Network Administrative Organisation* – NAO) coördineert daar alle Belgische Evidence-Based Practice initiatieven voor de voornaamste eerstelijnszorgverleners (zie KCE-rapport 291)[f]. De toegevoegde waarde van deze aanpak in netwerk is dat het een *top-down* aansturing door de subsidiërende regering(en) combineert met een *bottom-up* beheer door de spelers op het terrein en de eindgebruikers.

3.2. Hoe de omstandigheden voor succes creëren?

Vooraleer een actieplan wordt ingevoerd, moeten eerst de noodzakelijke succesfactoren aanwezig zijn. De term "*capacity building"* of verhoging van de capaciteit wordt klassiek gebruikt in de volksgezondheid om de omstandigheden te omschrijven die aanwezig moeten zijn om een doelstelling te bereiken en te behouden, onafhankelijk van externe gebeurtenissen. Er moet rekening worden gehouden met zes dimensies: het beleid, de ontwikkeling van kennis, de versterking van de professionals, de organisatorische capaciteit van de instellingen, de partnerschappen en financiële middelen. Uit de buitenlandse voorbeelden hebben we enkele interessante pistes kunnen halen.

3.2.1. Beleid

In een land als België kan een federaal actieplan rond een onderwerp als gezondheidsgeletterdheid enkel functioneren als de federale regering en de gefedereerde entiteiten er zich samen voor inzetten. Indien gekozen wordt voor een *Health in All Policies* aanpak zouden verschillende competentiedomeinen grensoverschrijdend moeten betrokken worden, en dit zou de oprichting van een intersectorale vorm van *task force* vereisen, als eerste stap.

Verschillende competentieniveaus binnen de gezondheidszorgsector moeten ook worden gemobiliseerd, want een groot deel van de aanpak van gezondheidsgeletterdheid verwijst naar preventie en gezondheidsbevordering (gedefederaliseerde materie). Dat betekent dat het op de agenda moet worden gezet van de interministeriële conferentie

[f] Adriaenssens J, Jonckheer P, Vriesacker K, Sonnaert M, Van Bruystegem E, Eyssen M. The Belgian EBP Network: operationalisation of processes and governance structures for the Federal EBP Programme. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE reports 317.

volksgezondheid, als tweede, onmisbare stap. Een specifieke interministeriële werkgroep kan deze conferentie voorbereiden

Op het vlak van gezondheidsbeleid tonen sommige voorbeelden aan dat geletterdheid kan worden opgenomen in de wet – en regelgeving (bv. voorkeur geven aan beleid dat belang hecht aan gezondheidsgeletterdheid) of in de gezondheidsnormen en financieringsmechanismes (bv. financieringsmechanismes wijzigen om sensibilisering en acties inzake gezondheidsgeletterdheid aan te moedigen). Op alle vlakken is het ook mogelijk sensibiliseringscampagnes, gezondheidsbevorderings- of sociale marketingprogramma's met elementen van gezondheidsgeletterdheid te financieren en lanceren. Benaderingen zoals zelfmanagement, gedeelde besluitvorming of vroegtijdige zorgplanning winnen vandaag aan belang in ons land; ze moeten nog meer worden aangemoedigd, wat ook kan via een of andere vorm van beleidsstimulatie.

Het empowerment van patiënten/burgers vereist dat zij vooraf correct worden geïnformeerd. Het grote publiek betrouwbare en toegankelijke informatie geven is cruciaal bij de aanpak van gezondheidsgeletterdheid. Hiervan vonden we talrijke voorbeelden in de bestudeerde landen: nationale informatieve websites rond gezondheid, 24/7 telefonische laagdrempelige hulplijnen, gidsen voor journalisten en organisaties die informatie rond gezondheid publiceren, enz. De inhoud en de vorm van deze informatie moet worden aangepast aan het doelpubliek, rekening houdend met hun cultureel, opleidings- en socio-economisch niveau. Er moeten ook bijkomende inspanningen worden geleverd voor kwetsbare bevolkingsgroepen (principe van het proportioneel universalisme). Iedereen toegang geven tot het eigen elektronisch medisch dossier – onder begeleiding – is een andere manier om mensen meer autonoom te maken. Een eventuele koppeling van de daar aanwezige gezondheidsinformatie aan relevante patiënten-richtlijnen kan een meerwaarde zijn. Dit impliceert echter dat de burger moet beschikken over voldoende competenties en skills voor "e-health literacy"[g] en, in bredere zin, "digital literacy"[h]. Hierin moet vanzelfsprekend ook geïnvesteerd worden.

Empowerment van burgers en patiënten mag wel niet het enige beleidsinitiatief rond gezondheidsgeletterdheid zijn. Het zou de volledige verantwoordelijkheid enkel op hun schouders leggen. Empowerment is een proces dat nooit stopt, dat een voortdurende inspanning vereist, om verbetering te krijgen én om achteruitgang tegen te gaan.

3.2.2. *Ontwikkeling van de kennis*

Vooraleer een actieplan te lanceren, is het belangrijk om een basislijn (*baseline*) te bepalen en na te gaan wat de bepalende factoren en gevolgen voor een lage gezondheidsgeletterdheid bij de Belgische bevolking zijn. Op die manier kunnen de context en de specificiteit van het toekomstige beleid worden bepaald. De bestaande competenties en beschikbaarheden moeten volledig in kaart worden gebracht (*capacity mapping*, systematische evaluatie van de bestaande competenties, structuren, partnerschappen en middelen). Ook zou de graad van *health literacy friendliness* van de systemen en organisaties, en de doeltreffendheid van de bestaande interventies, moeten worden geëvalueerd. Al deze metingen zouden een stevige basis moeten vormen om de doelstellingen en de toekomstige evaluaties voor het actieplan vast te leggen. Daarbij mogen de vele initiatieven buiten de gezondheidszorg en/of degene die niet worden beschouwd als actief in het domein van de gezondheidsgeletterdheid maar die er wel onrechtstreeks toe bijdragen, niet worden vergeten.

---

g "Het vermogen om gezondheidsinformatie uit elektronische bronnen te zoeken, te vinden, te begrijpen en te beoordelen en de opgedane kennis toe te passen om een gezondheidsprobleem aan te pakken of op te lossen" (Norman & Skinner, 2006)

h "De mogelijkheid om informatie- en communicatietechnologieën te gebruiken om informatie te vinden, evalueren, creëren en communiceren, waarbij zowel cognitieve als technische vaardigheden vereist zijn. (ALA, 2019)

De resultaten van de Europese enquête hebben een activerende rol gespeeld in bijna alle bestudeerde landen. België nam er niet aan deel, maar gelijkaardige studies toonden aan dat het niveau van de Belgische bevolking het Europese gemiddelde benadert. Met de recente beslissing van België om deel te nemen aan de volgende enquête van het M-POHL-netwerk, mogen we hopen dat het geletterdheidsniveau van de Belgische bevolking nu constant zal worden opgevolgd.[i] Idealiter vereist dit een onderzoeksinfrastructuur waarmee de gepaste gegevens systematisch worden ingezameld en indicatoren worden uitgewerkt.

3.2.3. Versterken van de zorgverleners

De zorgverleners zijn het belangrijkste contactpunt tussen de bevolking en het zorgsysteem, maar heel wat mensen hebben nog moeilijkheden om “te begrijpen wat de dokter zegt”. In ons land, net als in de andere bestudeerde landen, moet een grote meerderheid van de zorgverleners nog worden gesensibiliseerd (1) voor de impact van een lage geletterdheid op de gezondheid van hun patiënten en (2) voor hun eigen verantwoordelijkheid in de *health literacy friendliness* van hun contacten met patiënten. Een brede sensibilisering van de gezondheidszorgsector moet dus waarschijnlijk de allereerste stap zijn om de professionele krachten in België nog te versterken.

Het is waar dat de meeste zorgverleners al opleidingen krijgen in interpersoonlijke relaties en empathie, maar dat volstaat niet om de gezondheidsgeletterdheid van de patiënten te verbeteren. We moeten hen ook leren om hun communicatiestijl aan te passen, te wennen aan de processen van gedeelde besluitvorming en de patiënten te helpen om hen autonomer te maken. Dit zou systematisch moeten worden beschouwd als een belangrijk onderdeel van de opleiding en van de professionele competenties van alle zorgverleners. Dit houdt bv in dat men zich vertrouwd moet maken met eenvoudige strategieën zoals *Teach-back, Ask me 3, Chunk & check*, enz. De hoofdboodschap is het principe van “universele voorzorg”. Het stelt dat men deze technieken systematisch moet gebruiken bij het aanspreken van een patiënt, ervan uitgaand dat hij niet in staat is om de (volledige) boodschap te verwerken. Het opnemen van deze competenties en vaardigheden in de opleidings-, accreditatie- en certificatieprogramma’s voor zorgverleners is een middel voor de overheden om gezondheidsgeletterdheid op te nemen in het zorgsysteem. De kwaliteit van de opleidingen en richtlijnen moet echter wel worden geëvalueerd en de goede praktijken moeten actief worden verspreid; de ontwikkeling van een nationaal (Oostenrijks) netwerk voor de uitwisseling van kennis is daar een erg interessant voorbeeld van. Daarnaast bevat het Calgary Charter basisprincipes inzake gezondheidsgeletterdheid voor opleidingen.

Preventie en gezondheidspromotie blijven echter de voornaamste basis van gezondheidsgeletterdheid, en de hierboven vermelde vaardigheden zijn eigenlijk die van specialisten in gezondheidspromotie. Deze moeten niet alleen met voldoende zijn, en grondig opgeleid in gezondheidsgeletterdheid, ze moeten ook beschikken over actiehefbomen, zoals gevarieerde (traditionele en moderne) communicatiekanalen en de lokale gemeenschappen kunnen begeleiden. De volksgezondheidscampagnes en de screeningsprojecten moeten ook specifieke aandacht besteden aan het niveau van gezondheidsgeletterdheid van de doelgroepen. Bij de ontwikkeling van hulpmiddelen en richtlijnen om dit type informatie aan te passen aan de noden van het doelpubliek, zou altijd een beroep moeten worden gedaan op de expertise van patiënten/burgers.

---

[i] In de laatste editie van de nationale gezondheidsenquête van Sciensano werd een module over gezondheidsgeletterdheid opgenomen; die wordt om de 4 jaar afgenomen.

3.2.4. Organisatorische geletterdheid van de instellingen

H*ealth literacy friendly* organisaties “vergemakkelijken de navigatie, het begrip en het gebruik van de informatie en de diensten door de gebruikers”. Het concept van organisatorische gezondheidsgeletterdheid wijst erop dat naast de persoonlijke capaciteiten van individuen, ook de organisatie van de gezondheidszorgsystemen van fundamenteel belang is om de gezondheidsgeletterdheid van een bevolking mee te verbeteren. De versterking van de *health literacy friendliness* van de organisaties kan gebeuren op verschillende niveaus: strategisch, management, procedure, kwaliteitssystemen, human resources, bedrijfscultuur, enz. (zie ook Kader 2). De voorbije tien jaar werden interessante tools gepubliceerd, zoals handige kits om de organisatie van de instellingen te (zelf)evalueren en/of verbeteren, technologische tools om de zorg rond de patiënt te kunnen herorganiseren, opleidingsmodules voor zorgverleners, enz.

Er werden ook originele samenwerkingsinitiatieven met patiënten geïdentificeerd (bv. patiëntbezoeken in ziekenhuizen om na te gaan welke de belemmeringen zijn voor een goed wederzijds begrip). In sommige landen stellen burgerpanels middelen voor om de relaties tussen zorgverleners en burgers te verbeteren.

De benaderingen rond organisatorische geletterdheid kunnen worden opgestart op niveau van de zorginstellingen of andere organismen (ziekenfondsen, …), maar ze zouden aan kracht winnen als ze worden ondersteund door de (federale of regionale) gezondheidszorgautoriteiten. Zoals reeds gezegd, kunnen ze ook worden opgenomen in o.a. het beleid, de procedures en kwaliteitsnormen.

3.2.5. Partnerschappen

Het aangaan van partnerschappen is zeer belangrijk om de uitdaging van de gezondheidsgeletterdheid aan te gaan, want in theorie is er daarvoor een geïntegreerde actie van alle geledingen van de samenleving (politiek, verenigingen, privé, …) en van alle actieniveaus vereist. Alle nationale actieplannen werden ontwikkeld door een platform of een specifieke werkgroep met vertegenwoordigers van alle betrokken autoriteiten, sectoren en organisaties. Een interessant voorbeeld van een constructief partnerschap is dat van het Oostenrijkse intersectorale OEPGK-platform, waar vertegenwoordigers van alle federale en regionale ministers (Onderwijs, Werk, Sociale bescherming, Sport, Onderzoek, Openbare diensten) samenwerken met vertegenwoordigers van de verenigingssector en van de ziekenfondsen, binnen een overkoepelende structuur die alle interventies en maatregelen inzake gezondheidsgeletterdheid coördineert(zie Kader 4). De samenstelling van een dergelijk platform werd vaak voorafgegaan of gevolgd door een brede raadpleging van de stakeholders.

Wanneer de acties vanuit het terrein komen, is partnerschap nog fundamenteler, omdat het dan echt de cement vormt die het werk samenhoudt. Dat is het geval in Nederland, met de nationale Alliantie Gezondheidsvaardigheden (zie Kader 3), die meer dan 80 organisaties verenigt binnen het kader van een kennisuitwisselingsprogramma, en in Ierland met de *National Health Literacy Advisory Panel* die de ngo NALA, het ministerie van Gezondheid, de *Health Service Executive* (verantwoordelijk voor alle zorgdiensten) de universiteiten en de privésector samenbrengt.

In België bestaan er talrijke initiatieven op het terrein, en de meerderheid daarvan komt uit de verenigingssector. Het maken van een overzicht paste niet in het kader van deze studie, maar het is duidelijk dat deze veelvuldige activiteiten wijzen op een dynamiek en een stevige basis kunnen vormen voor de uitwerking van een Belgisch beleid rond gezondheidsgeletterdheid. De basisvoorwaarde is echter het coördineren van al die initiatieven, zoals reeds vermeld.

3.2.6. Financiële middelen

Sommige initiatieven vereisen weinig, tot zelfs geen financiële middelen. Toch moet de uitwerking van een Belgische actieplan voor gezondheidsgeletterdheid samengaan met de garantie dat de gepaste (financiële, menselijke en administratieve) middelen ter beschikking worden gesteld aan de betrokken spelers. De kwantificatie van die middelen paste niet in het kader van dit onderzoek; bovendien kon hierover bijna geen informatie worden gevonden in de literatuur of via contacten met de lokale experts.

Interessant is dat in de landen waar de activiteiten door de verenigingssector worden ondernomen, het geen taboe lijkt om beroep te doen op privéfinanciering. Zo zitten in Nederland zowel privéondernemingen en universiteiten, zorgberoepen, patiëntorganisaties, ziekenfondsen en gemeenschapsinitiatieven in de nationale Alliantie Gezondheidsvaardigheden. In Ierland kan de farmaceutische reus MSD zelfs worden beschouwd als de (op zijn minst financiële) wegbereider van de interesse voor gezondheidsgeletterdheid en blijft MSD vandaag de grootste sponsor van de activiteiten rond gezondheidsgeletterdheid van de ngo NALA. Daarentegen lijken privépartners niet welkom in landen waar de publieke autoriteiten de actieplannen aansturen.

Als België kiest voor een *bottom-up* beleid vanuit de verenigingssector, zal de kwestie over een partnerschap met de privésector aan bod moeten komen. Alle voorzorgen zullen dan moeten worden genomen om een opportunistisch gebruik van deze sponsoring te vermijden.

AANBEVELINGEN[j]

Door de spreiding van de bevoegdheden over verschillende beleidsniveaus en de vele mogelijke acties om gezondheidsgeletterdheid te verbeteren, zijn de verantwoordelijkheden verdeeld over verschillende spelers. Daarom richten we onze aanbevelingen niet aan specifieke betrokkenen. Voor elke aanbeveling zal immers een samenwerking nodig zijn, als we tot een ideale situatie willen komen.

<u>Voorbereidende stap</u>

Als wordt beslist om een nationaal actieplan voor gezondheidsgeletterdheid uit te werken, zal het van vitaal belang zijn om het te baseren op beslissingen en principes die het doeltreffend zullen maken en met welke een evaluatie mogelijk is.

Daarom wordt aanbevolen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid:

- **een platform te voorzien met experts in gezondheidsgeletterdheid en vertegenwoordigers van alle betrokken sectoren. Deze moeten het plan uitwerken en de implementatie ervan coördineren. (Als men niet kiest voor een nationaal plan, moet dit platform de bestaande acties coördineren);**
- **een brede raadpleging van stakeholders te organiseren;**
- **kwalitatieve en kwantitatieve doelstellingen voor het actieplan vast te leggen;**
- **te onderzoeken welke de bepalende factoren en gevolgen zijn van een laag niveau van gezondheidsgeletterdheid bij de Belgische bevolking;**
- **de bestaande competenties en middelen in kaart te brengen (*capacity-mapping*) door:**
  - **systematisch alle bestaande capaciteiten te evalueren (competenties, structuren, partnerschappen en middelen) zonder de zoektocht te beperken tot initiatieven die expliciet het label "gezondheidsgeletterdheid" dragen;**
  - **de graad van *health literacy friendliness* van de systemen en organisaties te evalueren;**
  - **de doeltreffendheid van de bestaande initiatieven te evalueren;**

[j] KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

- **te investeren in een onderzoeksinfrastructuur waarmee systematisch relevante kwaliteitsgegevens kunnen worden ingezameld en indicatoren kunnen worden uitgewerkt;**
- **steeds zoveel mogelijk "Evidence-based" te werk te gaan;**
- **deel te nemen aan internationale initiatieven om de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking op te volgen;**
- **voldoende middelen te verzekeren voor het actieplan en bv te overwegen om de privésector te betrekken (farma, informatica, media, …) voor meer zichtbaarheid en middelen. Daarbij moeten wel voorzorgen worden genomen om een opportunistisch gebruik van hun sponsoring te vermijden.**

De tweede reeks van aanbevelingen heeft betrekking op het macroniveau van het eventuele actieplan van de federale overheden in samenwerking met de gefedereerde entiteiten. Aanbevolen wordt:

- **een gezondheidsbenadering doorheen het beleid aan te moedigen door een intersectorale werkgroep rond gezondheidsgeletterdheid op te richten (onderwijs, tewerkstelling, sociale zaken, enz.);**
- **een interministeriële werkgroep rond gezondheidsgeletterdheid op te richten ter voorbereiding van de Interministeriële Gezondheidszorgconferentie om de beslissingen op de verschillende niveaus van gezondheidsbevoegdheid te coördineren;**
- **minstens één gezondheidsdoelstelling te wijden aan gezondheidsgeletterdheid, als dergelijke doelstellingen worden vastgelegd in België.**

De derde reeks van aanbevelingen brengt de geïdentificeerde initiatieven samen die relevant worden beschouwd in de Belgische context, los van het type actieplan dat wordt gekozen.

Inzake het beleid wordt het volgende aanbevolen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de ministers van de deelstaten die bevoegd zijn voor gezondheid:

- **gezondheidsgeletterdheid opnemen in de gezondheidswetgevingen en -reglementeringen;**
- **gezondheidsgeletterdheid opnemen in de kwaliteitsnormen en financieringsmechanismes;**

- **sensibiliseringscampagnes, volksgezondheids-, gezondheidspromotie-, sociale marketingprogramma's, enz. financieren en lanceren;**
- **empowerment van de patiënten bevorderen met benaderingen zoals zelfmanagement, gedeelde besluitvorming, vroegtijdige zorgplanning, enz.;**
- **een betrouwbaar informatieportaal voor het grote publiek financieren en lanceren en advies geven aan de media over de manier waarop kwaliteitsvolle informatie over gezondheid kan worden gegeven;**
- **investeren in lokale (*community-based*) initiatieven en in initiatieven voor kwetsbare groepen. In het algemeen de inhoud en de vorm van de communicatie aanpassen aan de verschillende bevolkingsgroepen en daarbij rekening houden met het culturele, opleidings- en socio-economische niveau;**
- **bij alle burgers het gebruik van hun digitaal patiëntdossier aanmoedigen, door de nodige begeleiding te voorzien.**

Inzake partnerschappen wordt het volgende aanbevolen aan de Ministers bevoegd voor gezondheid:

- **interesse voor gezondheidsgeletterdheid opwekken binnen de verenigingssector en de samenleving in zijn geheel.**

Inzake de versterking van de professionele competenties wordt het volgende aanbevolen aan de ministers die bevoegd zijn voor gezondheid en voor onderwijs en aan de betrokken professionele organisaties:

- **sensibiliseringsacties voor de zorgverleners organiseren;**
- **de competenties en vaardigheden om te communiceren en interageren met de patiënten en om hen autonomer te maken, opnemen in de opleiding van alle (toekomstige) zorgverleners;**
- **de competenties en vaardigheden om te communiceren en interageren met de patiënten en om hen autonomer te maken, opnemen in de accreditatie en certificatie van alle zorgverleners;**
- **de ontwikkeling en verspreiding van opleidingsmodules rond gezondheidsgeletterdheid en rond communicatietechnieken voor alle zorgverleners aanmoedigen; een nationaal**

kennisuitwisselingsnetwerk rond dit onderwerp opzetten; hiervoor normen en certificaties vastleggen;

- **de opleidingen en de personeelsbezetting in het domein van de gezondheidspromotie versterken;**
- **hulpmiddelen en richtlijnen ontwikkelen om de informatie, de sensibiliseringscampagnes en de volksgezondheidsprojecten aan te passen aan de noden van het doelpubliek. Patiënten en burgers zouden hierbij altijd als experts moeten worden betrokken.**

Inzake de organisatorische geletterdheid van de instellingen wordt het volgende aanbevolen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de ministers van de deelstaten die bevoegd zijn voor gezondheid, en aan de verantwoordelijken van zorginstellingen:

- **de notie van organisatorische geletterdheid opnemen in de strategieën, procedures en kwaliteitsnormen van alle gezondheidszorginstellingen en -organisaties;**
- **het gebruik aanmoedigen van praktische tools voor de (zelf)evaluatie van het niveau van organisatorische geletterdheid in de gezondheidszorginstellingen (en in de eerstelijnszorg);**
- **de samenwerking met de patiëntverenigingen, mutualiteiten en de burgerpanels aanmoedigen om na te gaan hoe de relatie tussen het zorgsysteem en de gebruikers kan worden verbeterd.**

COLOFON

Titel:	Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen? – Synthese
Auteurs:	Karin Rondia (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Stephan Van Den Broucke (Uclouvain), Laurence Kohn (KCE)
Project facilitateur:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Senior supervisor:	Christian Leonard (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE); Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Pascale Jonckheer (KCE), Nancy Thiry (KCE)
Stakeholders:	Jean-Michel Antonutti (SPFB – Service public francophone bruxellois, COCOF – Commission communautaire française), Fabrizio Cantelli (LUSS – Ligue des usagers des services de santé), Emmanuelle Caspers (SPFB – Service public francophone bruxellois, COCOF – Commission communautaire française), Karin Cormann (DGOV – Communauté germanophone), Maïté Cuvelier (Cultures et santé), Yves Dario (Koning Boudewijnstichting – Fondation Roi Baudouin), Valerie Fabri (UNMS - Union Nationale des mutualités Socialistes), Marleen Finoulst (Cebam, Gezondheid en Wetenschap), Siska Germonpré (NVSM – Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten), Claire Huyghebaert (UNML – Union Nationale des Mutualités Libres), Denis Mannaerts (Cultures et santé), Emmanuelle Nijs (Koning Boudewijnstichting – Fondation Roi Baudouin), Maryse Van Audenhaege (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Martine Van Hecke (Test Aankoop), Tinne Vandesande (Koning Boudewijnstichting – Fondation Roi Baudouin), Rebekka Verniest (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten)
Externe validatoren:	Gilles Henrard (ULg – Université de Liège), Diane Levin-Zamir (Clalit Health Services, Israel), Orkan Okan (Universität Bielefeld)
Acknowledgements:	Jamie Begbie (Health Literacy Policy Lead Scottish Government, Scotland), Christina Dietscher (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Austria), Frank Doyle (Royal College of Surgeons, Ireland), Helen Kelly (Royal College of Surgeons, Ireland), Naomi Poole (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Australia), Jany Rademakers (NIVEL, the Netherlands), Helen Ryan (The National Adult Literacy Agency – NALA, Ireland), Miguel Telo de Arriaga (Divisão de Estilos de Vida Saudável na Direção-Geral da Saúde, Portugal), Filipa Ventura (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Portugal)
Gemelde belangen:	‘‘Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie Gezondheidsgeletterdheid. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict’’ Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Valérie Fabri (UNMS), Siska Germonpré (Staff member NVSM), Martine Van Hecke (Test Aankoop)

	Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker (‘principal investigator’) of onderzoeker: Tine Vandesande (Selectie van gezondheidsliteratuur ondersteund door het Fonds Dr Daniël de Coninck)
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	9 januari 2020
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Health Literacy, Policy
NLM classificatie:	WA 590
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2019/10.273/61
ISSN:	2466-6432
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.



Hoe refereren naar dit document?

Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Gezondheidsgeletterdheid: welke lessen trekken uit de ervaring van andere landen? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 322As. D/2019/10.273/61.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.