

# Injectie voor taal

Inventarisatie van  
materialen gericht op  
medische communicatie



# Injectie voor taal

Inventarisatie van  
materialen gericht op  
medische communicatie



# Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
Inleiding	11
Deel 1 – Opzet van de inventarisatie	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Werkwijze: hoe werd verzameld?	13
1.3 Werkwijze: hoe ziet de lijst eruit?	14
Deel 2 – Analyse materialen	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Resultaten van de analyse	17
2.3 Bevindingen: waar gaan we mee verder?	20
Deel 3 – Lessen uit interviews	23
3.1. Inleiding	23
3.2 Werkwijze - Opzet interviews	23
Deel 4 – Conclusies en aanbevelingen	29
4.1 Conclusie	29
4.2 Stappenplan voor de ontwikkeling, implementatie en toepassing van materialen	29
Bijlage 1: Terminologie	33



# Voorwoord

*“Ons kwetsbaar bestaan is de afgelopen tijd mogelijk een beetje menselijker geworden omdat we begrijpen hoe belangrijk taal en communicatie zijn.”<sup>1</sup>*

Het rapport dat u gaat lezen is een aanzet tot inventarisatie en analyse van materialen die in Vlaanderen en Nederland ontwikkeld worden om medische communicatie begrijpelijker en daardoor de medische zorg toegankelijker te maken. Zeker in de huidige maatschappelijke context waarin het coronavirus een dominante rol opeist, is begrijpelijke medische communicatie belangrijk. Ook in de toekomst zal die noodzaak overeind blijven.

De voorliggende inventarisatie kadert in het nieuwe beleidsterrein ‘taal en zorg’ en past in de ambitie van de Taalunie, opgenomen in het meerjarenbeleidsplan 2020-2024, om nieuwe sectoren zoals de gezondheidszorg ertoe aan te zetten specifiek beleid rond begrijpelijke communicatie te ontwikkelen.

De analyse van de materialen en de aanbevelingen die daaruit voortvloeien moeten de Taalunie in staat stellen nieuwe inzichten en structurele oplossingen te (laten) ontwikkelen die moeten leiden tot een algemeen gedragen medische communicatiepraktijk die begrijpelijk is voor alle zorgvragers in Vlaanderen en Nederland.

De inventarisatie en het rapport zijn tot stand gekomen in samenwerking met een daarvoor ingestelde werkgroep, bestaande uit:

- Sanne van der Hagen: Implementatieadviseur, Vrienden van verandering – Uitvoerder stakeholdersbevraging & analyse, medeauteur
- Ulrike Burki: Projectmedewerker, Taalunie – Opsteller materiaallijst, medeauteur
- Mieke Smits: Senior beleidsadviseur, Taalunie – Projectcoördinator Taal en zorg
- Marc Paredis: Communicatieadviseur, Taalunie
- Folkert de Vriend: Beleidsadviseur, Taalunie
- Tessa van Charldorp: Onderzoeker, Universiteit Utrecht – Adviseur en meezeer
- Francis Meijners: Zelfstandig communicatieadviseur, werkzaam voor o.a. de Alliantie Gezondheidsvaardigheden – Adviseur en meezeer

Bijzondere dank gaat ook uit naar de acht stakeholders die meewerkten aan dit onderzoek. Coryke van Vulpen, Carel Jansen, Pim Volkert, Kristine Sørensen, Lode Verreyen, Leen Haesaert, Olchert Vels en Ton Drenthen, bedankt voor jullie waardevolle inzichten.

<sup>1</sup> Van de Poel, K. (2020). *Taalunie. Meerjarenbeleidsplan 2020-2024*, Brussel / Den Haag: Taalunie.  
<https://taalunie.org/publicaties/189/meerjarenbeleidsplan-2020-2024>





# Samenvatting

Dit rapport biedt een analyse van de inspanningen die in Vlaanderen en Nederland worden gedaan om medische taal in de eerstelijnszorg begrijpelijker te maken. Daartoe combineren we een inventarisatie (zie hier de volledige materiaallijst: <https://osf.io/hr7nf/>) en analyse van Nederlandstalige materialen gericht op begrijpelijke medische communicatie in de eerstelijnszorg, met een gerichte stakeholdersbevraging. De combinatie van de inventarisatie met de stakeholdersbevraging stelt ons in staat om een groot deel van het veld te belichten, zonder daarbij uit het oog te verliezen dat communicatie iets van mensen is.

Uit de analyse en de bevraging komen drie lijnen naar voren, die bijzondere aandacht verdienen: praktijkgerichtheid, samenwerking en bewustwording.

## ***Praktijkgerichtheid***

Het rapport maakt duidelijk dat begrijpelijkheid geen inherent kenmerk van materialen is, maar wel het resultaat van hoe materialen resoneren *in de praktijk*. Om in te schatten of materialen bijdragen aan de begrijpelijkheid van medische communicatie moeten we dus oog hebben voor hoe die materialen functioneren in specifieke zorgcontexten en bij specifieke doelgroepen. Gelet op die praktijkafhankelijkheid, is het ten eerste belangrijk om ontwikkelaars aan te zetten om materialen te ontwikkelen en te testen met de doelgroep. Daarnaast moet ook nagedacht worden over de ontwikkeling van validatiestrategieën, die ingezet kunnen worden na de implementatie van materialen in de praktijk.

## ***Samenwerking***

Het veld kenmerkt zich door een grote versnippering. Zowel wat de financiering van materialen betreft, als hun ontwikkeling en implementatie. De Taalunie adviseert om in te zetten op grootschalige samenwerking tussen de overheid, makers, onderzoekers, ontwikkelaars en gebruikers. Daarbij moet ook aan Vlaams-Nederlandse samenwerking gedacht worden.

## ***Bewustwording***

Of materialen impact genereren hangt in grote mate af van de zorgverlener en de aandacht die hij of zij kan besteden aan heldere communicatie. Er wordt al sterk ingezet op bewustwording bij zorgverleners, maar die inspanningen bereiken niet iedereen. Het is belangrijk om aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden structureel aan bod te laten komen in de zorgopleidingen (initieel) en in bij- en nascholingen (postinitieel). Ook op systeemniveau is structurele aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden wenselijk. Zorgverleners moeten voldoende tijd en ruimte krijgen om in te zetten op begrijpelijke communicatie.

De taalvaardigheid van de zorgvragers en de begrijpelijkheid van gezondheidsinformatie zijn belangrijke aspecten van gezondheidsvaardigheden. Begrijpelijke communicatie zorgt ervoor dat zorgvragers meer autonomie over hun gezondheid verwerven. Met andere woorden: begrijpelijke communicatie helpt de zorgvrager en zorgverlener *samen beslissen*.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> De Patiëntenfederatie Nederland zet in haar beleid sterk in op het thema “Samen beslissen”: [Samen beslissen \(patiëntenfederatie.nl\)](https://www.patiëntenfederatie.nl/).



# Inleiding

Voor de Taalunie is het belangrijk om aan te sluiten bij de actuele behoeften rond het gebruik van het Nederlands in de maatschappij. Om de vinger aan de pols te houden, organiseert de Taalunie daarom regelmatig Talendebatten. In 2018 richtten die debatten zich op de vraag hoe communicatie in de zorg goed kan verlopen, ook in situaties waarin meertaligheid, taalvariatie en laaggeletterdheid een rol spelen.<sup>3</sup> In 2019 organiseerde de Taalunie een werkbijeenkomst rond het thema 'Betere zorg met zorg voor taal'.<sup>4</sup> Zowel uit de Talendebatten als uit de werkbijeenkomst bleek dat er een grote behoefte bestaat aan taalbeleid rond communicatie in de zorg. Iedereen die in een zorgcontext terecht komt, heeft baat bij begrijpelijke communicatie. Die behoefte is des te groter voor wie beperkte gezondheidsvaardigheden heeft en dus moeilijkheden ervaart bij het vinden,

verwerken, beoordelen en toepassen van gezondheidsgerelateerde informatie.<sup>5</sup> Uit een onderzoek dat het kenniscentrum *Nivel* in 2019 doorvoerde naar gezondheidsvaardigheden in Nederland, blijkt dat 7,7% van de volwassen bevolking onvoldoende gezondheidsvaardig is. Nog eens 21,1% heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. 28,8% van de Nederlandse bevolking ervaart dus moeilijkheden bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.<sup>6</sup> In Vlaanderen zijn de cijfers gelijkaardig. 29% van de Vlaamse bevolking heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.<sup>7</sup>

De taalvaardigheid van zorggebruikers en de begrijpelijkheid van gezondheidsgerelateerde informatie zijn belangrijke aspecten van gezondheidsvaardigheden.<sup>8</sup>

<sup>3</sup> Taalunie (2018). *Verslag Taalunie Talendebatten 2018 – Geslaagde communicatie in de zorg*. Brussel/Den Haag: Taalunie.

<https://taalunie.org/publicaties/60/verslag-taalunie-talendebatten-2018-geslaagde-communicatie-in-de-zorg>

<sup>4</sup> Van Wingerden, W. (2019). *Werkbijeenkomst 2019. 'Betere zorg met zorg voor taal.'* Brussel/Den Haag: Taalunie.

<https://taalunie.org/publicaties/90/betere-zorg-met-zorg-voor-taal>; Gulikers, E. (2019) *Betere zorg met zorg voor taal.*

*Informatieboekje met voorbeelden van initiatieven, aansluitend op de werkbijeenkomst*. Brussel/Den Haag: Taalunie. *Betere zorg met zorg voor taal* - Taalunie.

<sup>5</sup> Pharos (2020) *Factsheet. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Utrecht: Pharos.

<https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>

<sup>6</sup> Heijmans, M., Brabers A., Rademakers J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019*. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003631.pdf>

<sup>7</sup> Gezondbelgië.be (2020). *Gezondheidsvaardigheden*. [https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gezondheidsvaardigheden#:~:text=Zo%20had%20een%20derde%20van,Brussel%20\(63%2C2%25\)](https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gezondheidsvaardigheden#:~:text=Zo%20had%20een%20derde%20van,Brussel%20(63%2C2%25).).

<sup>8</sup> Heijmans, M., Brabers A., Rademakers J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019*. Utrecht: Nivel.

De *Taalunie* wil daarom inzetten op ‘taal en zorg’ als nieuw beleidsthema. In het meerjarenbeleidsplan 2020-2024 werd de ambitie opgenomen om nieuwe sectoren zoals de gezondheidszorg ertoe aan te zetten specifiek beleid rond begrijpelijke communicatie te ontwikkelen.<sup>9</sup>

Onder die noemer werden verschillende actielijnen uitgezet. De eerste actielijn is ‘begrijpelijke medische taal’. De andere actielijnen zijn ‘medische terminologie’, ‘taal in zorgopleidingen’ en ‘taaltechnologische ondersteuning’.

Het voorliggende rapport kadert in de actielijn ‘begrijpelijke medische taal’ en wil tegemoetkomen aan de breed gedeelde behoefte tot samenwerking op het gebied van begrijpelijke medische communicatie in de eerstelijnszorg in Nederland en Vlaanderen. Uit de hiervoor genoemde sessies werd duidelijk dat er al heel wat materialen voor heldere taal bestaan, maar dat er nog te vaak langs elkaar heen wordt gewerkt.<sup>9</sup> Met name wat samenwerking tussen Nederland en Vlaanderen betreft, bestaat nog heel wat potentieel.

Met dit rapport wil de Taalunie daarom in kaart brengen welke materialen er al zijn, hoe die materialen in de praktijk worden ingezet en waaraan nog behoefte is. Om een licht te schijnen op het bestaande aanbod aan materialen, combineren we een grootschalige inventarisatie en analyse van materialen voor de eerstelijnszorg met acht interviews met professionals uit de zorgsector. Die gecombineerde aanpak stelt ons in staat om een aanzienlijk deel van het aanbod aan materialen te belichten, zonder daarbij uit het oog te verliezen dat communicatie ‘iets van mensen’ is. Dit rapport is een verslag van de inventarisatie,

de analyse en de stakeholderbevraging en bestaat uit vier delen. Het eerste deel biedt een beschrijving van de opzet van de inventarisatie. In deel twee volgt de analyse van de materialen die zijn geïnventariseerd. In deel drie komt de bevraging aan bod en in deel vier ten slotte formuleren we een aantal bevindingen en aanbevelingen.

Parallel aan de inventarisatie en de bevraging lopen twee andere projecten die bijdragen aan de beleidsontwikkeling binnen ‘Taal en zorg’:

- 1 COVID-19-woordenschat, om termen rondom corona in kaart te brengen en in begrijpelijke taal om te zetten. Dit project sluit dus aan op de actielijnen ‘medische terminologie’ en ‘begrijpelijke medische taal’.
- 2 Mediacampagne ZorgVoorZorgprijs. Organisaties in Vlaanderen en Nederland kunnen een prijs krijgen voor hun initiatieven rond zorg en taal. De Taalunie steunt met de ZorgVoorZorgPrijs initiatieven die de begrijpelijkheid van medische taal vergroten en daarmee de zorg voor iedereen meer toegankelijk maken.

<sup>9</sup> Taalunie (2018). *Verslag Taalunie Talendebatten 2018 – Geslaagde communicatie in de zorg*. Brussel/Den Haag: Taalunie.  
<https://taalunie.org/publicaties/60/verslag-taalunie-talendebatten-2018-geslaagde-communicatie-in-de-zorg>

# Deel 1 – Opzet van de inventarisatie

## 1.1 Inleiding

Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit een inventarisatie van al beschikbare materialen gericht op de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van medische communicatie in de eerstelijnszorg. Die inventarisatie vormt de basis voor een analyse van het aanbod en de eventuele lacunes in het veld. Dit deel van het rapport beschrijft hoe de materialen werden verzameld en welke vorm de materiaallijst aanneemt. De volledige lijst is raadpleegbaar via <https://osf.io/hr7nf/> en staat open voor aanvullingen door derden.

## 1.2 Werkwijze: hoe werd verzameld?

Tussen augustus 2020 en november 2020 werd een lijst aangelegd met materialen die de begrijpelijkheid van medische communicatie in de eerstelijnszorg bevorderen. Bij het verzamelen waren drie criteria van belang: de materialen moesten vindbaar zijn in de gegeven periode; de materialen moesten ontwikkeld zijn in Nederland of Vlaanderen; de materialen moesten gebruikt kunnen worden om medische taal in de eerstelijnszorg begrijpelijker te maken. Het laatste criterium, en met name de termen *begripelijkheid* en *eerstelijnszorg*, verdienen nadere toelichting.

Om vast te stellen of een materiaal medische taal begrijpelijker maakt, keken we uitsluitend naar de *intentie* van de materialen. De Taalunie heeft op voorhand geen definitie van begrijpelijkheid vastgelegd, maar wil uit de lijst en uit de bevraging

laten blijken wat het veld onder begrijpelijkheid verstaat. Alle materialen die zichzelf beschrijven als ‘toegankelijk materiaal’ werden in de lijst opgenomen.

Onder *eerstelijnszorg* begrijpen wij zorgcontexten waar een zorgvrager zonder doorverwijzing terecht kan. Te denken valt dus onder meer aan de huisarts, de tandarts of de apotheker.<sup>10</sup> We hebben ervoor gekozen om niet alleen materialen te verzamelen die *gericht zijn op de* eerstelijnscontext, maar ook materialen die in de eerstelijnscontext *toepasbaar zijn*. Die keuze zorgt voor een aanzienlijke verbreding van het gamma aan materialen dat in aanmerking kwam.

Bij het zoeken naar materialen hebben we bestaande kennisbanken en websites van ons bekende stakeholders intensief geraadpleegd. De informatie uit de kennisbanken werd verder aangevuld met gerichte zoekopdrachten via Google en tips van de geïnterviewde stakeholders. Het zoeken naar de materialen gebeurde deels vanuit België en deels vanuit Nederland. De gerichte zoekopdrachten via Google zijn met locatie-instellingen op België uitgevoerd.

### ***Overzichten en kennisbanken***

Bij het zoeken naar materialen werden de volgende kennisbanken geraadpleegd:

- Kennisbank Begrijpelijke Taal: <http://www.kennisbank-begrijpelijketaal.nl/>

<sup>10</sup> In Vlaanderen is de eerstelijnszorg iets anders georganiseerd dan in Nederland. Zo behoort een fysiotherapeut of kinesist niet tot de eerstelijnszorg in Vlaanderen, maar wel in Nederland. Omgekeerd geldt dan weer dat de gynaecologie in Vlaanderen wél en in Nederland niet tot de eerstelijnszorg gerekend wordt. Ook de bekostiging is verschillend. In Nederland wordt een bezoek aan de huisarts 100% vergoed door de zorgverzekering. In Vlaanderen is dit niet zo. In grote lijnen komt de eerstelijnszorg overeen, de verschillen nemen we in dit rapport niet mee.

- Kennisbank van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden:  
<https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/raadplegen/>
- Kennisbank National ehealth Living Lab:  
<https://nell.eu/>
- Kennisbank Pharos:  
<https://www.pharos.nl/kennisbank/><sup>11</sup>
- Kennisbank Toegankelijk communiceren:  
<https://www.diversiteitspraktijk.be/themes/toegankelijk-communiceren>

### ***Websites en tips van stakeholders***

Naast de informatie uit de kennisbanken hebben we ook gericht gezocht op de websites van de ons bekende stakeholders in het veld. Daarnaast ontvingen we tijdens de interviews verschillende tips en doorverwijzingen.

### ***Gerichte zoektermen***

De kennisbanken en de zoektocht via de stakeholders leverden veel meer Nederlandse dan Vlaamse materialen op. Om meer Vlaamse materialen boven water te krijgen, werd aangevuld met een aantal gerichte zoektermen:

- “Begrijpelijke taal zorg België”
- “Begrijpelijke taal zorg Vlaanderen”
- “Gezondheidsvaardigheden België”
- “Gezondheidsvaardigheden Vlaanderen”
- “Health Literacy België”
- “Health Literacy Vlaanderen”

In de analyse konden we uiteindelijk 179 materialen meenemen. De materiaallijst biedt dus een momentopname van het volledige aanbod aan materialen voor begrijpelijke communicatie in de Nederlandse en Vlaamse eerstelijnszorg. Omwille van het grote aanbod, de verspreiding van de materialen over het internet, de beperking tot wat online vindbaar is en de relatief korte periode waarin we naar materialen hebben gezocht, kan de lijst evenwel niet pretenderen volledig te zijn.

### **1.3 Werkwijze: hoe ziet de lijst eruit?**

Met het oog op de analyse, werden de verzamelde materialen volgens hun functie ingedeeld in 4 hoofdcategorieën (A) en 16 subcategorieën (B). De categorieën werden niet op voorhand vastgelegd, maar achteraf toegekend op maat van de verzamelde materialen. De indeling in categorieën had dus geen invloed op het verzamelproces. De hoofdcategorieën zijn:

- Heldere informatie voor zorggebruikers
- Kennisbanken, onderzoek en bewustwording voor zorgverleners en beleidsmedewerkers
- Kwaliteitskeurmerken, onderzoek en standaardisatie
- Tools voor communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager

Per opgenomen materiaal werd informatie verzameld, gestructureerd rond vier hoofdvragen: Om welk materiaal gaat het?; Voor wie is het materiaal bedoeld?; Hoe ziet het materiaal eruit / hoe wordt het gebruikt?; Hoe werd het materiaal ontwikkeld / gevalideerd? Hieronder volgt per hoofdvraag een uitgebreider overzicht van de indicatoren waarop de materialen zijn gescoord.

### ***Om welk materiaal gaat het?***

Voor alle materialen werd de titel van het materiaal (C), zijn beoogde doel of functie (D), de organisatie(s) die het materiaal ontwikkeld heeft/ hebben (E) en een link naar de vindplaats (F) opgenomen. Indien vindbaar werden ook contactgegevens van de ontwikkelaar opgenomen (WXY). Gezien de doelstelling van dit rapport om het veld zo neutraal mogelijk weer te geven, werd voor de omschrijving van het doel of de functie van de materialen waar mogelijk rechtstreeks geciteerd uit de omschrijving van de ontwikkelaars. De volledige omschrijvingen zijn telkens vindbaar via de opgenomen hyperlink.

<sup>11</sup> Deze kennisbank bevat uitsluitend producten waaraan Pharos heeft meegewerkt.

***Voor wie is het materiaal bedoeld?***

Om de doelgroep van de materialen in kaart te brengen, werd telkens beschreven of het materiaal *gericht is op de eerstelijnszorg* (indicator: eerstelijnszorg) of in de eerstelijnszorg *gebruikt kan worden* (indicator: anders; voor verantwoording zie boven) (G); of het materiaal bedoeld is voor de zorgvrager of de zorgverlener (H); of het gemaakt is in Nederland of Vlaanderen (I) en of het beschikbaar is in Nederland of Vlaanderen (J). Wat de beschikbaarheid van de materialen betreft, gingen we in de regel uit van de plaats waar het materiaal ontwikkeld werd. Enkel voor materialen die niet aan de nationale zorgcontext zijn gebonden of wanneer expliciet aangegeven werd dat het materiaal ook buiten de nationale zorgcontext gebruikt kon worden, werd hiervan afgeweken.<sup>12</sup>

***Hoe ziet het materiaal eruit / hoe wordt het gebruikt?***

De vormgeving en de functie van de materialen werden beschreven volgens de aard van het materiaal (K), het medium (L) en de toegankelijkheid (M). Wat de categorie toegankelijkheid betreft, hebben we enkel in kaart gebracht of er bijkomende inspanningen zijn gedaan om het materiaal aan te passen aan de noden van mensen met een visuele of auditieve beperking. Materialen waarvoor geen extra inspanningen zijn geleverd krijgen één ster, materialen met één extra functie (bijvoorbeeld: voorlezen) krijgen twee sterren en materialen met twee of meer extra functies (bijvoorbeeld: letters vergroten en voorlezen) krijgen drie sterren. Of materialen extra functies hebben, is sterk afhankelijk van de aard en het medium van het materiaal. Digitale materialen zijn bijvoorbeeld inherent flexibeler, dan analoge materialen.

In de analyse maken we daarom een onderscheid tussen aard, medium en functie van digitale, analoge en overige materialen.

***Hoe werd het materiaal ontwikkeld/ gevalideerd?***

Ten slotte werd voor alle materialen nagegaan of ze met de doelgroep ontwikkeld werden (N), wat de belangrijkste financieringsbron was (OP), of de gebruiker voor het materiaal moet betalen (QR), wie het materiaal beheert (S), wanneer het de laatste keer werd geüpdatet of aangepast (T) en of het materiaal is gevalideerd (UV). Voor de categorieën financiering, betaling en validatie (OQU) werd telkens een tweede kolom voorzien voor toelichting (PRV).

<sup>12</sup>Materialen voor toepassing in de zorgsector zijn in de regel sterker gebonden aan de specifieke talige en maatschappelijke context waarin ze ontwikkeld werden. Nederlandse informatie over Nederlandse medicijnen is niet per definitie correct in Vlaanderen. De zorgsector is ook anders georganiseerd in Nederland dan in Vlaanderen. Informatie over waar de patiënt terecht kan met welke klachten is niet altijd rechtstreeks toepasbaar in het Nederlandstalige buurland. Zo hoort gynaecologie in Vlaanderen wel en in Nederland niet tot de eerstelijnszorg. Bovendien vormen de verschillen tussen Nederlands-Nederlands en Belgisch-Nederlands een grotere drempel voor een laaggeletterde doelgroep.





# Deel 2 – Analyse materialen

## 2.1 Inleiding

Het tweede deel van dit onderzoek bestaat uit een analyse van de materialen, volgens de indicatoren die bij de inventarisatie werden vastgesteld (deel 1). De focus van het onderzoek ligt dus op de analyse van de materialen, hun doelgroep, hun beoogde functie en hun ontwikkeling en validatie. Het doel van deze analyse is om inzicht te krijgen in het aanbod aan materialen die de begrijpelijkheid van medische taal in Vlaanderen en Nederland bevorderen. Hoe de materialen resoneren in de praktijk, werd niet in de analyse, maar wel in de interviews onderzocht.

## 2.2 Resultaten van de analyse

In het bestek van deze analyse konden 179 materialen geanalyseerd worden. Hoewel dat een aanzienlijk aantal is en bij het verzamelen naar representativiteit werd gestreefd (deel 1), zijn de aantallen en verhoudingen in de analyse relatief. De resultaten van de analyse geven een beeld van de tendensen, problemen en noden op het gebied van begrijpelijke medische taal en vormen als dusdanig de basis voor verder onderzoek.

### *Om welke materialen gaat het?*

#### *Ontwikkelaars*

Het is niet altijd eenvoudig om de ontwikkelaars van de materialen in kaart te brengen. Veel materialen zijn het resultaat van samenwerkingen tussen verschillende organisaties. Bovendien nemen organisaties vaak verschillende rollen op in het ontwikkelen en beschikbaar stellen van materialen.

Belangrijke referentiepunten in de materiaallijst zijn in ieder geval Nederlandse organisaties als *Pharos* en *Nivel* die een belangrijk aandeel van de

materialen in de lijst (resp. 16% en 4%) ter beschikking stellen. Al deze materialen zijn door of in samenwerking met de aanbieders gemaakt. Een tweede belangrijke categorie zijn organisaties, zoals *NeLL* (National eHealth Living Lab) en de *Alliantie Gezondheidsvaardigheden*, die zelf geen materialen ontwikkelen, maar wel een belangrijke rol opnemen in het centraliseren en beschikbaar stellen van bestaande materialen.

Het valt op dat er in Vlaanderen nauwelijks vergelijkbare aanbieders bestaan. Hoewel er in Vlaanderen ook gebruik kan worden gemaakt van de kennis en het netwerk van de Alliantie, wordt dit nog maar beperkt gedaan.

#### *Categorieën en subcategorieën*

De verdeling per categorie geeft een indicatie van hoe de aandacht en middelen verdeeld worden in het veld. De categorie “heldere informatie voor zorgvragers” is de grootste met 63 materialen (35%). Iets minder plaats neemt de categorie “kennisbanken, onderzoek en bewustwording voor zorgverleners en beleidsmedewerkers” in (30%). De derde grootste groep zijn tools voor communicatie tussen zorgverleners en zorgvragers (22%). De kleinste groep (12%) zijn materialen gericht op het waarborgen van de kwaliteit van de materialen.

Hoofdcategorieën	Aantal
Heldere informatie voor zorgvragers	63
Kennisbanken, onderzoek en bewustwording voor zorgverleners en beleidsmedewerkers	54
Kwaliteitskeurmerken, onderzoek en standaardisatie	22
Tools voor communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager	40
<b>Eindtotaal</b>	<b>179</b>

### *Voor wie zijn de materialen bedoeld?*

#### *Eerstelijnszorg*

Van de 179 materialen in de lijst, zijn er slechts 50 (28%) *specifiek gericht* op de eerstelijnszorg. Dat zijn materialen die speciaal ontwikkeld werden voor toepassing bij de huisarts, tandarts, apotheker en dergelijke. 129 materialen (72%) zijn *toepasbaar* in de eerstelijnszorg, maar ook in andere contexten. Het gaat om materialen die in meer contexten kunnen functioneren dan enkel in de eerstelijnszorg (kennisbanken, trainingen, materiaal om de begrijpelijkheid van teksten te testen ...) of om materialen die gericht zijn op specifieke ziektebeelden of zorgnoden en op die manier dus niet aan een specifieke zorgcontext gebonden zijn.

#### *Kan gebruikt worden door*

96 materialen (54%) zijn gemaakt voor toepassing of gebruik door de zorgverlener. 71 materialen (40%) zijn gericht op de zorgvrager. De resterende 12 materialen (7%) zijn gemaakt voor toepassing door de zorgvrager en zorgverlener samen. In het laatste geval gaat het altijd om tools om de communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager te bevorderen.

#### *Gemaakt in / beschikbaar in*

141 materialen (79%) werden ontwikkeld in Nederland, 34 materialen (19%) in Vlaanderen en 3 materialen (2%) zijn het resultaat van Vlaams-Nederlandse samenwerking. 1 materiaal werd internationaal ontwikkeld. Het is niet zomaar mogelijk om op basis van de verzameling in de materiaallijst uitspraken te doen over het *aanbod*

aan materialen in Nederland en Vlaanderen. De overrepresentatie van Nederlandse materialen in de lijst hangt samen met de betere *vindbaarheid* van deze materialen. Zoals hierboven al kort werd aangehaald, bestaan in Nederland immers meer aanbieders die materialen centraal beschikbaar stellen.

### *Hoe zien de materialen eruit / hoe worden ze gebruikt?*

#### *Digitale materialen*

88 van de 179 materialen (49%) kunnen uitsluitend digitaal gebruikt of geraadpleegd worden. Het gaat onder meer om websites, applicaties en games. Daarbij moet natuurlijk wel rekening gehouden worden met het feit dat in de lijst enkel online vindbare materialen werden opgenomen. Het grootste deel van die digitale materialen (40 materialen, 45%) kiest voor een multimediale aanpak, waarbij tekst gecombineerd wordt met video's, animaties en/of geluidsfragmenten. 16 materialen (18%) zijn (animatie)video's. 25 digitale materialen (28%) maken uitsluitend gebruik van geschreven tekst, al dan niet in combinatie met afbeeldingen. De overige materialen vallen onder de noemer 'digitale toepassingen'. Voorbeelden hiervan zijn zoekmachines en plug-ins.

Het is zinvol om in de analyse van deze materialen een onderscheid te maken tussen materiaal dat bedoeld is voor de zorgverlener en materiaal dat bedoeld is voor de zorgvrager. Onder de 38 digitale materialen die bedoeld zijn voor de zorgverlener vallen vooral websites (26 materialen, 68%). Van die 26 websites kiezen er 9

(34%) voor een multimediale aanpak en bieden er maar 2 (7%) (animatie)video's aan. 59 % van de websites voor de zorgverlener bieden dus enkel geschreven tekst, al dan niet met afbeeldingen. Bij de materialen voor de zorgvrager is dat net omgekeerd. Van de 37 websites voor de zorgvrager bieden er 12 (32%) animatievideo's aan en bieden er 15 (40%) multimediale ondersteuning. Slechts 27% van de websites maakt geen gebruik van ondersteunend videomateriaal, animaties of geluidsfragmenten.

Wat bijkomende inspanningen voor mensen met visuele of auditieve zorgvragen betreft, zien we een gelijkaardig patroon. Voor 20 van de 88 digitale materialen (23%) werd één extra inspanning gedaan om het materiaal toegankelijker te maken. Voor 13 materialen (15%) werden zelfs twee of meer extra inspanningen gedaan. 38% van de digitale materialen is dus voorzien van ten minste één bijkomende inspanningen. Wanneer we uitsluitend naar materialen voor de zorgvrager kijken, ligt dat aandeel nog een stuk hoger. 56% van de digitale materialen voor de zorgvrager doet één of meer bijkomende inspanningen voor mensen met visuele of auditieve beperkingen.

#### *Analoge materialen*

76 materialen (42%) zijn in geprinte vorm beschikbaar. Het gaat in alle gevallen om materialen die online als een pdf raadpleegbaar zijn.<sup>13</sup> Van de analoge materialen maken er 36 (47%) uitsluitend gebruik van geschreven tekst, 39 materialen (51%) combineren geschreven tekst met afbeeldingen en 1 materiaal maakt uitsluitend gebruik van afbeeldingen.

Ook voor de analoge materialen is het zinvol een onderscheid te maken tussen materialen die gebruikt worden door de zorgverlener en materialen die gebruikt worden door de

zorgvrager. Van de 43 papieren materialen voor de zorgverlener, gebruiken er 31 (72%) uitsluitend geschreven tekst. 12 materialen (28%) kiezen voor een combinatie van tekst en beeld. Bij de materialen voor de zorgvrager is de situatie omgekeerd: van de 25 papieren materialen gebruiken er 5 (20%) uitsluitend geschreven tekst, 20 materialen (80%) combineren tekst met afbeeldingen.

#### *Overige materialen*

Onder de overige 9% vallen voornamelijk sociale materialen zoals trainingen, gesprekmethodieken of taaladviesbureaus. Al deze materialen zijn bedoeld voor de zorgverlener.

#### *Hoe werden de materialen ontwikkeld/ gevalideerd?*

##### *Gemaakt met de doelgroep*

42%<sup>14</sup> van de materialen gericht op de zorgvrager zijn in samenwerking met de doelgroep ontwikkeld. Voor de materialen gericht op de zorgverlener is dat 25%. Bij de materialen die gemaakt zijn voor toepassing door de zorgvrager en zorgverlener samen werd exact de helft met de doelgroep ontwikkeld. In totaal is 34% van de geïnventariseerde materialen met de doelgroep gemaakt. Om vast te stellen of een materiaal met de doelgroep werd ontwikkeld, hebben we uitsluitend gekeken naar hoe ontwikkelaars het eigen materiaal beschrijven of hoe het door aanbieders beschreven wordt.

##### *Financiering*

65 materialen (36%) werden ontwikkeld met geld van een vereniging zonder winstoogmerk. 64 materialen (36%) werden gefinancierd door de overheid. Slechts 30 materialen (17%) werden commercieel gefinancierd. Voor de overige materialen konden we de financieringsstructuur niet achterhalen. Voor bijna alle materialen is het moeilijk om te achterhalen waar materialen hun financiering vandaan halen. Niet alleen zijn

<sup>13</sup> Analoge materialen die niet als pdf raadpleegbaar zijn, werden niet in de analyse opgenomen. Zie: Verantwoording werkwijze (1.3.).

<sup>14</sup> Dit zijn de materialen die in hun beschrijving expliciet aangeven dat ze in samenwerking met de doelgroep werden ontwikkeld. We vermoeden dat er ook materialen zijn die wel met de doelgroep werden ontwikkeld, maar dit niet in hun beschrijving hebben opgenomen. Het aantal ligt waarschijnlijk dus nog hoger.

ontwikkelaars hier vaak weinig transparant in, bovendien zijn de financieringsbronnen vaak erg versnipperd. Bijna alle materialen krijgen financiering uit verschillende bronnen (zie verder). De hier opgenomen aantallen zijn gebaseerd op de voornaamste financieringsbron, voor zover die achterhaald kon worden.

### Betaling

137 materialen (77%) zijn gratis beschikbaar. 6 materialen (3%) zijn gratis voor organisaties verbonden aan de ontwikkelaars. 34 materialen (19%) zijn tegen vergoeding beschikbaar en voor 2 materialen (1%) konden we deze informatie niet achterhalen. Dat zo veel materialen in de lijst gratis beschikbaar zijn, heeft te maken met de manier waarop we hebben verzameld enerzijds en de infrastructuur van het veld anderzijds. Zo geeft de *Alliantie Gezondheidsvaardigheden* prioriteit aan het beschikbaar stellen van gratis materialen. De *Alliantie Gezondheidsvaardigheden* geeft hiervoor als reden aan dat de middelen om *alle* materialen beschikbaar te stellen ontbreken.

### Laatste update

Voor 68 materialen (38%) kon niet achterhaald worden wanneer de laatste update doorgevoerd werd. Het gaat om materialen waarvoor deze informatie niet relevant is (bijvoorbeeld materialen die op aanvraag worden gemaakt ...) of om materialen waarvoor deze informatie niet vindbaar is. Van de 111 materialen waarvoor we de laatste update wel in kaart konden brengen, werden er 57 (51%) ontwikkeld of geüpdatet in 2020. Voor 14 materialen (13%) ligt de laatste update in 2019 en voor 11 materialen (10%) is dat 2018. Slechts 29 materialen (26%) kregen hun update drie of meer jaren geleden.

Dat zo veel materialen in 2020 werden ontwikkeld of geüpdatet, doet vermoeden dat er veel inspanningen worden gedaan om het veld *up-to-date* te houden. Anderzijds heeft de coronacrisis de behoefte aan updates en nieuwe

materialen sterk aangescherpt. Een belangrijk aandeel van de recentste materialen is toegespitst op corona.

### Validatie

66 van de 179 materialen (37%) werden gevalideerd. Drie validatiestrategieën blijken belangrijk:

- Validatie door derden: 23 materialen (35% van de gevalideerde materialen) werden getest door derden. Hieronder valt validatie door organisaties als *Pharos*, *KNMP* en *WHO*. Maar ook controle door onafhankelijke artsen en apothekers.
- Conformiteit: 3 materialen (5% van de gevalideerde materialen) hebben een officiële bevestiging van conformiteit aan wetenschappelijke richtlijnen.
- Intern onderzoek: 35 materialen (53% van de gevalideerde materialen) zijn het resultaat van of werden onderworpen aan intern wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek is in het overgrote deel van de gevallen vrij raadpleegbaar.

28 materialen (16%) werden gemaakt met de doelgroep en gevalideerd. Het gaat om bekende materialen als *Thuisarts.nl*, de materialen van *Steffie (Leer zelf online)* en materialen van *Pharos* en *Nivel*. Opvallend is ook dat de best geteste en gevalideerde materialen gemiddeld vaker gratis beschikbaar zijn. 25 van de 28 materialen (89%) kunnen kosteloos geraadpleegd of toegepast worden. Wat hun actualiteit betreft, scoren deze materialen niet significant beter. Eerder integendeel. Slechts 8 van de 28 materialen (29%) werden in 2020 gemaakt of geüpdatet. 5 materialen (18%) zijn ouder dan 3 jaar.

## 2.3 Bevindingen: waar gaan we mee verder?

Uit de inventarisatie blijkt dat er *veel* materialen bestaan en dat die materialen door *veel* verschillende organisaties worden ontwikkeld. De

materialen in de lijst zijn slechts een greep uit wat al bestaat. Deze complexiteit aan materialen is belangrijk en noodzakelijk. Laaggeletterdheid is immers ook een complex probleem dat vraagt om een toe- en aangepaste aanpak. Tegelijk noopt de complexiteit tot nadenken. Wat loopt goed? Wat loopt mis? En vooral: wat kan beter? Op basis van de inventarisatie formuleren wij hier vijf bevindingen over het bestaande aanbod. In combinatie met de hiernavolgende interviews met acht praktijkexperten, zetten we die bevindingen in aanbevelingen om.

### *Vlaanderen en Nederland*

Het beleid rond heldere taal in de zorgsector is minder gecentraliseerd in Vlaanderen dan in Nederland. In Nederland zijn er een aantal grote aanbieders als *Pharos* en *Nivel* die veel materialen (mee) ontwikkelen en beschikbaar stellen. Daarnaast is er ook een belangrijke rol weggelegd voor *NeLL*, dat materialen rond e-health aanbiedt, en voor de *Alliantie Gezondheidsvaardigheden*. In Vlaanderen bestaan zulke organisaties niet of nauwelijks. Dat heeft vooral gevolgen voor de *vindbaarheid* van de Vlaamse materialen.

Wat de samenwerking tussen Nederland en Vlaanderen betreft, bestaat nog veel potentieel. Er zijn een aantal praktische problemen die het delen van gezondheidsmaterialen moeilijker maken: de zorgcontext verschilt en de taal verschilt. Zeker dat laatste kan een *extra* grote barrière zijn voor iemand die beperkt gezondheidsvaardig is.

### *Top-downbenadering*

Meer dan de helft van de materialen is gericht op de zorgverlener. Het gaat vaak om materialen die de bewustwording rond lage gezondheidsvaardigheden willen bevorderen. Het slagen van beleid rond heldere taal in de eerstelijnszorg is dan ook sterk afhankelijk van de bereidheid van de zorgverlener en zorgorganisatie om aandacht aan het thema te besteden. Uit het aandeel aan materialen dat de bewustwording bij zorgverleners wil verhogen, leiden wij af dat

ontwikkelaars zich sterk bewust zijn van het belang van een top-downbenadering. Of de inspanningen effect sorteren, zal uit de interviews moeten blijken.

### *Digitale en analoge materialen*

Bijna de helft van de geïnventariseerde materialen zijn uitsluitend digitaal raadpleegbaar. Bij de materialen die gericht zijn op de zorgvrager ligt dat aandeel nog hoger. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het feit dat uitsluitend digitaal naar materialen op zoek gegaan is. Er bestaan waarschijnlijk nog meer analoge materialen die bij de inventarisatie niet boven water gekomen zijn.

Hoewel het aandeel aan digitale materialen in de lijst waarschijnlijk een overschatting is, staat het vast dat digitalisering een belangrijke rol speelt in het begrijpelijker maken van communicatie in de zorg. Digitale materialen hebben als voordeel dat ze vaak goedkoper zijn om te ontwikkelen. Bovendien bieden ze meer mogelijkheden om taal begrijpelijk te maken (voorleesfuncties, woordverklaringen, animatiefilmpjes ...). *NeLL* speelt een belangrijke rol in de ontsluiting van digitale materialen voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

### *Ontwikkeling en validatie*

Slechts iets meer dan een derde van de materialen kan zich beroepen op een vorm van validatie (externe controle, onderzoek of officieel waarmerk van conformiteit). Een iets groter aandeel werd ontwikkeld in samenwerking met de doelgroep. Er bestaan evenwel geen externe criteria waaraan een materiaal moet voldoen om te mogen aangeven dat het met de doelgroep werd getest. Hoewel we testen met de doelgroep een belangrijke en waardevolle strategie vinden om materialen te testen, beschouwen we dit daarom niet als een onafhankelijke vorm van validatie.

Minder dan een zesde van de materialen werd én met de doelgroep ontwikkeld, én gevalideerd. Het

valt op dat de best geteste en gevalideerde materialen vaak in handen zijn van grotere ontwikkelaars en duurzamer inzetbaar zijn. Omgekeerd valt op dat materialen die snel ontwikkeld moeten worden – zoals materialen toegespitst op corona – doorgaans minder uitgebreid getest en gevalideerd zijn.

### ***Financiering en betaling***

Het is moeilijk om de financieringsstructuur van de opgenomen materialen in kaart te brengen. Materialen gaan voor hun financiering vaak op verschillende deuren kloppen. Slechts een minderheid van de materialen vraagt geld voor gebruik. Dit zijn niet de materialen die het best getest en gevalideerd werden. Integendeel: 89% van de materialen die én getest én gevalideerd werden, zijn gratis beschikbaar (vergelijk: 77% voor de hele lijst).

### ***Algemene conclusie***

De materiaalanalyse maakt duidelijk dat de behoefte aan meer **samenwerking** in het veld groot is. Er wordt nog te veel naast elkaar heen gewerkt. Dat zorgt er niet alleen voor dat materialen vaak niet de aandacht krijgen die ze verdienen, bovendien worden de beschikbare middelen zo niet optimaal benut. Het veld zou alle baat hebben bij een helikopterperspectief. Dit rapport is een poging om zo een perspectief in te nemen. Door materialen op grote schaal met elkaar te vergelijken, wordt duidelijk dat in het veld de behoefte bestaat om top-down aan **bewustwording** omtrent lage gezondheidsvaardigheden en de begrijpelijkheid van medische communicatie te werken. Daarnaast en daarmee samenhangend lijkt het veld naar manieren te zoeken om de afstand tussen zorgverlener en zorgvrager te verkleinen. De complexiteit van begrijpelijkheid in zorgcontexten onderstreept het belang van aan een **toegepaste aanpak**. Samenwerking met de doelgroep is een waardevolle strategie om de banden met de praktijk aan te halen.

# Deel 3 – Lessen uit interviews

## 3.1. Inleiding

De inventarisatie en analyse in deel één en twee van dit rapport leveren een uitgebreid overzicht op van wat al bestaat aan materialen voor begrijpelijke taal in de eerstelijnszorg. Hoe bekend en effectief de materialen zijn en of en hoe ze worden ingezet in de praktijk, werd onderzocht aan de hand van een gerichte stakeholdersbevraging. Hierna volgt eerst een verantwoording van de werkwijze: de opzet van de interviews en de keuze voor de bevroegde personen. Daarna volgt een overzicht van de resultaten die uit de bevraging naar voren kwamen. In combinatie met de resultaten van de materiaalanalyse distilleren we daar vervolgens een aantal gerichte aanbevelingen uit.

gezondheidsvaardigheden in de praktijk wordt ervaren en aangepakt. Daartoe kiezen we voor acht diepte-interviews met telkens één praktijkexpert.

## 3.2 Werkwijze - Opzet interviews

Parallel aan de inventarisatie van materialen werd een lijst aangelegd met Vlaamse en Nederlandse stakeholders op het gebied van begrijpelijke taal in de zorgsector. Het gaat onder meer over hoogleraars, artsen en ontwikkelaars. Die lijst diende vervolgens als basis om een zo divers mogelijke groep interviewees samen te stellen. Daarbij werd rekening gehouden met:

- Een evenwichtige verdeling tussen Vlaamse en Nederlandse stakeholders;
- Een evenwichtige verdeling volgens de aard van de organisatie waar de verschillende stakeholders werkzaam zijn (overheidsdiensten, belangenorganisaties, onderzoek, onderwijs, ...);
- Een evenwichtige verdeling volgens de positie van de verschillende stakeholders in het veld.

Met de stakeholdersbevraging willen we peilen hoe het probleem van lage

Bevraagd werden uiteindelijk:

Naam	Organisatie	Functies
Coryke van Vulpen	Pharos Alliantie Gezondheidsvaardigheden	Senior adviseur gezondheidsvaardigheden Coördinator
Carel Jansen	Universiteit Groningen	Professor emeritus Communication and Information Studies
Pim Volkert	Nictiz	Teamlead Terminologiecentrum & SNOMED NRC
Kristine Sørensen	Global Health Literacy Academy International Health Literacy Association	Coördinator en oprichter Voorzitter
Lode Verreyen	Praktijk Groenenborg EACH (International Association for Communication in Healthcare)	Kinesitherapeut Belgisch nationaal vertegenwoordiger Lesgever communicatie in de gezondheidszorg
Leen Haesaert	Thomas More Hogeschool Memori	Docent communicatie en taalvaardigheid Onderzoeker Adviseur klare taal
Olchert Vels	Behandeling Begrepen B.V.	Oprichter en managing partner
Ton Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap	Programmamanager Thuisarts.nl

De interviews werden telkens afgestemd op de achtergrond en expertise van de bevroegde personen. Niet alle stakeholders kregen dus dezelfde vragen. In ieder geval werd in alle interviews ingegaan op de volgende aspecten.

### 1 *Lage gezondheidsvaardigheden en begrijpelijkheid in context*

Hoe manifesteren lage gezondheidsvaardigheden zich in de context waarin de stakeholder werkzaam is? Welke impact hebben taal en taalvaardigheid op gezondheidsvaardigheden? Wat verstaat de stakeholder onder begrijpelijkheid? Wat verstaat de stakeholder onder begrijpelijke medische taal?

### 2 *De bekendheid / ontwikkeling / toepassing van materialen voor begrijpelijke medische taal in de praktijk*

Hoeveel / welke materialen kent de stakeholder? Hoeveel / welke materialen worden door de

stakeholder ingezet in zijn of haar beroepscontext? Wat zijn redenen voor de stakeholder om materialen (niet) te gebruiken? Hoe schat de stakeholder de algemene bekendheid van de aangedragen materialen in? Hoe beschikbaar/gebruiksvriendelijk zijn deze materialen? Wat zijn redenen om materialen (niet) te gebruiken? Wat loopt mis in de ontwikkeling/toepassing van materialen? Welke suggesties heeft de stakeholder om de ontwikkeling/toepassing van materialen efficiënter/effectiever te maken?

### 3 *Validatie / financiering / onderhoud van de aangedragen materialen*

Hoe stelt de stakeholder de kwaliteit van materialen vast? Welke rol speelt validatie/onderzoek in de keuze voor / de ontwikkeling van een materiaal? Welke rol speelt 'testen met de doelgroep' in de keuze voor / de ontwikkeling van een materiaal? Wie betaalt voor de ontwikkeling



en het gebruik van de aangedragen materialen? (Hoe) worden de aangedragen materialen *up-to-date* gehouden?

### ***Resultaten van de bevraging***

De stakeholdersbevraging levert een hoop informatie op over de noden en verlangens in de praktijk. Hierna volgt een samenvatting van de interviews. De aanpak die de stakeholders voorstellen, hangt sterk samen met hoe zij “begrijpelijkheid” interpreteren. Daarom volgt hier eerst (1) een definitie van “begrijpelijke medische taal” volgens de stakeholders. Daarna wordt achtereenvolgens ingegaan op de (2) bekendheid, beschikbaarheid en toepassing van materialen en hun (3) financiering, validatie en onderhoud.

#### **1** *Lage gezondheidsvaardigheden en begrijpelijkheid in context*

Kenniscentrum Nivel (2019) definieert gezondheidsvaardigheden als “de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.”<sup>15</sup>

*Gezondheidsvaardigheden* is dus een overkoepelende term waarbinnen *begrijpelijkheid* een belangrijk aandachtspunt is. De bevroegde stakeholders zien inderdaad een duidelijke relatie tussen *begrijpelijkheid* en *gezondheidsvaardigheden*. Begrijpelijkheid is één van de factoren die bijdragen aan de autonomie van de zorgvrager. Wanneer medische informatie begrijpelijk is, kan de zorgvrager zelf beslissingen maken over zijn of haar gezondheid.

*Begrijpelijke taal* is een belangrijk aspect van *begrijpelijkheid*, maar dekt niet de hele lading. Begrijpelijkheid is het resultaat van heldere communicatie tussen de zorgverlener en de zorgvrager waarbij begrijpelijke taal kan worden ingezet. Deze visie op *begrijpelijkheid* impliceert

dat de context waarin materialen functioneren, extra belangrijk is.

Om te kunnen onderzoeken of medische taal volledig transparant is, moeten we kijken naar hoe die medische taal *in de praktijk* functioneert. Is de informatie betrouwbaar en stelt ze alle betrokken partijen in staat om autonoom en correct te handelen? Met andere woorden: begrijpelijkheid is geen inherent kenmerk van materialen, maar het doel waar materialen naar moeten streven. In wat volgt zal daarom niet zozeer de nadruk liggen op *begrijpelijke taal*, maar wel op *begrijpelijke medische communicatie*.

Begrijpelijke medische communicatie verhoogt de *effectiviteit* van zorgverlening aanzienlijk. Wanneer alle betrokken partijen op een volledig transparante wijze met elkaar over gezondheid kunnen praten, kan de zorgverlener optimaal inschatten wat de noden en behoeften van de zorgvrager zijn. Bovendien is de kans groter dat de zorgvrager medische adviezen op een correcte manier opvolgt, wanneer hij of zij alle informatie begrijpt.

Verskillende stakeholders zien ook een relatie tussen lage gezondheidsvaardigheden, begrijpelijke communicatie en de behoefte aan *betrouwbaar* materiaal. Er is veel onbetrouwbaar materiaal voorhanden op het internet. Zorgverleners merken dat het voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden niet eenvoudig is om in te schatten of informatie betrouwbaar is of niet. Bovendien gaan zorgvragers vaker zelf op zoek naar informatie over hun gezondheid, wanneer de communicatie met de zorgverlener niet begrijpelijk is. Initiatieven als *thisarts.nl* willen tegemoetkomen aan de behoefte aan begrijpelijke én betrouwbare informatie op het internet. Een belangrijke rol is hier ook weggelegd voor de zorgverlener.

<sup>15</sup> Heijmans, M., Brabers A., Rademakers J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019*. Utrecht: Nivel.

## 2 De bekendheid, beschikbaarheid en toepassing van materialen voor begrijpelijke medische taal in de praktijk

Of materialen bekend zijn en toegepast worden in de praktijk, is sterk afhankelijk van de aandacht die zorgverleners hebben voor lage gezondheidsvaardigheden en de behoefte aan begrijpelijke communicatie. Uit de stakeholdersbevraging blijkt dat hier nog heel wat werk aan de winkel is. De **bewustwording** rond lage gezondheidsvaardigheden in de maatschappij, bij overheidsinstanties en bij zorgverleners laat nog te wensen over. De initiatieven die wél genomen worden, zijn bovendien al te versplinterd. Alle bevroegde stakeholders pleiten voor een betere **samenwerking** tussen ontwikkelaars enerzijds en een grotere betrokkenheid van de **doelgroep** anderzijds.

### *Bewustwording*

Weinig zorgverleners hebben in hun praktijk consequent aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden en begrijpelijke communicatie. Dat is volgens de stakeholders te wijten aan een onderschatting van het probleem. Uit onderzoeken blijkt dat maar liefst 28,8% van de Nederlanders en 29% van de Vlamingen laag gezondheidsvaardig is, maar de stakeholders geven aan dat die aantallen door zorgverleners sterk worden onderschat.

Uit de materiaalanalyse bleek dat er heel wat materialen bestaan om de bewustwording bij zorgverleners rond het thema lage gezondheidsvaardigheden te vergroten. De impact van dergelijke materialen kan volgens de stakeholders echter niet zomaar worden aangenomen. Bewustmaking rond lage gezondheidsvaardigheden bereikt toch vooral diegenen, die zelf naar deze materialen op zoek gaan.

De stakeholders pleiten ervoor om bewustwording rond lage gezondheidsvaardigheden sterker te implementeren in de opleidingen. Hoewel op dat gebied de laatste jaren al wat successen werden geboekt, blijft het van belang om hier consequent en duurzaam op in te zetten. Dat geldt ook voor trainingen en bijscholingen voor zorgverleners die al langer werkzaam zijn in het veld. Als zorgverleners zich op grote schaal bewust worden van het belang van begrijpelijke communicatie in hun praktijk, dan volgt een betere toepassing van de beschikbare materialen vanzelf.

### *Samenwerking*

Materialen worden te gefragmenteerd ontwikkeld. Zeker in Vlaanderen is er volgens de stakeholders dringend behoefte aan een instantie die kennis en materialen samenbrengt. In Nederland vervult de *Alliantie Gezondheidsvaardigheden* die functie. Van Vlaams-Nederlandse samenwerking is nauwelijks sprake.

Dat de ontwikkeling van materialen inderdaad erg versplinterd is, blijkt ook uit de inventarisatie die voor dit rapport werd opgemaakt. Hoewel uit de inventarisatie een paar grote, ervaren ontwikkelaars naar voren kwamen, zien we ook dat een heleboel organisaties materiaal voor eigen winkel ontwikkelen. Meer dan de helft van de ontwikkelaars in de lijst was met maar één materiaal vertegenwoordigd.

De nadelen van deze versplintering zijn volgens de stakeholders erg groot. Ten eerste heeft het gebrek aan samenwerking een invloed op de *vindbaarheid* van materialen. Dat bleek ook uit de inventarisatie in dit rapport. Terwijl voor Nederland heel wat materialen verzameld konden worden via centrale kennisbanken, lukte dat voor Vlaanderen veel minder goed. In de praktijk heeft die beperkte vindbaarheid tot gevolg dat materialen de doelgroep niet altijd bereiken.

Ten tweede zorgt het gebrek aan samenwerking ervoor dat de beschikbare middelen niet altijd even efficiënt worden besteed. Organisaties ontwikkelen vaak zelf materialen met weinig middelen. Daardoor blijft weinig geld over voor validatie of testen met de doelgroep. Dat is een gemiste kans, zeker gezien de nadruk die stakeholders leggen op de *betrouwbaarheid* van begrijpelijk materiaal enerzijds, en de *betrokkenheid van de doelgroep* anderzijds.

#### *Praktijkgerichtheid*

Of een materiaal bijdraagt aan begrijpelijke medische communicatie, is sterk afhankelijk van de individuele noden van de zorgvrager. De stakeholders vinden het daarom belangrijk om de doelgroep nauw te betrekken bij de ontwikkeling en toepassing van materialen. Nieuwe materialen ontwikkelen met de doelgroep en bestaande materialen aan gebruikersonderzoek onderwerpen, worden aangehaald als goede strategieën om de kwaliteit van materialen te testen. De stakeholders leggen verder ook sterk de nadruk op het belang van empathie in de communicatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Het is belangrijk om de afstand tussen alle partijen zo klein mogelijk te maken. Alleen zo kan begrijpelijke communicatie tot stand komen.

### **3** *Financiering, validatie en onderhoud van de aangedragen materialen*

Uit de stakeholdersbevraging blijkt dat er in de praktijk een grote behoefte bestaat aan gedegen materialen die in nauwe samenwerking met de doelgroep ontwikkeld en gevalideerd zijn. Zoals al eerder aangehaald, bestaat hier nog ruimte voor verbetering. Er worden veel materialen ontwikkeld, maar vaak ontbreken de middelen om te testen hoe die materialen in de praktijk resoneren. Bovendien veroudert

gezondheidsmateriaal snel – medicijnen veranderen van naam of kleur, gezondheidsrichtlijnen worden aangepast, de institutionele context verandert .... Ontwikkelaars beschikken echter vaak niet over de middelen om materialen consequent *up-to-date* te houden. Wanneer die middelen er wel zijn, dan rest nog de vraag wat de beste manier is om de kwaliteit van materialen voor begrijpelijke medische communicatie te waarborgen.

#### *Financiering*

De financiering van materialen is vaak erg complex. Een gestroomlijndere ontwikkeling en aanbidding van de beschikbare materialen kan zorgen voor een efficiëntere besteding van middelen. Veel organisaties maken materialen voor intern gebruik. Daardoor wordt veel dubbel werk gedaan. Een gestroomlijnder beleid zou middelen vrij maken om materialen te valideren en uitgebreid te testen met de doelgroep. Een mooi voorbeeld van de rol die de overheid kan vervullen in het transparant maken van financieringsstromen, is het actieprogramma *Tel mee met Taal* van de Nederlandse ministeries van OCW, BZK, SZW en VWS.<sup>16</sup>

#### *Validatie*

Wat de validatie van materialen betreft, bestaat volgens de stakeholders nog een te grote kloof tussen de theorie en de praktijk. De laatste jaren verschenen verschillende onderzoeksrapporten over begrijpelijke medische communicatie en “samen beslissen”<sup>17</sup>, maar de resultaten van dat onderzoek kunnen moeilijk geïmplementeerd worden in de eerstelijnszorg. Als oorzaak hiervoor wordt de kloof tussen kenniscentra (universiteiten, onderzoekscentra en academische ziekenhuis) en de eerstelijnszorg aangehaald.

<sup>16</sup> <https://www.telmeemetaal.nl/over-ons>.

<sup>17</sup> Vgl.: C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, ‘Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes, at least two to tango)’, In: *Social Science @ Medicine*, 44 (1997) 5, 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3); C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, ‘Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model’, In: *Social Science @ Medicine*, 49 (1999) 5, 651-616. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8). Toegespitst op de Nederlandse situatie zet ook de Patiëntenfederatie Nederland sterk in op “samen beslissen”: <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/onderzoeken/meldactie-samen-beslissen>.

Daarnaast geldt ook dat materialen nog maar weinig worden onderzocht nadat zij ontwikkeld zijn. Hoewel de kwaliteit van de materialen vooral afhangt van hoe zij in de praktijk functioneren, is daar weinig aandacht voor bij het valideren van materialen. Als materialen al gevalideerd worden, dan gebeurt dit vooral in de ontwikkelingsfase. De bevroegde stakeholders vinden het belangrijk om meer middelen vrij te maken om de kwaliteit van materialen *in de praktijk* te testen.

Op de vraag *hoe* materialen optimaal gevalideerd kunnen worden, blijkt geen pasklaar antwoord te bestaan. Materialen zijn vaak erg verschillend en vragen dus om toegepaste validatietechnieken. Bovendien kunnen materialen op verschillende indicatoren getest worden (betrouwbaarheid, begrijpelijkheid, gebruiksvriendelijkheid...). Daar komt ook nog eens bij dat verschillende gebruikers vaak heel verschillende noden hebben. Of een materiaal effectief is, zal dus altijd uit de toepassing van dat materiaal in de praktijk moeten blijken.

### *Onderhoud*

De stakeholders vinden het erg belangrijk dat materialen volledig *up-to-date* zijn. COVID-19 maakt duidelijk hoe snel informatie over gezondheid kan veranderen. Het is van groot belang dat materialen snel aan de veranderende context aangepast kunnen worden. In de praktijk blijkt het echter lastig om bestaande materialen te onderhouden. Veel materialen worden gemaakt met projectfinanciering. Daarbij is vaak geen budget voorzien voor onderhoud. Bovendien is het voor sommige materialen – bijvoorbeeld: digitale versus analoge materialen – erg moeilijk om de beschikbare informatie aan te passen.

### *Conclusie*

Begrijpelijke medische communicatie is een complex gegeven.

Daarover zijn alle stakeholders het eens. Er bestaan geen pasklare oplossingen om communicatie in de zorgsector begrijpelijker te

maken. Wie nieuwe materialen wil ontwikkelen, moet dat in nauwe samenwerking met de doelgroep doen. Wie de kwaliteit van bestaande materialen wil testen, moet onderzoeken hoe die materialen resoneren *in de praktijk*.

Om de ontwikkeling en toepassing van materialen voor begrijpelijke communicatie in de zorgsector optimaal te laten verlopen, suggereren de stakeholders twee strategieën. Allereerst moet gewerkt worden aan een brede bewustwording omtrent de problematiek die achter onbegrijpelijkheid schuilgaat. Wanneer iedereen zich van het belang van heldere communicatie in de zorgsector bewust is, volgt de praktijk vanzelf. De stakeholders vinden het belangrijk om bewustwording rond lage gezondheidsvaardigheden en begrijpelijke communicatie structureel in te bedden in zorgopleidingen van universiteiten, hogescholen en middelbaar beroepsonderwijs en in nascholingen.

Daarnaast pleiten de stakeholders voor meer samenwerking op alle gebieden. Er bestaan middelen en expertise, maar die worden niet altijd op de meest effectieve manier ingezet. In Nederland speelt de *Alliantie Gezondheidsvaardigheden* al een belangrijke rol in de centralisering van kennis omtrent begrijpelijke medische communicatie en het toegankelijker maken van zorg voor iedereen. In Vlaanderen is zo'n coördinerende instantie dringend nodig.

# Deel 4 – Conclusies en aanbevelingen

## 4.1 Conclusie

Begrijpelijke medische communicatie draagt ertoe bij dat alle partijen de overgebrachte informatie correct kunnen vinden, verwerken, beoordelen en toepassen. In die zin is begrijpelijkheid geen inherent kenmerk van materialen, maar het resultaat van een geslaagde toepassing van die materialen in de praktijk. Zowel uit de stakeholdersbevraging als uit de materiaalanalyse blijkt dat er heel wat inspanningen worden gedaan om medische communicatie begrijpelijker te maken. Er bestaan veel materialen die op veel verschillende manieren aan de begrijpelijkheid van medische communicatie bijdragen.

De keerzijde van die veelzijdigheid is de versnippering die bij de ontwikkeling, toepassing en financiering van materialen optreedt. Uit de materiaalanalyse en uit de stakeholdersbevraging blijkt dat er nog vaak naast elkaar heen gewerkt wordt. Dat zorgt niet alleen voor een suboptimale besteding van middelen, maar ook voor een moeilijkere vindbaarheid van de materialen, zowel door de zorgverlener als door de zorgvrager. In Nederland doet de netwerkorganisatie *Alliantie Gezondheidsvaardigheden* veel inspanningen om de kennis van de samenwerkende partners te centraliseren. De *Alliantie Gezondheidsvaardigheden* geeft daarbij prioriteit aan het ontsluiten van gratis beschikbare materialen. Om volledig te zijn, ontbreken de middelen. In Vlaanderen is er dringend behoefte aan een gelijkaardig verenigend orgaan. Van Vlaams-Nederlandse samenwerking is nog maar zeer beperkt sprake.

Daarnaast blijkt het niet eenvoudig om te testen of materialen daadwerkelijk bijdragen aan de begrijpelijkheid van medische communicatie. Er bestaan verschillende manieren om materialen te valideren (validatie door derden, conformiteit, intern onderzoek), maar die richten zich bijna altijd op de *betrouwbaarheid* van het materiaal. Bovendien worden materialen bijna uitsluitend gevalideerd in de ontwikkelingsfase. Er is behoefte aan middelen en strategieën om vast te stellen hoe materialen het doen in de praktijk.

Ten slot maakten de materiaalanalyse en de stakeholdersbevraging duidelijk dat er nog een grote behoefte bestaat aan bewustwording bij zorgverleners. Er bestaat een discrepantie tussen het aantal materialen voor bewustwording in de inventarisatie en de vaststelling dat die materialen in de praktijk niet echt de impact hebben waar men op hoopt. Veel zorgverleners zijn zich onvoldoende bewust van het grote aantal personen met lage gezondheidsvaardigheden waardoor hun zorg te weinig is afgestemd op de doelgroep.

## 4.2 Stappenplan voor de ontwikkeling, implementatie en toepassing van materialen

### *Toelichting*

Om de ontwikkeling, implementatie en toepassing van materialen voor begrijpelijke medische communicatie effectiever te maken, stelt de Taalunie een werkwijze in vijf stappen voor. Het stappenplan is ontworpen voor ontwikkelaars die een nieuw materiaal naar buiten willen brengen, maar kan ook gebruikt worden om inzicht te krijgen in de kwaliteit van bestaande materialen.

Uit de materiaalanalyse en de stakeholdersbevraging kwamen drie lijnen naar voren, die onze bijzondere aandacht verdienen: praktijkgerichtheid, samenwerking en bewustwording. Of materialen impact genereren, hangt af van (1) hoe ze ingezet worden in de praktijk, (2) of en hoe sterk expertise werd gedeeld en (3) de mate waarin de zorgverlener wordt aangespoord om aandacht te besteden aan begrijpelijke communicatie. Het stappenplan is een poging om die aandachtgebieden naar concrete richtlijnen te vertalen.

De volgorde waarin de stappen worden aangeboden is niet dwingend. Afhankelijk van de specifieke materialen zal het nodig zijn om sommige stappen uit te stellen of te herhalen. Bovendien zullen niet alle stappen voor alle materialen even belangrijk zijn. Zo heeft een website met informatie over de coronamaatregelen er bijvoorbeeld bovengemiddeld veel belang bij om goede strategieën te ontwikkelen om *up-to-date* blijven. Het hier beschreven stappenplan kan het best gelezen worden als een algemene richtlijn, die steeds aangepast kan worden aan de specifieke situatie.

Tot slot is het nog belangrijk om op te merken dat dit stappenplan de ideale situatie beschrijft. Het doorlopen van alle stappen kost veel tijd en middelen. Zaken waarover ontwikkelaars vaak onvoldoende beschikken. Met deze richtlijn hoopt de Taalunie een haakje in het beleid rond begrijpelijke medische communicatie te creëren. Gestroomlijnd beleid rond begrijpelijke medische communicatie is immers een belangrijke impuls voor een meer effectieve besteding van middelen.

### *Stappenplan*

- 1 *Onderzoek wat al bestaat en bouw daarop voort*

De versnippering binnen het veld zorgt ervoor dat veel materialen dubbel ontwikkeld worden. Het dubbel ontwikkelen van materialen zorgt voor een inefficiënte besteding van middelen en expertise. Het is daarom belangrijk dat (1) bestaande materialen goed gedeeld worden en dat (2) ontwikkelaars zich goed op de hoogte stellen van wat al bestaat en daarop voortbouwen.

- 2 *Ga voor een interdisciplinaire aanpak met alle betrokkenen*

Om medische communicatie begrijpelijker te maken moet expertise optimaal gedeeld worden. Bij het creëren van nieuwe materialen kan daarom het best de samenwerking worden opgezocht tussen ontwikkelaars, de medische en taalkundige onderzoekspraktijk, vormgevers en de beoogde doelgroep.

- 3 *Valideer de kwaliteit van materialen op zoveel mogelijk gebieden*

#### *3.1. Toets het materiaal op begrijpelijkheid, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid*

Rekening houden met beperkte gezondheidsvaardigheden is meer dan inzetten op begrijpelijke taal. Om te onderzoeken of materialen bijdragen aan begrijpelijke medische communicatie, moeten we ook oog hebben voor andere factoren. Is de informatie betrouwbaar en stelt ze alle betrokken partijen in staat om autonoom en correct te handelen? Het beoordelen van materialen loopt daarom in het beste geval langs drie lijnen: begrijpelijkheid, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid.

#### *3.2. Toets het materiaal op doelmatigheid en resultaat in de praktijk*

Begripelijkheid is geen inherent kenmerk van materialen, maar het resultaat van hoe die materialen ingezet worden in de praktijk. Om de kwaliteit van materialen te beoordelen, moet

daarom niet alleen naar de materialen zelf gekeken worden, maar ook naar hoe ze in de praktijk resoneren.

#### 4 *Implementeer het materiaal in de praktijk*

Als het materiaal getest is op begrijpelijkheid, betrouwbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en doelmatigheid, kan het in de praktijk geïmplementeerd worden. Daarbij is het van belang dat materialen voor begrijpelijke medische communicatie niet alleen geïmplementeerd worden in de *gebruikspraktijk*, maar ook aandacht krijgen in *opleidingen en bijscholingen*.

#### 5 *Ontwikkel strategieën om materialen up-to-date te houden*

De medische context verandert snel. Dat heeft niet alleen gevolgen voor de betrouwbaarheid, maar ook voor de begrijpelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van materialen. Als materialen niet *up-to-date* zijn, is het moeilijker voor zorgvragers en zorgverleners om ze doelgericht toe te passen. Het is belangrijk om strategieën te ontwikkelen en middelen vrij te maken om bestaande materialen *up-to-date* te houden.





# Bijlage 1: Terminologie

Dit rapport gaat over begrijpelijke medische communicatie in de zorgsector. De (behoefte aan) begrijpelijkheid van medische communicatie is sterk gerelateerd aan gezondheidsvaardigheden, maar valt er niet mee samen. Bovendien is de begrijpelijkheid van medische communicatie van meer factoren afhankelijk dan van helder taalgebruik alleen. Hierna volgt een korte verklaring van de veelgebruikte termen: *gezondheidsvaardigheden*, *begrijpelijke medische communicatie* en *begrijpelijke medische taal*.

## ***Gezondheidsvaardigheden***

In navolging van kenniscentrum Nivel begrijpen wij *gezondheidsvaardigheden* als “de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.”<sup>18</sup> De mate waarin iemand gezondheidsvaardig is, wordt dus niet uitsluitend bepaald door zijn of haar taalvaardigheid, maar ze vormt er wel een belangrijk aspect van. Dit rapport focust voornamelijk op de talige component van gezondheidsvaardigheden.

## ***Begrijpelijke medische communicatie***

*Gezondheidsvaardigheden* is een overkoepelde term waarbinnen *begrijpelijke medische communicatie* een belangrijk aandachtspunt is. De begrijpelijkheid van medische communicatie is één van de factoren die bijdragen aan de autonomie van de zorgvrager. Wanneer medische communicatie begrijpelijk is, helpt dat de

zorgvrager om zelf beslissingen te maken over zijn of haar gezondheid.

## ***Begrijpelijke medische taal***

*Begrijpelijke medische taal* speelt een belangrijke rol in het begrijpelijker maken van medische communicatie, maar valt er niet volledig mee samen. Of medische communicatie begrijpelijk is, hangt ook af van andere factoren, waaronder de taalvaardigheid van de zorgvrager, de inspanningen van de zorgverlener om communicatieproblemen aan te wijzen en aan te pakken en de ervaring die de zorgvrager heeft met de zorgcontext. Met andere woorden: begrijpelijke taal is een middel, begrijpelijke communicatie het doel.

## ***Zorgverlener en zorgvrager***

In dit rapport verstaan we onder zorgverlener iedereen die zorg verleent. Iedereen die zorg vraagt is een zorgvrager. Er werd geen onderscheid gemaakt per beroepsgroep en ook niet per ‘reden om zorg te vragen’. Dit zou een te uitgebreid overzicht opleveren en (daardoor) inhoudelijk te weinig toevoegen aan de analyse. We kiezen in dit rapport enkel voor een onderscheid tussen zorgverlener en zorgvrager (binnen de eerstelijnszorg).

<sup>18</sup> Heijmans, M., Brabers A., Rademakers J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019*. Utrecht: Nivel.



**Telefoon**

+ 31 (0)70 – 346 95 48

**E-mail**

info@taalunie.org

**Bezoekadres**

Paleisstraat 9

2514 JA Den Haag

Nederland