

STAND VAN ZAKEN

Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst

ALLEEN EEN TOLK INZETTEN IS MEESTAL NIET GENOEG

Mirjam P. Fransen, Vanessa C. Harris en Marie-Louise Essink-Bot

Om adequate zorg aan patiënten van allochtone herkomst te kunnen verlenen moeten zorgverleners een eventuele taalbarrière effectief overwinnen door gebruik te maken van professionele tolken.

Veel allochtone patiënten hebben beperkte gezondheidsvaardigheden: zij hebben moeite met het verkrijgen van gezondheidsinformatie en met het begrijpen en het toepassen hiervan. Daardoor hebben zij een groter risico op slechtere gezondheidsuitkomsten.

Zorgverleners zouden hun communicatie moeten aanpassen aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden door te controleren of de patiënt hen heeft begrepen, het gebruik van medisch jargon te vermijden en de informatie af te stemmen op het perspectief van de patiënt.

Er zijn verschillende praktische strategieën ontwikkeld om zorgverleners te ondersteunen in effectieve communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Om de effectiviteit van dergelijke strategieën bij verschillende populaties te onderzoeken en om op systematische wijze nieuwe strategieën te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren is wetenschappelijk onderzoek nodig.

Onder het begrip ‘gezondheidsvaardigheden’ (‘health literacy’) worden vaardigheden verstaan die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.^{1,2} Lezen en schrijven maken deel uit van deze gezondheidsvaardigheden. Problemen met het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie worden vaak versterkt door een taalbarrière. In dat opzicht kan een taalbarrière worden beschouwd als een extreme vorm van beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat wil echter niet zeggen dat het opheffen van een taalbarrière garant staat voor adequate communicatie en effectieve zorg.

Veel niet-westerse allochtonen van de eerste generatie zijn laagopgeleid.³ Sommige zijn vrijwel analfabeet in hun moedertaal, wat het heel moeilijk maakt om een andere taal zoals Nederlands te leren. Daardoor is het voor hen moeilijker om de weg te vinden in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Maar ook in hun eigen taal is het abstractievermogen laag en hebben zij bijvoorbeeld weinig kennis van ziekten en van het menselijk lichaam. Beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen ook problemen opleveren bij het stellen van de diagnose, omdat het presenteren van een klacht en het aangeven van het

Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Afd. Sociale Geneeskunde: dr. M.P. Fransen, gezondheidswetenschapper; dr. M.L. Essink-Bot, arts maatschappij en gezondheid-epidemioloog.

Afd. Interne Geneeskunde-Infectziekten:

drs. V.C. Harris, aios interne geneeskunde.

Contactpersoon: dr. M.L. Essink-Bot (m.l.essink-bot@amc.uva.nl).

beloop van de symptomen in de tijd een zeker abstractie-vermogen vereist.

Zorgverleners zijn zich vaak niet bewust van de noodzaak communicatie aan te passen aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ze gebruiken medisch jargon, tekenen abstracte modellen en geven informatie die niet aansluit bij het perspectief van de patiënt.⁴

Wij willen artsen meer inzicht geven in het probleem van beperkte gezondheidsvaardigheden bij de medische zorg voor patiënten van allochtone herkomst. Aan de hand van een casus laten we zien dat alleen het overwinnen van een taalbarrière niet genoeg is. Vervolgens bespreken we hoe zorgverleners kunnen omgaan met taalbarrières en met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het spreekt vanzelf dat andere problemen zich kunnen voordoen bij de zorg voor allochtone patiënten, zoals cultuurverschillen.⁵ Wij gaan daar niet op in dit artikel, maar verwijzen hiervoor naar andere artikelen in dit tijdschrift.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 75-jarige man van Marokkaanse afkomst, was een nieuwe patiënt op de polikliniek Interne Geneeskunde. Zijn diabetes mellitus type 2 was slecht onder controle en er was sprake van macro- en microvasculaire complicaties. Hij had coronairlijden, retinopathie, diabetische nefropathie, en neuropathie waardoor hij gebonden was aan een scootmobiel. Verschillende artsen hadden geprobeerd zijn bloedglucosewaarden te verbeteren, maar zonder resultaat. Omdat patiënt geen Nederlands sprak, gebruikte de internist bij het 1e consult de tolkentelefoon. Zij probeerde tevergeefs te achterhalen welke medicatie hij gebruikte. Ze vroeg hem de volgende keer zijn medicatie mee te nemen.

Tijdens de 2e afspraak, 3 maanden later, schakelde de internist een persoonlijke professionele tolk in. Patiënt had zijn medicatie meegenomen, maar hij wist niet hoeveel hij van welk medicijn gebruikte. Om meer inzicht te krijgen in zijn medicatiegebruik vroeg de internist hem de volgende keer zijn dochter mee te nemen.

Bij de 3e afspraak waren naast een professionele tolk ook de dochter van 26 jaar en kleindochter van 6 jaar aanwezig. Gezamenlijk bekeken ze de medicatie. De dochter bekeek de medicatieverpakking zorgvuldig voordat ze vertelde hoeveel van welke pillen hij nam. Ze vroeg de kleindochter om de verpakking voor te lezen. Op dat moment realiseerde de internist zich dat zowel de patiënt als zijn dochter moeite had met lezen. Toen zij daarnaar vroeg, vertelde patiënt dat ze beiden niet konden lezen. De internist overlegde met de apotheek over het feit dat patiënt niet kon lezen. De apotheek leverde hierna zijn

medicatie gesorteerd aan in een rol met zakjes voor ieder innamemoment (baxterrol).

Bij de 4e afspraak bleek de bloedglucosewaarde sterk te zijn verbeterd. Patiënt voelde zich eindelijk begrepen, en was opgelucht en dankbaar dat zijn medicatie nu goed geregeld was.

TAALBARRIÈRE

Een taalbarrière is vaak het eerste waar zorgverleners aan denken in het contact met allochtone patiënten. De internist in deze casus gebruikte goede middelen om de taalbarrière te overbruggen. Eerst maakte zij gebruik van de tolkentelefoon en vervolgens van een persoonlijke tolk. De arts vroeg om familieleden mee te nemen, niet om te tolken, zoals vaak gebeurt, maar als informatiebron. Pas toen bleek dat patiënt en dochter niet konden lezen en schrijven. Dat leidde tot problemen met het adequaat innemen van medicatie. Alle andere artsen die patiënt eerder had gezien, waren hier blijkbaar niet achter gekomen. Functioneel analfabetisme, een van de mogelijke oorzaken van beperkte gezondheidsvaardigheden, wordt vaak niet spontaan gemeld, ook niet door autochtone patiënten. Dit komt onder andere doordat mensen zich hiervoor schamen. De arts loste het probleem op door contact op te nemen met de apotheek, die de medicatie daarna in dagdoses afleverde.

LAAGGELETTERDHEID

De casus illustreert dat adequate zorg voor allochtone patiënten vaak meer vereist dan het effectief overwinnen van een taalbarrière. Pas na het inzetten van tolken kon de internist erachter komen dat patiënt niet kon lezen en schrijven. In Nederland is ongeveer 10% van de bevolking van 16-65 jaar laaggeletterd, dat wil zeggen: zij hebben moeite met lezen en rekenen op basaal niveau. Nog eens 25-30% beheerst de basisvaardigheden wel, maar heeft moeite met het gebruik van complexere informatie, zoals schema's, grafieken en formulieren.⁶ Van patiënten met een chronische aandoening wordt steeds meer verwacht dat ze zelf een actieve rol vervullen in het omgaan met hun ziekte. Laaggeletterden missen echter de vaardigheden om deze actieve rol te vervullen. De groep laaggeletterden bestaat relatief vaak uit ouderen, laaggeschoolden en allochtonen van de eerste generatie.⁷ Voor goede zorgverlening is het noodzakelijk dat de arts zich op de hoogte stelt van eventueel tekortschietende lees- en rekenvaardigheden bij de patiënt. Manieren om een gebrek aan deze vaardigheden bij mensen te herkennen zijn samengevat in zogenoemde 'toolkits', die we later in dit artikel zullen bespreken.

OMGAAN MET TAALBARRIÈRES

Het is terecht dat het beleid van de Nederlandse overheid gericht is op het aanleren van Nederlandse taalvaardigheden door iedere burger. Desondanks zal iedere zorgverlener in Nederland voorbereid moeten zijn op consulten waarbij een taalbarrière speelt. Dat betreft niet alleen de groep lageropgeleide allochtonen van de eerste generatie voor wie het moeilijk is om Nederlands te leren maar ook vluchtelingen of vakantiegangers.

Negatieve effecten Een recent overzicht van de internationale literatuur laat zien dat taalbarrières een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg, de kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid.⁸ Ook in Nederlands onderzoek zijn de negatieve effecten van een taalbarrière op de arts-patiëntcommunicatie aangetoond.^{9,10} Voor effectieve communicatie is uitwisseling in een gemeenschappelijke taal vereist. Ander Nederlands onderzoek laat zien dat wederzijds begrip tussen arts en patiënt essentieel is voor een goede therapietrouw en tot een grotere patiënttevredenheid leidt.¹¹ Als de arts de moedertaal van de patiënt niet beheerst, ligt de oplossing voor de hand: het inzetten van een tolk.

GEBRUIK EEN TOLK

In Nederland stelt de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) dat het de verantwoordelijkheid van de zorgverlener is om informatie te verschaffen 'in een vorm die voor de patiënt begrijpelijk is'. Het gebruik van een formele tolk leidt tot betere zorg, dat wil zeggen: minder communicatiefouten, beter begrip bij patiënten, betere klinische uitkomsten en hogere patiënttevredenheid.¹² Formele tolken zijn getraind om letterlijk te vertalen wat de patiënt en de arts zeggen, menen zich niet als partij in het gesprek en hebben geheimhoudingsplicht. Informele tolken, zoals familieleden, vertalen tot minstens de helft van de vragen van de arts slecht of helemaal niet, maken meer vertaalfouten met medische consequenties, noemen vaker de bijwerkingen van een medicijn niet en vertalen vaker gevoelige onderwerpen niet.¹³ Een Nederlandse groep onderzocht de meningen van huisartsen over tolkgebruik in het TRICC-project (TRICC staat voor 'Training intercultural and bilingual competencies in health and social care'). Nederlandse huisartsen bleken zich nauwelijks bewust van taalproblemen en gebruikten bij voorkeur informele tolken.¹⁰

TRAINING IN EFFECTIEF TOLKGEBRUIK

Het is belangrijk om in te zien dat het effectief inzetten van een tolk tijdens een consult bepaalde vaardigheden en dus training vereist. Dit wordt ook erkend in het

Raamplan Artsenopleiding 2009.¹⁴ Het eerder genoemde TRICC-project geeft richtlijnen voor zo'n training.¹⁰ In het curriculum van het Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam krijgen alle coassistenten aan het begin van de masterfase een training in het omgaan met een taalbarrière.

Tot voor kort werd het gebruik van een formele tolk als de 'gouden standaard' gezien, maar tegenwoordig is er ruimte voor flexibelere oplossingen. Tolkenpools van bijvoorbeeld studenten of tweetalige medewerkers van zorginstellingen kunnen een oplossing bieden, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Enkele van deze voorwaarden zijn geheimhoudingsplicht, training in tolkvaardigheden en formele toetsing van het taalniveau, zowel in het Nederlands als in de vreemde taal.

VERGOEDING VOOR INZETTEN TOLK

Tot 1 januari 2012 konden zorgverleners en instellingen een vergoeding ontvangen voor de inzet van formele tolken in de zorg. Sindsdien betalen veel ziekenhuizen zelf voor tolkdiensten. Voor huisartsen zijn via het Fonds Huisartsen in Achterstandswijken in veel steden verschillende vergoedingsregels gerealiseerd.

OMGAAN MET BEPERKTE GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN

Slechtere gezondheid Cijfers over de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheden op de gezondheid ontbreken voor zowel allochtonen als autochtonen. Onderzoek naar de gevolgen van laaggeletterdheid laat echter zien dat laaggeletterden vaker een matige of slechte gezondheid rapporteren dan hooggeletterden en dat zij vaker aandoeningen hebben als astma, diabetes mellitus, kanker, hartinfarct en psychische aandoeningen.¹⁵ Amerikaans onderzoek laat zien dat ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker een slechtere gezondheid rapporteren en een 1,5-2 maal groter sterfterisico hebben dan ouderen met adequate geletterdheid.^{16,17}

Ander zorggebruik Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken vaker op een minder passende manier gebruik van de gezondheidszorg. Zij gaan bijvoorbeeld vaker dan nodig lijkt voor hun gezondheidstoestand naar de huisarts of medisch specialist en maken minder gebruik van preventieve programma's zoals screening.¹⁵ Dit lijkt in het bijzonder te gelden voor allochtonen. Amerikaanse onderzoekers keken naar het verband tussen gezondheidsvaardigheden, etniciteit en deelname aan baarmoederhalskankerscreening.¹⁸ Ze vonden dat allochtone vrouwen minder kennis hadden van de screening dan autochtone vrouwen (9 vs. 21%) en dat er bij deze allochtone groep ook vaker sprake was van laaggeletterdheid (46 vs. 15%).¹⁸

Communicatieproblemen Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de rol van gezondheidsvaardigheden in de interactie tussen zorgverleners en patiënten. Wel is bekend dat de communicatie tussen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en zorgverleners vaak moeizaam verloopt.^{19,20} Gebrek aan kennis bij de patiënt over de ziekte en behandeling, passieve communicatie en schaamte staan een actieve patiëntenrol in de weg.²¹ In de communicatie met allochtone patiënten worden deze problemen vaak versterkt door een taalbarrière. Zoals de casus laat zien leidt het adequaat omgaan met een taalbarrière niet automatisch tot adequate communicatie. Het lagere opleidingsniveau van met name oudere allochtonen zorgt niet alleen voor taalproblemen, maar ook voor een laag abstractievermogen en weinig kennis van gezondheid en ziekte. Zorgverleners beseffen vaak niet dat de informatie die zij verstrekken voor deze mensen regelmatig te veel en te moeilijk is.^{4,19,20}

ROL VAN ZORGVERLENERS

Zorgverleners spelen een belangrijke rol in het toegankelijk maken van de zorg voor allochtone patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het begrip 'informed consent' kan alleen serieuze invulling krijgen als de patiënt de informatie heeft begrepen en heeft verwerkt. Ook al ligt het probleem van beperkte gezondheidsvaardigheden bij de ontvanger van de zorg, de zorgaanbieder draagt verantwoordelijkheid voor de oplossing. Adequaat tolkgebruik en bewustwording van het feit dat een deel van de allochtone patiënten beperkte gezondheidsvaardigheden heeft, is daarom essentieel.¹

HERKENNEN VAN LAAGGELETTERDHEID

Voor een adequate communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden is het van groot belang dat zorgverleners zich bewust zijn van het probleem en dat zij deze patiënten kunnen herkennen. Vaardigheden in het herkennen van en effectief omgaan met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden passen in de CanMEDS-competenties 'Maatschappelijk handelen' en 'Communicatie' (CanMEDS staat voor 'Canadian medical education directives for specialists'). Het verwerven van deze competenties verdient daarom een plaats binnen de medische basis- en vervolgopleidingen.

De Stichting Lezen en Schrijven heeft een herkenningwijzer ontwikkeld om mensen met lees-, schrijf- en rekenproblemen te identificeren. Een kanttekening hierbij is dat het gebruik van dergelijke screeningsinstrumenten een stigmatiserend effect kan hebben op patiënten. Bovendien is het de vraag of deze instrumenten in de praktijk nodig zijn, omdat zorgverleners altijd en bij iedere patiënt moeten controleren of de informatie is

overgekomen en begrepen. De zorgverlener moet niet alleen vragen of de patiënt de informatie begrepen heeft, maar het begrip ook inhoudelijk controleren.^{10,22} Dat kan bijvoorbeeld door te vragen: 'Ik wil graag weten of ik het u nu goed heb uitgelegd. Kunt u mij vertellen wat u nu thuis gaat doen?'

COMMUNICATIESTRATEGIEËN VOOR ZORGVERLENERS

In de wetenschappelijke literatuur zijn verschillende strategieën terug te vinden die gericht zijn op het verbeteren van de begrijpelijkheid van gezondheidsinformatie. Een veelgenoemde strategie is controleren of de patiënt de informatie goed heeft begrepen door hem of haar te vragen deze informatie aan de arts uit te leggen ('teach-back'-methode).²³ Ook langzaam praten, eenvoudig taalgebruik, gebruik van meerdere communicatievormen en hulp bieden bij het stellen van vragen zijn bekende strategieën.^{24,25} Harder praten helpt niet. Het is heel belangrijk om aan te sluiten bij het perspectief van de patiënt op zijn of haar klacht, ziekte en behandeling. Dat moet de zorgverlener dan wel uitvragen.⁹ Over deze strategieën schreven wij eerder in het *NTvG*.²

In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende interventies ontwikkeld om beter te kunnen omgaan met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden; de toepasbaarheid en de effectiviteit van deze interventies zijn in het algemeen nog niet onderzocht. We bespreken hier enkele voorbeelden.

TABEL 1 Toolkit 'Gezondheidsvaardigheden'*

beschrijving

In de toolkit 'Gezondheidsvaardigheden' treft u hulpmiddelen en instrumenten (tools) aan om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te herkennen en de communicatie met hen te verbeteren. Ook vindt u in de toolkit algemene informatie over gezondheidsvaardigheden en actuele berichtgeving.

beknopte indeling

Wie direct met de toolkit aan de slag wil, kan op de website een keuze maken uit de rubrieken. Voor wie eerst meer wil weten over de achtergronden en de opbouw is het aan te bevelen de achtergrondinformatie door te nemen.

- vaardigheden herkennen
- tools voor professionals
- tools voor organisaties
- tools voor de einddoelgroep
- publicaties
- links

* Bron: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, www.nigz.nl/index.cfm?act=project.details&proj=40.

Toolkit ‘Gezondheidsvaardigheden’ Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), dat sinds 2012 is ondergebracht bij het CBO, heeft de toolkit ‘Gezondheidsvaardigheden’ samengesteld met daarin een overzicht van nationale en internationale hulpmiddelen, instrumenten en trainingen (tabel 1). Deze helpen zorgverleners om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen en de mondelinge, schriftelijke, digitale en interculturele communicatie in de zorg te verbeteren.

Toolkit ‘Laaggeletterdheid’ De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft de toolkit ‘Laaggeletterdheid’ ontwikkeld (tabel 2). Deze toolkit biedt zorgverleners in de huisartsenpraktijk een checklist om laaggeletterdheid te herkennen. Daarnaast bevat de toolkit een checklist voor adequate communicatie met laaggeletterde patiënten. Deze checklist doet aanbevelingen voor de benadering van patiënten, eenvoudig taalgebruik, beperking van informatie tot kernpunten, herhaling van belangrijke

- **Veel allochtone patiënten hebben beperkte gezondheidsvaardigheden: ze hebben moeite met het verkrijgen, begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie.**
- **Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben een groter risico op slechtere gezondheidsuitkomsten.**
- **Om adequate zorg aan allochtone patiënten te verlenen is allereerst het overwinnen van een eventuele taalbarrière vereist.**
- **Zorgverleners zijn zich vaak niet bewust van de noodzaak de communicatie aan te passen aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.**
- **Er zijn verschillende strategieën beschikbaar die zorgverleners ondersteunen bij effectieve communicatie met deze patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden; de toepasbaarheid en effectiviteit van deze strategieën moeten nog worden onderzocht.**

TABEL 2 Toolkit ‘Laaggeletterdheid’*

beschrijving

Laaggeletterdheid zorgt ervoor dat patiënten de inhoud van geschreven informatie in de huisartsenpraktijk niet goed tot zich kunnen nemen. De toolkit ‘Laaggeletterdheid’ biedt huisartsenpraktijken een checklist om laaggeletterdheid te herkennen. Ook bevat het een checklist die handvatten geeft in de communicatie met patiënten die minder goed kunnen lezen. Op deze manier kunnen huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners laaggeletterde patiënten de extra ondersteuning bieden die zij nodig hebben. Denk aan de uitleg over het gebruik van een geneesmiddel of een verwijzing naar een arts in het ziekenhuis. Daarmee wordt de gidsrol van de huisarts als centrale zorgverlener toegankelijker voor laaggeletterden.

samenwerking

De toolkit ‘Laaggeletterdheid’ is tot stand gekomen in samenwerking met de Stichting Lezen & Schrijven, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, de Stichting Expertisecentrum Educatieve Televisie, het Nederlands Huisartsen Genootschap en Pharos.

downloaden

U kunt de toolkit en de bijbehorende posters en checklists downloaden op de website.

- toolkit ‘Laaggeletterdheid’
- checklist ‘Communicatie op maat van laaggeletterden’
- checklist ‘Observaties in de huisartsenpraktijk’
- posters

* Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging, <http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/Toolkit-Laaggeletterdheid.htm>.

punten, navragen of de patiënt de informatie begrijpt en gebruik van de gebiedende wijs.

Projecten van Pharos en Hartstichting Pharos is een landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van migranten, vluchtelingen en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit centrum ondersteunt en adviseert zorgverleners bij hun communicatie met laaggeletterden en anderstaligen. Zo heeft het bijvoorbeeld de projecten ‘Begrijp je lichaam’ en ‘Kelly en Karim willen een baby’ ontwikkeld, waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudig visueel materiaal. Daarnaast is er een training voor het effectief communiceren met laagopgeleide allochtonen die beperkt Nederlands spreken. Ook de Nederlandse Hartstichting biedt voorlichtingsmateriaal aan in eenvoudig Nederlands, dat ook in vertaalde versies beschikbaar is voor Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Nederlanders.

CONCLUSIE

Voor het leveren van adequate zorg aan allochtone patiënten moet allereerst een eventuele taalbarrière effectief overwonnen worden. Daarna kan het consult beginnen en kan inzicht worden verkregen in het niveau van hun gezondheidsvaardigheden. Ook nadat de taalbarrière is beslecht, hebben mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden moeite met het verkrijgen van gezondheidsinformatie en met het begrijpen en toepassen van deze informatie. Daardoor hebben zij een groter risico op slechtere gezondheidsuitkomsten. Dit geldt bijvoorbeeld voor arbeidsmigranten van de eerste generatie uit Turkije en Marokko maar ook voor autochtone patiënten

met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het verwerven van vaardigheden in het herkennen van en in het effectief omgaan met deze patiënten hoort thuis in de medische basis- en vervolopleidingen. In de praktijk zijn verschillende nuttige handreikingen ontwikkeld om zorgverleners te helpen in effectieve consultvoering bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Meer wetenschappelijk onderzoek is nodig om de toepasbaarheid en effectiviteit van dergelijke strategieën in de Nederlandse medische praktijk te onderzoeken en om op systematische wijze nieuwe strategieën te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: formulieren met belangenverklaringen zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A5581; klik op 'Belangenverstremming'). Financiële ondersteuning voor dit artikel: M.P. Fransen en M.L. Essink-Bot ontvingen subsidies van het Diabetesfonds, de Gezondheidsraad en ZonMw.

Aanvaard op 2 januari 2013

Citeer als: *Ned Tijdschr Geneesk.* 2013;157:A5581

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- Gezondheidsraad. Laaggeletterdheid te lijf. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid; 2011.
- Twickler ThB, Hoogstraaten E, Reuwer AQ, Singels L, Stronks K, Essink-Bot ML. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:A250.
- Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2004.
- Seeleman C, Stronks K, van Aalderen W, Bot ML. Deficiencies in culturally competent asthma care for ethnic minority children: a qualitative assessment among care providers. *BMC Pediatr.* 2012;12:47.
- Suurmond J, Seeleman C, Stronks K, Essink-Bot ML. Een arts van de wereld- etnische diversiteit in de medische praktijk. 2e dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
- Fouarge D, Houtkoop W, Van der Velden R. Laaggeletterdheid in Nederland. Amsterdam; Expertisecentrum Beroepsonderwijs; 2011.
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med.* 2005;20:175-84.
- Bischoff A. Do language barriers increase inequalities? Do interpreters decrease inequalities? In: Ingleby D, Chiarenza A, Deville W, Kotsioni I, eds. *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities.* Antwerpen: Grant Publishers; 2012.
- Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health.* 2010;100(Suppl 1):S113-7.
- Meeuwesen L, Harmsen H, Sbiti A. Als je niet begrijpt wat ik bedoel: Tolken in de gezondheidszorg [Good practices 16]. Rotterdam: Mikado; 2011.
- Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns.* 2003;51:99-106.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007;42:727-54.
- Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005;62:255-99.
- Van Herwaarden CLA, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan Artsopleiding 2009. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; 2009.
- Groot W, Maassen van den Brink H. Stil vermogen, een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid. Den Haag: Stichting Lezen & Schrijven; 2006.
- Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:770-6.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 2007;167:1503-9.
- Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:938-43.
- Sudore RL, Landefeld CS, Perez-Stable EJ, Bibbins-Domingo K, Williams BA, Schillinger D. Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Educ Couns.* 2009;75:398-402.
- Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med.* 2002;34:383-9.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(Suppl 1):S19-26.
- Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ.* 2009;43:229-37.
- Paasche-Orlow MK, Schillinger D, Greene SM, Wagner EH. How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21:884-7.
- Oates DJ, Paasche-Orlow MK. Health literacy: communication strategies to improve patient comprehension of cardiovascular health. *Circulation.* 2009;119:1049-51.
- Williams MV. Recognizing and overcoming inadequate health literacy, a barrier to care. *Cleve Clin J Med.* 2002;69:415-8.