

# Laaggeletterdheid te lijf



**Signalering ethiek en gezondheid 2011**

**CENTRUM VOOR ETHIEK EN GEZONDHEID**

*Laaggeletterdheid te lijf*

Uitgave van het Centrum voor ethiek en gezondheid  
ISBN 978-90-78823-00-1

Auteursrecht voorbehouden

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf*.

Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011

Publicatienummer Gezondheidsraad: 2011/17.

U kunt deze publicatie downloaden van [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl) / [www.gr.nl](http://www.gr.nl) / [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

# Inhoudsopgave

<b>Briefadvies Laaggeletterdheid te lijf.....</b>	<b>5</b>
<b>Literatuur.....</b>	<b>15</b>
<b>Bijlage 1 Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken.....</b>	<b>17</b>



Aan de minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Geachte minister,

Met belangstelling heb ik kennis genomen van uw onlangs gepubliceerde nota *Gezondheid dichtbij*<sup>1</sup>, waarin u schrijft dat iedere Nederlander over voldoende basisvaardigheden moet beschikken om in onze samenleving goed te kunnen functioneren. U noemt daarbij lezen, schrijven, rekenen, digitale vaardigheden, sociale vaardigheden, financiële vaardigheden en gezondheidsvaardigheden. In dit briefadvies wil ik met name aandacht vragen voor enkele problemen en beleidsimplicaties waar het om gezondheidsvaardigheden gaat. De laatste jaren zijn emancipatie van patiënten en beleid gericht op keuzen in de zorg gebaseerd op een ideaaltypisch mensbeeld dat niet altijd overeenkomt met de realiteit. Door de combinatie van beperkte gezondheidsvaardigheden en de situatie waarin mensen belanden als zij ziek worden, zijn patiënten namelijk veel minder in staat tot rationele keuzen dan vaak verondersteld wordt. Dat heeft naar mijn oordeel consequenties voor het beleid.

Het briefadvies, dat getoetst is door de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht en de Beraadsgroep Maatschappelijke gezondheidszorg, is primair gebaseerd op een achtergrondstudie door onderzoekers van het AMC, getiteld *Gezondheidsvaardigheden: stand van zaken*. Die achtergrondstudie is bijgevoegd.

De opzet van het advies is als volgt. Om de beschouwingen en overwegingen nader in perspectief te plaatsen, begin ik met een korte terugblik op een aantal adviezen van de Gezondheidsraad die de afgelopen decennia zijn verschenen, zonder daarbij overigens naar volledigheid te streven. Tegen deze achtergrond komen meer recente ontwikkelingen en initiatieven ter sprake. Een en ander geeft mij aanleiding tot enkele aanvullende opmerkin-

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
**Tel** 070 - 340 50 60  
**Fax** 070 - 340 75 75  
**E-mail** [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl)  
**URL** [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

Datum  
5 september 2011  
Uw brief van  
-  
Uw kenmerk  
-  
Ons kenmerk  
6108.1-001  
Doorkiesnummer  
070-3407180  
Onderwerp  
Aanbieding signalement

gen. Het briefadvies besluit met enkele aanbevelingen over de rol en verantwoordelijkheid van professionals op het brede terrein van gezondheid en zorg. Ook wil ik u nog attenderen op een kwestie waar men bij de evaluatie van het gezondheidsbeleid niet om heen kan maar die wel eens onderbelicht blijft. Hierbij is naar mijn idee een publieke verantwoordelijkheid in het geding.

*Enkele adviezen van de Gezondheidsraad: een korte terugblik*

Het is al weer twintig jaar geleden dat de Gezondheidsraad het advies *Medisch handelen op een tweesprong*<sup>2</sup> uitbracht. Daarin stond een herorientatie op de beroepsopvatting van artsen centraal. Was tot halverwege de vorige eeuw het gezag van de arts onbetwist en solistisch werken heel normaal, sindsdien heeft de snelle wetenschappelijke vooruitgang de arts gedwongen tot voortdurende bijscholing en is alom erkend dat de beroepsgroep op basis van effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek protocollen moet ontwikkelen om het medisch handelen te sturen. Het advies schetste lijnen waarlangs die ontwikkelingen verder vorm zouden kunnen krijgen. Voor zover de patiënt in beeld kwam, ging het vooral over diens toegenomen mondigheid en over de noodzaak om hem en zijn familie goed te bejegenen. Met betrekking tot voorlichting liet het advies het bij de algemene aanbeveling dat de arts de beginselen van de didactiek zou moeten beheersen en zou moeten kunnen inschatten hoe elke patiënt het beste kan worden benaderd, wil de boodschap overkomen.

Bijna tien jaar later verscheen *Van implementeren naar leren*.<sup>3</sup> Inmiddels had de ontwikkeling van professionele richtlijnen een hoge vlucht genomen, maar ook bleken deze vaak in een te traag tempo of in onvoldoende mate de dagelijkse praktijk te beïnvloeden. In het advies werd dit implementatievraagstuk benaderd vanuit de brede context waarbinnen het handelen plaatsvindt. Steeds is een vertaalslag nodig van generieke informatie naar specifieke situaties. Organisatorische randvoorwaarden spelen daarbij onder andere mee, maar ook de inbreng van patiënten doet ertoe. Die zouden volgens het advies een belangrijke rol moeten en kunnen spelen bij het formuleren van wat goede en effectieve zorg is en bij het realiseren van gewenste veranderingen in het zorgproces. In dit verband werd het woord 'partnerschap' gebezigd.

In 2006 werd nog weer een ander facet belicht. Het CEG-signalement *Vertrouwen in verantwoorde zorg*?<sup>4</sup> wijdde enkele opmerkingen aan nieuwe accenten in het kwaliteitsbeleid van de overheid. Zelfregulering door de beroepsgroep zou onvoldoende tegemoet komen aan de werkelijke behoeften van de patiënt, was de gedachte. Beter zou het zijn het perspectief van

de patiënt als kiezende zorgconsument centraal te stellen. In het signalement werd dit morele ideaal van zelfbeschikking en zijn complement, eigen verantwoordelijkheid, niet zozeer ter discussie gesteld. Veeleer werd de vraag opgeworpen of mensen zich wel thuis voelen in die rol wanneer zij met ziekte en lijden te maken krijgen, en of men hun die rol in de praktijk wel mag toedelen.

#### *Signalen uit een andere hoek*

In 2006 verschenen ook publicaties die licht wierpen op een heel andere kant van de zaak. Om te beginnen was er een rapport van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), getiteld *Gezondheidsvaardigheden en Informed Consent*.<sup>5</sup> Met dat rapport werd aandacht gevraagd voor aanzienlijke verschillen in gezondheidsvaardigheden tussen verschillende bevolkingsgroepen. De ene patiënt is de andere niet en menigeen is onvoldoende in staat zelfstandig en kritisch om te gaan met gezondheidsinformatie en informatieverstrekkers. Professionals in de gezondheidszorg zouden daarop bedacht moeten zijn en daarnaar moeten handelen, aldus het rapport.

Het NIGZ-rapport sloot aan bij een discussie over de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De Inspectie voor de Gezondheidszorg had dat jaar voor haar rapportage *Staat van de gezondheidszorg* als thema 'patiëntenrechten' gekozen.<sup>6</sup> In dat kader verscheen van de hand van gezondheidsjurist Legemaate het deelrapport *Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak*.<sup>7</sup> Legemaate stelt vast dat veel wet- en regelgeving uitgaat van een nogal theoretisch mensbeeld, namelijk dat van de geïnformeerde burger die zijn rechten kent en weloverwogen besluit daarvan wel of niet gebruik te maken. Naar zijn opvatting is het weliswaar onvermijdelijk dat de wetgever als uitgangspunt een normatief mensbeeld hanteert, maar de overheid zou de ogen niet mogen sluiten voor situaties waarin mensen misschien wel willen maar niet kunnen. Zoals hij onlangs nog eens uiteenzette, kan een 'informatieparadox' ontstaan: "de exponentiële toename van het belang van goede informatie in een steeds complexere zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt houdt geen gelijke tred met het vermogen van bepaalde groepen burgers om deze informatie te verwerven en ten eigen nutte te gebruiken".<sup>8</sup> Laaggeletterdheid kan daar onder meer debet aan zijn.

### *Laaggeletterdheid als probleem bestempeld en bestreden*

Sinds enige tijd heeft laaggeletterdheid een prominente plaats op de maatschappelijke en politieke agenda. Zo bracht de Nederlandse Taalunie in 2004 het rapport *Laaggeletterd in de Lage Landen*<sup>9</sup> uit. Nederland en Vlaanderen zouden weliswaar in vergelijking met andere landen gemiddeld goed scoren, maar toch zou ongeveer 16% van de volwassenen in Vlaanderen (ongeveer 800.000) en ongeveer 10% van de volwassenen in Nederland (ongeveer 1,5 miljoen) veel moeite hebben met alledaagse schriftelijke taken. In een informatiesamenleving als de onze, waarin steeds meer van mensen gevraagd wordt, is dat een groot en ernstig probleem. Niet geheel toevallig werd in datzelfde jaar de Stichting Lezen & Schrijven opgericht, met als doel laaggeletterdheid te voorkomen en te verminderen, zowel op korte als op lange termijn.<sup>10</sup>

Dat ook de overheid de noodzaak van actie onderkende, bleek uit de nota *Van A tot Z betrokken. Aanvalsplan Laaggeletterdheid 2006-2010*.<sup>11</sup> Het plan behelsde een brede aanpak, waarbij de levensloop van een individu wordt gevolgd. Veel partijen zijn betrokken bij deze strijd tegen laaggeletterdheid, van docenten in de diverse onderwijssectoren tot werkgevers en gemeenten. Met jaarlijkse evaluaties wordt de vinger aan de pols gehouden en worden maatregelen zo nodig aangepast of bijgesteld.

Tot slot werd vorig jaar op initiatief van het NIGZ de Alliantie Gezondheidsvaardigheden opgericht.<sup>12</sup> Meer dan vijftig instanties, waaronder patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven en kennisinstellingen, hebben de handen ineen geslagen om gezondheidsinformatie voor mensen van alle niveaus van geletterdheid beter toegankelijk te maken.

### *De stand van wetenschap*

Duidelijk is dat laaggeletterdheid, zowel in algemene zin als meer specifiek in de gezondheidszorg, inmiddels volop in de belangstelling staat. In 2006 stelden de schrijvers van het eerder genoemde NIGZ-rapport<sup>5</sup> dat inzicht in gezondheidsvaardigheden voornamelijk gebaseerd moest worden op internationale bronnen en dat er in Nederland nog maar weinig onderzoek naar was gedaan. We zijn nu een aantal jaren verder en de Gezondheidsraad vond het opportuun om de huidige stand van kennis op dit gebied in kaart te brengen. Daartoe is in opdracht van de raad het achtergrondrapport *Gezondheidsvaardigheden: stand van zaken* geschreven. Achtereenvolgens wordt in het rapport uiteengezet wat onder gezondheidsvaardigheden verstaan moet worden, hoe ze zich laten meten, hoe het met die vaardigheden in ons land gesteld is, welke gevolgen beperkte vaardigheden voor de



gezondheid en de gezondheidszorg hebben en, niet in de laatste plaats, hoe het beter kan. Ik wil er hier vast twee zaken uit lichten.

Ten eerste betreft het de samenhang van lage gezondheidsvaardigheden met een slechtere gezondheid. Nederlands onderzoek op dit gebied is weliswaar schaars, maar bevestigt buitenlandse bevindingen dat laaggeletterden vaker een matige of slechte gezondheid rapporteren dan hooggeletterden. Ook blijken zij vaker last te hebben van bepaalde ziekten en aandoeningen, zoals astma, diabetes, kanker, hartinfarcten en psychische problemen. Laaggeletterden zullen dus oververtegenwoordigd zijn onder patiënten.

Bij het tweede punt sta ik wat uitvoeriger stil. Het gaat om de, in overeenstemming met internationale inzichten, gekozen begripsomschrijving van gezondheidsvaardigheden: dat zijn “de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen”. In deze omschrijving ligt – opnieuw – het ideaal besloten van de goed geïnformeerde burger die in staat is weloverwogen keuzes met betrekking tot zijn eigen gezondheid te maken. Als streefbeeld valt daar inderdaad veel voor te zeggen. Tegelijk wil ik erop wijzen dat met deze normatieve definitie verschillende deelvaardigheden benoemd worden die in de praktijk een complexe en variabele samenhang lijken te vertonen. Vaak wordt in de wetenschappelijke literatuur het accent gelegd op een hiërarchische ordening. Om te beginnen gaat het om functionele geletterdheid in engere zin: basisvaardigheden, zoals kunnen lezen en schrijven, die overal in het dagelijks leven nodig zijn. Kunnen rekenen valt daar ook onder. Vervolgens zijn er vaardigheden die vaak worden getypeerd als zijnde van een hogere orde: communicatieve, sociale en cognitieve vaardigheden waarop een beroep moet worden gedaan om informatie te kunnen analyseren, evalueren en toepassen. Toch is het niet gezegd dat wie functioneel laaggeletterd is maar wel adequate hulp krijgt, ook laag scoort op die andere vaardigheden. Omgekeerd kan iemand met een hoge functionele geletterdheid evengoed moeite hebben om gezondheidsinformatie op de eigen situatie toe te passen, vooral wanneer dat lastige keuzes of afwegingen behelst. Recente inzichten uit de gedragseconomie leren dat ook de rationele menselijke beslisser eerder een ideaalbeeld is dan een psychologische realiteit en dat een stevige ondersteuning bij keuzevraagstukken soms nodig is om een stap voorwaarts te kunnen zetten.<sup>13</sup> Dat zal zeker zo zijn wanneer mensen met ziekte en de daarmee gepaard gaande zorgen en onzekerheden geconfronteerd worden. Zelfbewuste cliënten worden dan al gauw kwetsbare patiënten. Kortom, we hebben op dit terrein te maken met een web van variabele verbanden en er is

behoefte aan een samenhangend geheel van interventies om daarop effectief te kunnen inspelen.

#### *Contouren van het huidige beeld*

Zoals ik eerder al schreef, heeft een ideaaltypisch beeld van patiënten lange tijd de boventoon gevoerd, dikwijls ook in adviezen van de Gezondheidsraad. Hoe wordt de patiënt in documenten van recentere datum geportretteerd? Er is inmiddels een zekere verschuiving waarneembaar. Zo heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) diverse publicaties gewijd aan de veranderende verhoudingen tussen zorgverleners en patiënten.<sup>14-16</sup> Gelijkwaardigheid is daarbij het parool. Beide partijen hebben eigen rollen en verantwoordelijkheden en moeten die onderling afstemmen en ook waar maken, wil de zorg doeltreffend en doelmatig zijn. Hiervan zou in de praktijk nog onvoldoende sprake zijn. Deels zou dat komen doordat patiënten zich nog niet altijd vrij voelen om hun mening of ervaringsdeskundigheid in te brengen. Meer aandacht voor communicatie in professionele richtlijnen en nascholing kan volgens de RVZ soelaas bieden, evenals betere coaching en scholing van patiënten. Verder zouden patiëntenorganisaties individuele ervaringen van patiënten kunnen bundelen en bijvoorbeeld kunnen omzetten in kwaliteitskeurmerken voor verzekeraars en artsen. Daarvan zouden patiënten in de spreekkamer dan weer de vruchten kunnen plukken.

In de stukken waarin u de beleidsdoelstellingen van uw ministerie hebt toegelicht, valt op dat de keuzemogelijkheden van de burger prominent naar voren worden geschoven.<sup>1,17,18</sup> Meer mensen zouden een keuze kunnen maken die past bij hun voorkeur, als ze betere mogelijkheden hebben om te kiezen waar, wanneer en hoe zij hun zorg krijgen. U stelt dat veel, met name chronische, patiënten behoefte hebben om het eigen zorgproces te regisseren. Dat zou des te belangrijker zijn, omdat zij zelf vaak het nodige aan hun ziekte kunnen doen. Ruimte creëren voor nieuwe ontwikkelingen, zoals *e-health* (het gebruik van informatie- en communicatietechnologie in de zorgverlening), past ook bij dit alles. Parallel hieraan wordt geappelleerd aan de eigen kracht en verantwoordelijkheid van burgers. Van hen wordt eveneens verwacht dat zij zelf zaken regelen waar dat kan. Ook worden zij verantwoordelijk gehouden voor hun eigen leefstijl.

### *Tussen willen en kunnen*

Recapitulerend stel ik het volgende vast. Aanvankelijk stond de discussie vooral in het teken van de emancipatie van de patiënt: de arts zou bij de zorgverlening meer tegenwicht geboden moeten worden. Geleidelijk is wat mensen verondersteld worden te willen de beschouwingen sterker gaan bepalen. Patiënten komen steeds meer in beeld bij de besluitvorming rond medische behandelingen. Dat is begrijpelijk, want iedereen wil bij ziekte goede en ook passende zorg krijgen. Bovendien zullen patiënten waar nodig of mogelijk graag hun steentje bijdragen aan het zorgproces. Dat is immers in hun eigen belang.

Pas langzamerhand is het besef gegroeid dat de inbreng van de patiënt niet vanzelf gaat. Ziekte, zeker wanneer die ernstig is, doet iets met mensen. Waarschijnlijk is vrijwel niemand in staat het eigen ziekteproces volkomen koel en rationeel onder ogen te zien en keuzes te maken als gold het een zakelijke transactie, zelfs niet wie goed op de hoogte is van alle medische *ins and outs*.<sup>19</sup> Juist hierom kan verantwoorde zorg niet zonder een goede samenspraak tussen zorgverlener en patiënt. In een sfeer van vertrouwen zal dan duidelijk moeten worden met welke vragen de patiënt zit en waaraan hij behoefte heeft. Dit is trouwens ook de reden waarom artsen nooit zichzelf of hun familieleden behoren te behandelen.

Coaching en scholing kunnen iemand natuurlijk helpen om een betere gesprekspartner te worden in de spreekkamer. Voorlichting geschiedt echter doorgaans aan de hand van tekstmateriaal. Naar mijn indruk gaat men er hierbij nog te vaak stilzwijgend van uit dat het met de lees- en schrijfvaardigheid van mensen wel goed zit. Daarom ben ik blij met uw opmerkingen over het belang van basisvaardigheden. Ook is het goed te kunnen constateren dat laaggeletterdheid aandacht heeft gekregen in het huidige Regeerakkoord.<sup>20</sup> In overeenstemming daarmee heeft de minister van OCW besloten de activiteiten die zijn beschreven in het *Aanvalsplan Laaggeletterdheid 2006 – 2010* tot eind 2011 te verlengen.

### *Zorgverleners zijn zeker ook aan zet*

In hoofdstuk 6 van het achtergrondrapport bij dit briefadvies passeert een reeks oplossingsrichtingen en aanbevelingen de revue, voor praktijk, beleid en onderzoek. Ik onderschrijf deze van harte. Vanzelfsprekend is het terugdringen van laaggeletterdheid een zwaarwegend maatschappelijk belang. Het is in ieder geval nodig om de gezondheidsvaardigheden van de bevolking te kunnen verbeteren. Maar ook op kortere termijn kan er al veel gebeuren. Ik wil met name nog iets opmerken over de rol en verantwoordelijkheid van zorgverleners.

Veel initiatieven van de laatste jaren draaien om het creëren van bewustwording bij professionals en instanties in de gezondheidszorg. Meer dan nu het geval is moeten zorgverleners erop bedacht zijn dat bepaalde patiënten niet alleen moeite hebben om hun eigen gezondheidssituatie te begrijpen, maar dat ze ook niet goed kunnen lezen en schrijven. Dat onvermogen kan bovendien uit schaamte worden gecamoufleerd. Er zijn allerlei communicatieve strategieën – de achtergrondstudie bespreekt er een aantal en wijst ook op nog bestaande lacunes in kennis – om hierop in te spelen. Die strategieën vergen weliswaar tijd, maar zo'n tijdsinvestering verdient zich terug, doordat de zorg aan doeltreffendheid en doelmatigheid zal winnen.

Met het thema 'tijdsbeslag' wordt echter meteen een praktisch probleem aangestipt. De opstellers van het NIGZ-rapport drongen er al op aan om voorlichting een betere plaats te geven in zorgplannen, behandelplannen, protocollen en contracten. Communicatie en besluitvorming zouden moeten worden doorgerekend als zelfstandige werkprocessen in termen van professionele competenties, tijd en geld.<sup>5</sup> Ook in het eerder genoemde Gezondheidsraadadvies *Medisch handelen op een tweesprong*<sup>2</sup> werd trouwens al een lans gebroken voor een betere honorering van basiselementen van goed medisch handelen, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek en praten met de patiënt. Een soort kijk- en luistergeld dus. Ik ben het daarmee eens. Tegelijk vind ik dat in de professionele opleiding en nascholing meer aandacht moet uitgaan naar het aanleren van goede communicatieve vaardigheden, waarbij men zich beter bewust moet zijn van de mogelijkheid dat een patiënt laaggeletterd is. Uw ambtsvoorganger gaf ook al te kennen daaraan groot belang te hechten.<sup>21</sup> Ik hoop dat u die visie deelt en verdere initiatieven op dit vlak zult stimuleren en ondersteunen. De achtergrondstudie doet hiervoor tal van suggesties.

#### *Effectief beleid: meer dan letten op gemiddelden*

Nog een laatste opmerking. De ontwikkeling van indicatoren om de kwaliteit van zorg te meten is in volle gang. Ook de Gezondheidsraad heeft dit thema op zijn huidige werkprogramma staan. Hierbij zijn allerlei methodologisch lastige kwesties aan de orde. Zo realiseert iedereen zich dat niet alleen het handelen van zorgverleners en de organisatie van de zorg maar ook patiëntenkenmerken van invloed kunnen zijn op de uitkomsten. Bij die kenmerken wordt doorgaans alleen gekeken naar ziektegebonden verschillen tussen mensen. Nadrukkelijker zal ook rekening moeten worden gehouden met verschillen in geletterdheid en gezondheidsvaardigheden. In het verlengde daarvan en breder bekeken kan naar mijn oordeel de effectiviteit van het gezondheidsbeleid niet alleen worden afgemeten aan gemiddelde uitkomsten. Daarachter kunnen grote verschillen tussen bevolkingsgroepen schuil

gaan. Juist om te bevorderen dat meer mensen hun eigen verantwoordelijkheid – waar het huidige beleid zo de nadruk oplegt – kunnen waarmaken, is het essentieel eventuele negatieve neveneffecten van maatregelen bij de groep laaggeletterden nauwlettend te volgen. Dit vereist actief beleid van uw kant en ik raad u dat dan ook ten zeerste aan.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Louise', followed by a stylized flourish that extends downwards and to the right.

Prof. dr. L.J. Gunning-Schepers,  
voorzitter Gezondheidsraad



# Literatuur

- 1 Ministerie van VWS. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag, 2011.
- 2 Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991; publicatienr. 1991/23.
- 3 Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000: publicatie nr 2000/18.
- 4 Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006.
- 5 Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Gezondheidsvaardigheden en Informed Consent. NIGZ: Woerden, 2006.
- 6 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2006: patiëntenrechten. IGZ: Den Haag, 2006.
- 7 Legemaate J. Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak. Amsterdam, 2006.
- 8 Legemaate J. De informatierechten van de patiënt: te weinig en te veel. Voorzittersrede jaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht, 15 april 2011.
- 9 Nederlandse Taalunie. Laaggeletterd in de Lage Landen. Nederlandse Taalunie, Den Haag, 2004.
- 10 [www.lezenenschrijven.nl](http://www.lezenenschrijven.nl).
- 11 Ministerie van OCW. Van A tot Z betrokken. Aanvalsplan Laaggeletterdheid 2006 – 2010. Den Haag, 2006.
- 12 [www.nigz.nl](http://www.nigz.nl).
- 13 Tiermeijer WL, Thomas CA, Prast HM(red). De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag. WRR/Amsterdam University Press, 2009.
- 14 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Goed patiëntschap. Den Haag: RVZ, 2008.
- 15 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geven en nemen in de spreekkamer. Den Haag: RVZ, 2009.
- 16 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De patiënt als sturende kracht. Den Haag: RVZ, 2010.
- 17 Ministerie van VWS. Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 26 januari 2011.
- 18 Ministerie van VWS. Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 28 januari 2011.
- 19 Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Van Gennep, 2006.
- 20 Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA. Den Haag, 30 september 2010.
- 21 Brief van de minister van VWS. Kwaliteit van zorg. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2009-2010, 31765, nr. 5.





# Bijlage 1

## Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken

