



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Gezondheidsvaardigheden in een pandemie

Uitdagingen en strategieën voor organisatie en beleid

Gezondheidsvaardigheden in een pandemie

Uitdagingen en strategieën voor organisatie en beleid

RIVM-briefrapport 2024-0092

Colofon

© RIVM 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0092

M. Fransen (auteur), RIVM
A. Gorter (auteur), RIVM
T. Jansen (auteur), RIVM

Contact:

Mirjam Fransen
Gedrag & Gezondheid
Mirjam.fransen@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Programmadirectie COVID-19 in het kader van 'Onderzoek Kennishiaten'

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Gezondheidsvaardigheden tijdens de coronapandemie

Tijdens de coronapandemie informeerde de Nederlandse overheid inwoners over maatregelen om de verspreiding van het virus tegen te gaan. Voorbeelden zijn een mondkapje dragen, je laten vaccineren, afstand houden en handen wassen. Deze informatie was voor iedereen hetzelfde (*one size fits all*) en werd aangeboden via informatiebronnen van de overheid. Denk aan persconferenties en de website van het RIVM.

Om deze informatie te vinden, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken voor het nemen van beslissingen, hebben mensen zogeheten gezondheidsvaardigheden nodig. In Nederland heeft 25 tot 30 procent van de inwoners daar moeite mee. Het RIVM onderzocht daarom hoe overheidsbeleid en de communicatie erover beter kunnen worden afgestemd op gezondheidsvaardigheden. Ook is in kaart gebracht hoe deze vaardigheden kunnen worden verbeterd.

Het is belangrijk dat beleidsmakers weten dat een *one size fits all*-beleid niet iedereen bereikt. Door meer in gesprek te gaan met inwoners kan beleid beter aansluiten bij veel verschillende doelgroepen. Ook is het belangrijk inwoners bij de ontwikkeling van de communicatie over beleid te betrekken omdat deze interactief, persoonlijk en respectvol moet zijn. Ook moet informatie via kanalen worden gegeven die mensen gebruiken en vertrouwen.

Ook zonder pandemie is het belangrijk om met de opgebouwde netwerken en tussenpersonen te blijven samenwerken. Bijvoorbeeld over andere onderwerpen zoals leefstijl. Bij een nieuwe gezondheidscrisis kunnen deze contacten dan makkelijker worden ingezet.

Om meer grip te krijgen op het leven tijdens een pandemie helpt het als mensen betere gezondheidsvaardigheden hebben. Een manier hiervoor is mensen te leren herkennen wat betrouwbare informatie is. Daardoor zullen zij beter weten wanneer ze te maken hebben met misinformatie. Om gezondheidsvaardigheden blijvend te verbeteren, zou dit een vast onderdeel moeten zijn in het (basis)onderwijs en op het werk.

Dit onderzoek is gedaan om beter voorbereid te zijn op een eventuele volgende pandemie. Het RIVM heeft professionals geïnterviewd die het beleid voor de coronapandemie hebben helpen ontwikkelen en uitvoeren. In de literatuur is gezocht naar onderzoeken over gezondheidsvaardigheden, gedragsmaatregelen en misinformatie.

Kernwoorden: coronapandemie, pandemische paraatheid, gezondheidsvaardigheden, communicatie, beleid

Synopsis

Health literacy during the COVID-19 pandemic

During the COVID-19 pandemic, the Dutch government provided residents with information on measures to prevent the spread of the virus. Examples included wearing a face mask, getting vaccinated, social distancing and hand washing. This information was the same for everyone ('one size fits all') and was provided through official sources of information, such as press conferences and the RIVM website.

To find this information and to understand it, assess it and use it to make decisions, people need so called 'health literacy skills'. In the Netherlands, 25 to 30 per cent of residents struggle with these skills. For this reason, RIVM has investigated how government policies and communication about them could be better tailored to different levels of health literacy. It also identified ways in which health literacy could be improved.

It is important for policymakers to understand that a one-size-fits-all policy will not work for everyone. More interaction with residents improves the suitability of policies for different target groups. It is important to involve residents in developing communication around policies, because this has to be interactive, personal and respectful. Furthermore, information must be provided through channels that people use and trust.

Even after the pandemic, it is important to continue working with the networks and intermediaries that have been established. This work could also cover other topics, such as lifestyle. It will then be easier to use these contacts when a new health crisis arises.

It would be useful for people to have better health literacy, as this will help them to cope better with life during a pandemic. One way of improving health literacy is to teach people to recognise reliable information. That way, when they come across misinformation, they will recognise better. To continue to improve health literacy, it should become a permanent part of the school curriculum and should also be taught in the workplace.

This research was carried out to ensure better preparedness for a future pandemic. RIVM interviewed professionals who helped to develop and implement policies for the COVID-19 pandemic. It also conducted a literature review to find studies on health literacy, behavioural measures and misinformation.

Keywords: COVID-19 pandemic, pandemic preparedness, health literacy, communication, policy

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 13

- 1.1 Achtergrond — 13
- 1.2 Doel en onderzoeksvragen — 14
- 1.3 Methoden — 14

2 Resultaten literatuuronderzoek — 16

- 2.1 Conceptualisering en meetinstrumenten gezondheidsvaardigheden — 16
 - 2.1.1 Gezondheidsvaardigheden in de context van publieke gezondheid — 16
 - 2.1.2 Bestaande instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden — 17
 - 2.1.3 Nieuwe instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden in de coronapandemie — 18
- 2.2 Relatie gezondheidsvaardigheden en naleven gedragsmaatregelen — 19
 - 2.2.1 Relatie gezondheidsvaardigheden en gedragsmaatregelen — 19
 - 2.2.2 Relatie gezondheidsvaardigheden en vaccinatie — 20
- 2.3 Relatie gezondheidsvaardigheden en misinformatie — 20

3 Bevindingen uit de interviews met professionals — 21

- 3.1 Methoden voor afstemmen van communicatie en maatregelen op gezondheidsvaardigheden — 21
 - 3.1.1 Bereik — 21
 - 3.1.2 Passende informatie — 23
 - 3.1.3 Netwerken — 27
 - 3.1.4 Vertrouwen — 29
- 3.2 Methoden voor het bevorderen van gezondheidsvaardigheden — 32
 - 3.2.1 Brede vaardigheden — 32
 - 3.2.2 Aansluiten bij dagelijks leven — 33
 - 3.2.3 Verankeren in de maatschappij — 35

4 Beschouwing en conclusie — 37

- 4.1 Kernbevindingen en reflectie — 37
 - 4.1.1 Pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden in breder kader — 37
 - 4.1.2 Afstemmen op gezondheidsvaardigheden — 38
 - 4.1.3 Verbeteren van individuele gezondheidsvaardigheden in kader van pandemie — 40
- 4.2 Sterke punten en beperkingen — 41
- 4.3 Conclusie en aanbevelingen — 42
 - 4.3.1 Conclusie — 42
 - 4.3.2 Aanbevelingen voor beleid — 42

5 Referenties — 45

Bijlage 1 Achtergrondinformatie literatuuronderzoek — 51

Bijlage II Interviewprotocollen — 53

Bijlage III Overzicht van studies — 61

Samenvatting

Achtergrond en doel

Tijdens de coronapandemie zijn Nederlandse burgers geconfronteerd met een golf aan informatie en (deels wisselende) maatregelen. De informatie varieerde door de tijd, conflicteerde deels en berustte soms op onwaarheden. De hoeveelheid (mis)informatie deed een beroep op hun vaardigheden voor het vinden van informatie die door de overheid wordt verstrekt, deze te begrijpen, te verwerken en er op de juiste manier naar te handelen. Voor organisaties was het een uitdaging om beleid en communicatie aan te passen aan de verschillende gezondheidsvaardigheden van inwoners.

Om beter voorbereid te zijn op een volgende pandemie heeft het RIVM onderzocht hoe beleid en communicatie beter afgestemd kunnen worden op gezondheidsvaardigheden, en hoe gezondheidsvaardigheden van inwoners verbeterd kunnen worden. In dit rapport staan de volgende doelen en bijbehorende onderzoeksvragen centraal:

1. Verkrijgen van inzicht in pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden
 - a. Op welke manier werden gezondheidsvaardigheden in wetenschappelijke onderzoeken naar de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen, en het omgaan met misinformatie in de coronapandemie, gedefinieerd en gemeten?
 - b. Wat is bekend over de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen, en het omgaan met misinformatie in de coronapandemie?
2. Exploreren van uitdagingen en strategieën om beleid en communicatie op gezondheidsvaardigheden af te stemmen
 - a. Welke uitdagingen hebben beleidsmakers en -uitvoerders tijdens de pandemie ervaren in het afstemmen van communicatie en beleid op gezondheidsvaardigheden?
 - b. Op welke manier kunnen overheden en organisaties beleid en communicatie tijdens een pandemie afstemmen op gezondheidsvaardigheden en pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden van inwoners verbeteren?

Methoden

De eerste onderzoeksvraag werd beantwoord door nationale en internationale wetenschappelijke literatuur in kaart te brengen. Voor het beantwoorden van de andere onderzoeksvragen werden kwalitatieve interviews gehouden met 27 professionals die betrokken waren bij de ontwikkeling en uitvoering van het pandemiebeleid, of het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Deze professionals werkten voor de overheid, openbare gezondheidsdiensten, zorg- en welzijnsorganisaties en voor stichtingen die zich richten op het verbeteren van organisatorische en/of individuele gezondheidsvaardigheden.

Resultaten

Onderzoeken naar gezondheidsvaardigheden in de coronapandemie richten zich op het bredere concept van gezondheidsvaardigheden in publieke gezondheid en preventie. Dit betekent dat hierbij niet alleen gekeken wordt naar vaardigheden voor het begrijpen van informatie, maar ook op vaardigheden voor het vinden, beoordelen en toepassen van informatie op het dagelijks leven. Deze vaardigheden werden gemeten op basis van beoordelingen van de respondenten zelf. De meeste onderzoeken maakten hierbij gebruik van bestaande meetinstrumenten, sommigen maakten gebruik van instrumenten die zich richten op de context van de pandemie. Over het algemeen kwam uit de onderzoeken naar voren dat mensen die lager scoorden op gezondheidsvaardigheden, zich minder vaak hielden aan gedragsmaatregelen en zich minder vaak lieten vaccineren. Ook kwam uit de onderzoeken naar voren dat zij in de coronapandemie gevoeliger waren voor misinformatie dan andere mensen.

Uit de interviews met professionals kwam naar voren dat het *bereiken van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden* door de overheid werd beschouwd als een belangrijke uitdaging. Het ontbreken van de aansluiting tussen beleid en praktijk en een disbalans tussen massa en maatwerk werden hierbij genoemd als onderliggende problemen. Beleidsmakers zouden de praktijk beter moeten leren kennen en ook nu er geen sprake is van een pandemie inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden in beeld moeten hebben. Dat kan door in te zetten op andere leefstijlthema's of gespreksonderwerpen om het gesprek met inwoners aan te gaan.

Professionals noemden ook problemen in het *afstemmen van informatie* op gezondheidsvaardigheden. Informatie vanuit de overheid werd ervaren als ingewikkeld, algemeen en onpersoonlijk en informatiekanaal waren inadequaet. Genoemde strategieën voor het verbeteren van informatie waren gericht op het samen ontwikkelen van eenvoudige en praktisch toepasbare informatie en het gebruik van betrouwbare kanalen via bestaande netwerken en sleutelfiguren. Hierbij ging het niet alleen co-creatie met inwoners, maar ook samenwerking tussen beleid, medici en communicatiemedewerkers.

De afhankelijkheid van *netwerken* om mensen tijdens de coronapandemie te bereiken en informeren kwam als een derde belangrijke uitdaging naar voren. Door het afschalen van netwerken die tijdens de coronapandemie zijn opgezet, wordt het moeilijk om specifieke doelgroepen, die je alleen bereikt door middel van sleutelfiguren, in een volgende pandemie weer te bereiken. Professionals benadrukten het belang van voort blijven bouwen op bestaande netwerken en structuren. Het warm houden van de samenwerking met opgeleide intermediairs is hierbij essentieel.

Gebrek aan *vertrouwen* in de overheid werd beschouwd als belangrijke reden voor het geloven in en handelen naar onjuiste informatie onder inwoners. Het vertrouwen kan gewonnen en behouden worden door vertrouwenspersonen open en respectvol het gesprek aan te laten gaan met inwoners, luisteren naar zorgen en inwoners vragen te laten stellen.

Betrouwbare informatie zou centraal moeten worden samengebracht en niet versnipperd over verschillende bronnen moeten zijn. Het vergroten van de kennis en bewustzijn over misinformatie kan door het inzetten van hulpmiddelen en monitoren van misinformatie.

Voorgestelde strategieën om *individuele gezondheidsvaardigheden te verbeteren*, waren gericht op het aanleren van een bredere set van vaardigheden om meer grip te krijgen op het leven tijdens een pandemie. Als mensen weten waarop ze moeten letten om te beoordelen of informatie betrouwbaar is, zijn zij minder vatbaar voor misinformatie. Een veilige leeromgeving en het afstemmen op behoeften en het dagelijks leven werd essentieel geacht bij het geven van trainingen aan burgers. Om gezondheidsvaardigheden blijvend te verbeteren zou er meer aandacht aan basisvaardigheden zoals lezen en schrijven moeten worden besteed in het (basis)onderwijs.

Conclusie en implicaties voor beleid

Bovenstaande leidt tot de volgende punten waar de overheid rekening mee kan houden bij de ontwikkeling van beleid voor toekomstige pandemieën. Het verdient aanbeveling om hier nu, in de fase zonder pandemie, al op in te zetten:

1. Overweeg een gezondheidsvaardiger beleid dat zich niet richt op de gemiddelde Nederlander, maar afstemt op gezondheidsvaardigheden die verschillen tussen inwoners. Het structureel inbedden van een gezondheidsvaardig beleid in bestaande infrastructuren voor gezondheidsbevordering, bijvoorbeeld leefstijlinterventies, is hierbij een belangrijke voorwaarde.
2. Stimuleer samenwerking tussen beleidsuitvoerders, intermediairs en inwoners. Dit vergroot de mogelijkheden om beleid voor een volgende pandemie effectief vorm te geven. Dat betekent dat er goed contact moet worden opgebouwd met zowel inwoners als sleutelfiguren, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij bestaande activiteiten zoals bijeenkomsten in buurthuizen of religieuze centra. Vertrouwen opbouwen tussen een sleutelfiguur en inwoners en verbinding maken kost tijd, daarom moet het netwerk al structureel bestaan.
3. Verbeter brede vaardigheden die mensen nodig hebben om grip op hun leven te krijgen en te houden en informatie kritisch te kunnen beoordelen. Voor een doelgroepgerichte aanpak is het daarnaast van belang dat rekening wordt gehouden met zowel gezondheidsvaardigheden als andere factoren die van invloed zijn op gedrag. Om gezondheidsvaardigheden structureel te verbeteren, moeten bestaande lesprogramma's ingebed worden in regulier onderwijs en worden ingebouwd in bestaande (werk)structuren.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Tijdens de coronapandemie werden mensen geconfronteerd met een golf aan informatie en wisselende maatregelen. Naast de officiële informatie van de overheid en zorgverleners was er ook veel informatie over corona beschikbaar in de (sociale) media. De informatie varieerde door de tijd, conflicteerde deels en berustte soms op onwaarheden. Het probleem dat inwoners overspoeld worden door teveel informatie en misinformatie, wordt wereldwijd onderkent. De World Health Organisation spreekt over de term 'infodemie', waarbij verwezen wordt naar het feit dat misinformatie zich op een vergelijkbare manier als een epidemie tussen mensen verspreid, via digitale en fysieke informatiesystemen [1].

Over het algemeen wordt van inwoners verwacht dat ze voldoende gezondheidsvaardigheden hebben om gezondheidsgerelateerde informatie te begrijpen, beoordelen en adequaat gebruiken. De pandemie heeft echter benadrukt dat veel mensen hier moeite mee hebben en dat gezondheidsvaardigheden een onderschat wereldwijd volksgezondheidprobleem vormen [2].

In Nederland heeft ongeveer 30% van de inwoners moeite met het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie voor het nemen van beslissingen over hun gezondheid [3]. Informatie vanuit de overheid is voor hen doorgaans moeilijker te begrijpen. Ook hebben zij meer moeite met het toepassen van informatie, bijvoorbeeld bij het naleven van gedragsmaatregelen, of -adviezen over vaccinatie, testen, isolatie/quarantaine, hygiëne en contactbeperkingen. Daarnaast is het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak lastig [3].

Het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden is belangrijk voor de omgang met gezondheid en zorg in het algemeen en vraagt nog extra aandacht in een complexe situatie als een pandemie. De ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden is dus van belang om beter voorbereid te zijn op eventuele toekomstige pandemieën. Dit geldt zowel voor mensen die informatie en zorg nodig hebben als voor de personen en organisaties die beleid ontwikkelen en uitvoeren [4]. Naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, worden er hogere eisen gesteld aan iemands gezondheidsvaardigheden [3]. De mate waarin inwoners gezondheidsvaardig zijn, hangt ook af van de mate waarin de overheid en uitvoerende lokale en regionale organisaties beleid en communicatie afstemmen op gezondheidsvaardigheden. Deze afstemming is een belangrijk element van een 'gezondheidsvaardige organisatie', oftewel een organisatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor iedereen en rekening houdt met het uiteenlopende niveau van gezondheidsvaardigheden.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

In dit rapport wordt ingegaan op uitdagingen en strategieën voor gezondheidsvaardige organisaties en inwoners in het kader van pandemische paraatheid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en ervaringen van beleidsmakers en beleidsuitvoerders ten tijde van de coronapandemie.

De volgende doelen en onderzoeksvragen staan centraal:

1. Verkrijgen van inzicht in pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden
 - a. Op welke manier werden gezondheidsvaardigheden in wetenschappelijke onderzoeken naar de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen, en het omgaan met misinformatie in de coronapandemie, gedefinieerd en gemeten?
 - b. Wat is bekend over de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen en het omgaan met misinformatie in de coronapandemie?
2. Exploreren van uitdagingen en strategieën om beleid en communicatie op gezondheidsvaardigheden af te stemmen
 - a. Welke uitdagingen hebben beleidsmakers en -uitvoerders tijdens de pandemie ervaren in het afstemmen van communicatie en beleid op gezondheidsvaardigheden?
 - b. Op welke manier kunnen overheden en organisaties beleid en communicatie tijdens een pandemie afstemmen op gezondheidsvaardigheden en pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden van inwoners verbeteren?

1.3 Methoden

1.3.1 Literatuuronderzoek

Door middel van een literatuuronderzoek in nationale en internationale wetenschappelijke literatuur werd achterhaald op welke manier pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden werden gedefinieerd en gemeten (onderzoeksvraag 1a). Daarnaast werd in kaart gebracht wat bekend is over gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen of -adviezen over vaccinatie, testen, isolatie/quarantaine, hygiëne en contactbeperking in de coronapandemie. Omdat de onjuiste informatie die tijdens de coronapandemie verspreid werd een extra beroep deed op deze vaardigheden, hebben we daarnaast specifiek gezocht op onderzoek naar de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het omgaan met misinformatie in de coronapandemie (onderzoeksvraag 1b). Zie bijlage I voor een beschrijving van de zoekstrategie en de in- en exclusiecriteria.

1.3.2 Kwalitatieve interviews professionals

Het doel van de interviews was het verkrijgen van inzicht in uitdagingen in het afstemmen van beleid en communicatie op gezondheidsvaardigheden (onderzoeksvraag 2) en het achterhalen van opvattingen over strategieën om beleid en communicatie aan te passen aan gezondheidsvaardigheden en voor het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Voor de interviews werden professionals geworven bij overheid, openbare gezondheidsdiensten, zorg- en

welzijnsorganisaties en stichtingen die zich richten op het verbeteren van organisatorische en/of individuele gezondheidsvaardigheden. Het aantal interviews werd bepaald op basis van datasaturatie. Er werden in totaal 24 interviews gehouden met 27 professionals (waarvan drie duo-interviews).

- Zes geïnterviewden waren betrokken bij het maken van het landelijke pandemiebeleid (beleidsmakers).
- Acht geïnterviewden voerden dit beleid uit, bijvoorbeeld bij een landelijk of gemeentelijk instituut, zoals GGD, of in een beleidsteam van het ziekenhuis (beleidsuitvoerders).
- Zeven geïnterviewden werkten bij koepelorganisaties voor welzijn, religie, sport of (eerstelijns) gezondheidszorg (vertegenwoordigers koepelorganisaties).
- Zes geïnterviewden werkten aan het versterken van gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld vanuit volwassenenonderwijs of stichtingen, waarvan twee zich daarnaast ook bezighielden met communicatie afstemmen op gezondheidsvaardigheden (onderwijs).

De interviews duurden 45-60 minuten en werden online afgenomen tussen 19 november 2023 en 24 januari 2024. Opnames van de interviews werden getranscribeerd. De interviews werden gecodeerd in het kwalitatieve data-analyseprogramma MAXQDA, waarbij gebruik werd gemaakt van een vooraf opgestelde codeboom. Op basis hiervan werden door de onderzoekers thema's gedestilleerd die terugkwamen in de interviews. Zie bijlage II voor het volledige interviewprotocol.

2 Resultaten literatuuronderzoek

In totaal werden 33 studies geïnccludeerd, uitgevoerd in de periode 2020-2023. De tabel in bijlage III geeft achtergrond informatie per studie met hierbij ook de toepaste meetinstrumenten voor gezondheidsvaardigheden en de verbanden die zijn onderzocht.

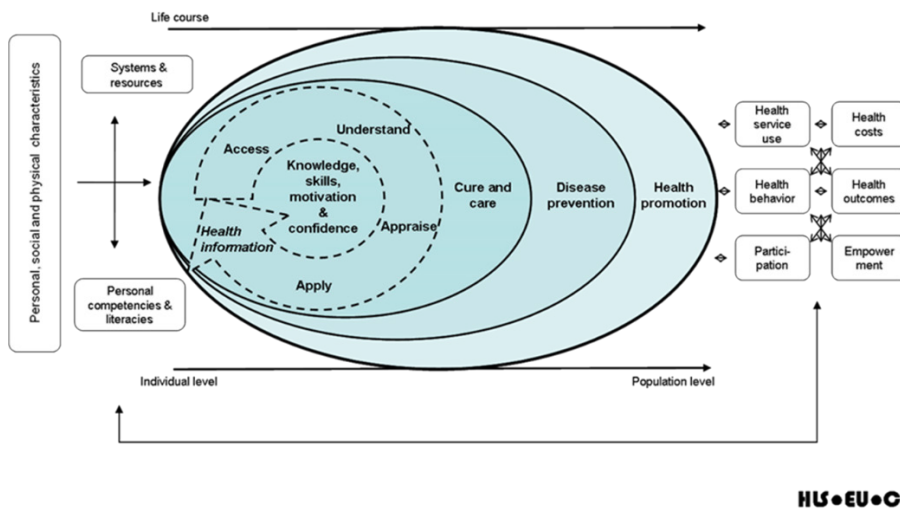
In totaal richtten 29 studies zich op de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen en 4 studies onderzochten de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het omgaan met misinformatie. Van de 33 studies, waren er 7 studies die beide relaties onderzochten.

De helft van de studies werd uitgevoerd in Azië, de overige studies in Europa of Amerika. Het betrof kwantitatieve studies waarin data werd verzameld aan de hand van vragenlijsten op één moment in de tijd, onder (sub) populaties in de algemene bevolking. Enkele studies gebruikten een longitudinaal design met meerdere meetmomenten over de tijd.

De onderzoekspopulatie in de geïnccludeerde studies bestond meestal uit volwassen burgers, soms bestaande uit een specifieke doelgroep, zoals studenten, migrantenpopulaties of (ouders van) kinderen.

2.1 Conceptualisering en meetinstrumenten gezondheidsvaardigheden

- 2.1.1 *Gezondheidsvaardigheden in de context van publieke gezondheid*
Vrijwel alle studies naar gezondheidsvaardigheden in de coronapandemie, benaderden gezondheidsvaardigheden in de context van publieke gezondheid. De meest gebruikte instrumenten waren gebaseerd op het conceptuele model van de Health Literacy Survey-Europe (HLS-EU) [5], zie Figuur 1. Dit raamwerk benadrukt dat gezondheidsvaardigheden een rol spelen in alle dimensies van gezondheidszorg en gezondheid (zorg, preventie en gezondheidsbevordering). Zij stellen mensen in staat actief deel te nemen aan zorg, preventie en gezondheidsbevordering en verantwoordelijkheid te nemen voor eigen gezondheid (*empowerment*).



Figuur 1 Integrated model for Health Literacy [5]

De mate waarin mensen informatie kunnen vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen wordt beïnvloed door factoren op persoonlijk en systeem niveau. Een factor op persoonlijk niveau is bijvoorbeeld de mate waarin iemand kan lezen, op systeemniveau is dit bijvoorbeeld kwaliteit van basisonderwijs. Volgens het model zijn gezondheidsvaardigheden van invloed op zorggebruik- en kosten, en gezondheidsgedrag en gezondheidsuitkomsten.

2.1.2

Bestaande instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden
Van de 33 studies gebruikten 10 studies het meetinstrument dat op basis van de HLS-EU is ontwikkeld, of een verkorte/aangepaste versie hiervan [6] [7] [8] [9] [10] [11]. De originele HLS-EU, bestaande uit 47 items, is in 2011 en 2019 in verschillende Europese landen afgenomen om inzicht te krijgen in het niveau van gezondheidsvaardigheden in Europa [12, 13]. Nederland deed in 2011 mee aan deze survey [14], in 2025 volgt een nieuwe meetronde [M-POHL](#). In de survey wordt achterhaald in hoeverre mensen het moeilijk of gemakkelijk vinden om informatie te vinden, begrijpen en toe te passen bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen voor de verschillende contexten die in het model beschreven staan.

Verschillende studies gebruikten andere meetinstrumenten voor gezondheidsvaardigheden die afgelopen decennia zijn ontwikkeld en veel gebruikt worden in wetenschappelijk onderzoek. Voorbeelden zijn de HLQ (Health Literacy Questionnaire) die in 2013 door Richard Osborne en collega's werd ontwikkeld [15] [16] [17] en daarna veelvuldig gebruikt werd, ook in Nederland [18]. Verschillende studies gebruikten andere veel gebruikte meetinstrumenten, zoals de Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL) [19] [20] en de Set of Brief Screening Questions of de afgeleide hiervan, de Single Item Literacy Screening [21] [22, 23].

Deze meetinstrumenten zijn ook allen gebaseerd op zelfrapportage en meten ervaren problemen bij het vinden, begrijpen en toepassen van informatie. Een voordeel ten opzichte van instrumenten waarmee objectieve gezondheidsvaardigheden worden gemeten, zoals de Newest

Vital Sign [24] [25] of de Short Assessment of Health Literacy [26, 27] is dat mensen geen 'taken' uit hoeven te voeren en dat het verschillende domeinen in publieke gezondheidszorg omvat. Een nadeel is dat mensen geneigd zijn zichzelf te overschatten en dat uniformiteit ontbreekt voor de verschillende voorgestelde situaties [28].

Er werden ook verschillende bestaande meetinstrumenten gebruikt die digitale vaardigheden meten. Bijvoorbeeld de DHLI (Digital Health Literacy Instrument)[23], die tien jaar geleden in Nederland is ontwikkeld [29]. Verschillende studies gebruikten de eHealth Literacy Scale (eHEALS) die Norman en collega's 20 jaar geleden ontwikkelden [30] [31-35]. Ook in deze instrumenten wordt aan respondenten gevraagd in hoeverre ze problemen ervaren in het uitvoeren van digitale taken. Een uitzondering is de Health LiTT (Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology) [36] waarin objectieve meetinstrumenten worden afgenomen aan de hand van touchscreen technologie, toegepast in de studie van Hurstak et al. [37].

Sommige studies gebruikten instrumenten voor algemene gezondheidsvaardigheden die in het eigen land eerder zijn ontwikkeld, zoals de nationale surveys in China [38] [39] of Frankrijk [40]. Deze zijn niet gevalideerd in eigen land of andere landen, waardoor de resultaten niet vergelijkbaar zijn en er ook geen inzicht verkregen kan worden in de interne validiteit. Ook werden er specifieke reeds bestaande instrumenten gebruikt voor het meten van gezondheidsvaardigheden in mondgezondheid [41] of voor het meten van gezondheidsvaardigheden ten aanzien van infectieziekten [42]. Studies onder jongeren of kinderen (en ouders) maakten gebruik van specifieke instrumenten die voor die doelgroepen waren ontwikkeld [43, 44].

2.1.3 *Nieuwe instrumenten voor het meten van gezondheidsvaardigheden in de coronapandemie*

Verschillende studies maakten gebruik van aangepast instrumenten voor de context van corona. Twee studies gebruiken de HLS-COVID-22, [45] [46], een aangepaste versie van de HLS-EU-Q16 waarin vragen worden gesteld over vaardigheden om informatie over corona te vinden, begrijpen, beoordelen en toe te passen in de context van de coronapandemie [47].

De Covid-19 Health Literacy Questionnaire (CHL-Q) waarin gebruik werd gemaakt in de Spaanse studie van Bas-Sarmiento [48] en Falcon [11], was gebaseerd op een verkorte versie van de HLS-EU-Q16 en bestaat uit 9 items die ook gebruikt worden in de WHO-COSMO survey. De 9 items achterhalen hoe moeilijk of gemakkelijk mensen het vinden om: informatie over corona symptomen te vinden; erachter te komen welke politieke beslissingen worden genomen; begrijpen wat de overheid zegt over het virus; adviezen en maatregelen van de overheid te begrijpen; te beoordelen of informatie over corona in de media betrouwbaar is; te bepalen wanneer je naar de dokter moet met coronagerelateerde klachten; opvolgen van adviezen om jezelf te beschermen tegen corona; en bepalen wanneer je thuis moet blijven en wanneer niet.

De Coronavirus Disease health literacy schaal die Rodon et al ontwikkelde (CoHL) bestond uit 8 items van de Functional Communicative and Critical Health Literacy Scale, gecombineerd met vragen over kennis, percepties en gedrag over Corona [49]. In de studie van Mathews werden 4 items ontwikkeld, maar hierin werd alleen kennis achterhaald, geen vaardigheden [50].

Heinrichs et al. ontwikkelde een nieuw instrument voor het meten van kritische gezondheidsvaardigheden in de context van de coronapandemie, 'critical health literacy in a pandemic' (CHL-P). Dit instrument meet het omgaan met de hoeveelheid aan informatie en het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie. Ook verwijst het concept naar het herkennen en begrijpen van complexe zaken die met een pandemie gepaard gaan, bijvoorbeeld het afwegen van individuele versus collectieve belangen. Deze twee aspecten 'waargenomen complexiteit' en onzekerheid van kennis' werden gemeten door middel van 5 items met antwoorden op een 3-punt schaal [51].

2.2 Relatie gezondheidsvaardigheden en naleven gedragsmaatregelen

Negen studies onderzochten de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en vaccinatie, en 21 studies onderzochten het verband met gedragsmaatregelen.

2.2.1 Relatie gezondheidsvaardigheden en gedragsmaatregelen

De meeste studies onderzochten naleving van meerdere maatregelen. Bij 13 studies werd een totale score van het houden aan maatregelen gerelateerd aan gezondheidsvaardigheden, allen vonden een positief verband tussen hogere gezondheidsvaardigheden en meer naleving [6, 31] [8] [10, 39] [19, 51, 52] [23, 33] [38] [42] [46] [49].

Bij studies waarin het verband tussen gezondheidsvaardigheden en specifiek gedrag werd onderzocht, kwam over het algemeen ook naar voren dat hogere gezondheidsvaardigheden samenhangen met het naleven van specifieke gedragsmaatregelen, zoals hygiënemaatregelen [9, 43], dragen van een mondmasker [11, 34, 48], afstand houden (zowel fysiek als sociaal) [41] [9, 11] [43, 48] en thuis blijven bij klachten [48].

In een enkel geval werd geen associatie gevonden, hierin leken de uitkomsten per studie ook te verschillen. In België werd bijvoorbeeld onder jongeren een positief verband gevonden tussen gezondheidsvaardigheden en hygiëne, afstand houden, maar niet voor het dragen van mondmasker [9]. Bij volwassenen in Spanje werd daarentegen gevonden dat hogere gezondheidsvaardigheden wel samenhangen met het dragen van mondmaskers, maar niet met handen wassen en thuis blijven bij klachten [11].

In enkele studies werd gekeken naar de samenhang tussen gezondheidsvaardigheden en andere determinanten van gedrag. In de studie van Ling werd bijvoorbeeld gevonden dat gezondheidsvaardigheden ook samenhangen met kennis en attitude ten aanzien van de maatregelen [39]. Heinrichs et al vonden ook dat

gezondheidsvaardigheden samenhangen met kennis, zorgen en risicoperceptie [51]. De volgende factoren bleken de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen te mediëren: waargenomen kans op corona; waargenomen barrières tot het uitvoeren van de maatregelen, eigen effectiviteit en *cues to action* (prikkels die aanzetten tot actie) [46]; externe *locus of control* (oorzaken buiten jezelf zoeken) [49] en het omgaan met dreigingen (coping) [19].

2.2.2 *Relatie gezondheidsvaardigheden en vaccinatie*

Over het algemeen kwam uit de vaccinatiestudies naar voren dat mensen die hoger scoorden op gezondheidsvaardigheden zich vaker en eerder lieten vaccineren of een positievere intentie hadden tot vaccinatie ten opzichte van mensen die lager scoorden op gezondheidsvaardigheden [23, 53, 54]. Hierin waren geen verschillen tussen studies in Aziatische, Europese of Amerikaanse landen, en ook niet tussen de manier waarop gezondheidsvaardigheden werden gemeten. Een studie onder adolescenten in Brazilië vond geen verschillen wat betreft gezondheidsvaardigheden en intentie tot vaccinatie [44].

2.3 **Relatie gezondheidsvaardigheden en misinformatie**

Van de 33 studies richtten 10 zich op gezondheidsvaardigheden en omgaan met misinformatie tijdens de coronapandemie. Over het algemeen werd hierbij gevonden dat mensen die lager scoorden op gezondheidsvaardigheden meer moeite hadden met het vinden van accurate informatie en het herkennen van misinformatie. Mensen die lager scoorden op gezondheidsvaardigheden leken vaker geruchten te accepteren [17], waren minder goed in het identificeren van 'nepnieuws' [32], geloofden vaker in misinformatie en complottheorieën [55] en waren vaker verward over informatie ten aanzien van corona [11].

Er werden ook verschillen gevonden wat betreft het vertrouwen in informatiebronnen. Mensen die hoger scoorden op gezondheidsvaardigheden hadden meer vertrouwen in verschillende informatiebronnen [45]. Een studie uit Maleisië vond dat mensen met betere digitale vaardigheden meer vertrouwen hadden in het vinden van accurate informatie over corona dan anderen [56]. Ook een Zwitserse studie vond dat mensen met betere gezondheidsvaardigheden meer vertrouwen hadden in verschillende informatiebronnen. Een Franse studie vond daarentegen geen relatie tussen het gebruik van 'nepnieuws' en gezondheidsvaardigheden [40].

3 Bevindingen uit de interviews met professionals

Uit de interviews met professionals kwam naar voren dat uitdagingen en strategieën voor het afstemmen van communicatie en beleid op gezondheidsvaardigheden in een eventuele volgende pandemie vooral lagen op: 1) bereik; 2) passende informatie; 3) netwerken en 4) vertrouwen.

In tabel 1 is per uitdaging een aantal strategieën weergegeven, ook voor het bevorderen van gezondheidsvaardigheden. Deze worden hieronder toegelicht. Hierbij gaan we eerst in op het afstemmen van beleid en communicatie over gedragsmaatregelen op gezondheidsvaardigheden. Per thema worden problemen en uitdagingen weergegeven met hierbij voorgestelde oplossingsrichtingen en bijbehorende voorwaarden volgens de professionals. Het tweede deel van het hoofdstuk (3.2) gaat over het versterken van gezondheidsvaardigheden van inwoners.

Tabel 1 Uitdagingen en strategieën voor afstemmen communicatie en beleid en verbeteren vaardigheden

Bereik	Informatie	Netwerken	Vertrouwen	Vaardigheden
Adviesgroepen en panels van inwoners met diverse vaardigheden	Eenduidig en begrijpelijk, herhalen, eigen taal, aansluiten belevingswereld	Warm houden samenwerking intermediairs	Open en respectvol gesprek aangaan	Aansluiten bij bredere context van leven en bij veranderingen
Doelgroepen in beeld in periode zonder pandemie, aansluiting andere (leefstijl) thema's	Samen ontwikkelen met ervaringsdeskundigen, inwoners, beleid, medici, communicatie	Intermediairs trainen, zicht houden op intermediairs, informele en formele intermediairs	Betrouwbare informatie en personen centraal	Vraaggestuurd, persoonsgerichte en praktisch toepasbare scholing, aanpassen aan omstandigheden
Gesprek aangaan, de wijk in, luisteren (niet alleen zenden)	Betrouwbare en beperkte hoeveelheid kanalen die worden gebruikt door doelgroep	Aansluiten waar inwoners al zijn	Onzekerheden benoemen en terugkomen op eerdere beslissingen, transparantie	Integratie in basisonderwijs, opleiding en werk

3.1 Methoden voor afstemmen van communicatie en maatregelen op gezondheidsvaardigheden

3.1.1 Bereik

Om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter te bereiken, was het volgens professionals van belang dat beleidsmakers de praktijk beter leren kennen. Eén van de professionals gaf in het interview als suggestie dat structureel zou moeten worden ingeregeld dat professionals die expertise hebben op doelgroepenbenadering, meer invloed zouden moeten hebben op het beleid, te beginnen met het vergroten van bewustwording van de relevantie van deze benadering.

"Niet alleen het zenden, maar ook het halen, want dan krijg je de verhalen van de mensen in de wijk van: 'maar ik had er nog helemaal niks over gehoord, jullie zeggen in de winkels hangen er briefjes, maar in deze winkels niet.'"

Beleidsmaker 1

"(...) de mensen die niet aan doelgroepgerichte aanpak werken, die weten ook niet zo precies waarom het belangrijk is. Dus die mensen zou je wat vaker willen betrekken bij het onderwerp, zodat ze ook kunnen invoelen waarom het belangrijk is. Want het is ook een beetje: onbekend maakt onbemind, en onbewust. En onbewust maakt ook dat je het misschien niet zo zwaar weegt. Het is ook tijdrovend, of je hebt er andere methoden voor nodig dan de standaard beleidsmethode, dus daar moet iets tegenover staan dat het daartegen opweegt. Dus je zou willen dat er meer bekendheid over is. Maar volgens mij moet je inregelen dat er structureel experts en teams op zitten die ook invloed hebben in het beleid, en die niet alleen maar geconsulteerd worden voor hun advies, en vervolgens wordt door mensen die er niet in zitten besloten of het wel of niet meegaat. Maar je moet het echt een veel zwaardere rol geven. Het is niet een extraatje, het is een corebusiness."

Beleidsmakers 2, 3

Volgens een aantal professionals is het belangrijk om doelgroepen al in beeld te hebben en na te denken hoe je deze bereikt op het moment dat er (nog) geen sprake is van een pandemie. Dat kan door in te zetten op andere leefstijlthema's of gespreksonderwerpen om het gesprek met inwoners aan te gaan. Daardoor is er al contact en is het gemakkelijker om ten tijde van een pandemie ook een gesprek over bijvoorbeeld vaccinatie aan te gaan.

Een andere strategie die genoemd werd in de interviews is de wijk in gaan om te luisteren naar wat inwoners belangrijk vinden en bezighoudt (niet alleen zenden, ook ophalen). Ook noemen professionals dat het van belang is te zoeken naar een organisatie/instantie dicht bij de inwoners die ze vertrouwen om vragen aan te stellen.

Ervaringsdeskundigen betrekken bij het maken van beleid en de communicatie hierover was volgens een van de professionals ook van belang om het gat tussen beleid en praktijk te dichten. Meerdere professionals noemden de eigen huisarts of andere zorg- of hulpverleners als bron van informatie die over het algemeen wordt vertrouwd. Een goed gesprek tussen zorgverlener en inwoner werkte volgens professionals beter dan een overheidscampagne.

"Kijk, de instantie waar ze hun vragen stellen: dat doen ze alleen maar als ze die vertrouwen. Dus waar je ook, welke instantie je hiervoor gaat gebruiken, daarvan moet je zeker weten dat een heel groot percentage van de mensen denken: ja, hier wil ik mijn vraag wel aan stellen. Maar als dat weer, als het iets heel vaags is waar ze ook nooit van gehoord hebben, of iets heel algemeen, als dé overheid, ja, dan zullen ze het misschien minder gauw doen. Maar als het iets is van: alle huisartsenverenigingen zich in het zo goed mogelijk u een antwoord geven, en daarvoor is een nummer, ja, dan ben je al wat dichterbij de mensen, die je vertrouwt."

Beleidsmaker 4

Om een doelgroepgerichte aanpak vanuit de overheid structureel onderdeel te maken van beleid zijn er volgens professionals voldoende middelen nodig. Een doelgroepgerichte aanpak kost tijd en geld. Ook de mate waarin inwoners open staan voor communicatie vanuit de overheid verschilt fors. Er is volgens verschillende professionals dan ook extra ondersteuning nodig om blijvend in te zetten op contact met moeilijk bereikbare doelgroepen (via bijvoorbeeld Regionale Opleiding Centra).

3.1.2 *Passende informatie*

Door alle professionals werd benoemd dat informatie over corona en gedragsmaatregelen onvoldoende op gezondheidsvaardigheden werden afgestemd. Het ging hierbij om zowel de vorm als de inhoud van de informatie, naast de gebruikte communicatiekanalen.

De *vorm* van informatie vanuit de overheid was volgens verschillende professionals vaak te ingewikkeld. Het taalniveau was te ingewikkeld (niet op B1-niveau) en te formeel, waardoor een deel van de mensen afhaakte. Volgens een professional was ook niet alle informatie beschikbaar in de taal van sommige arbeidsmigranten, waardoor zij niet werden bereikt. Professionals gaven ook aan dat er teveel werd verwacht van rekenvaardigheden en digitale vaardigheden, bijvoorbeeld omdat er teveel informatie en linkjes op mijnvraagovercorona.nl stonden. Ook werd genoemd dat informatie die onder andere tijdens de persconferenties op televisie werd verspreid te complex was of te snel ging. 'Eenvoudig', 'specifiek', 'herhalen' en 'in eigen taal' werd door veel professionals genoemd ter verbetering van de vorm en inhoud van communicatie. Dat betekent dat taal eenduidig en herkenbaar moet zijn en er geen beeldspraak wordt gebruikt, omdat mensen niet begrijpen wat daarmee wordt bedoeld.

"Hugo de Jonge zei een keer tijdens zo'n persconferentie en dat vergeet ik echt nooit meer: COVID is een mammoettanker."

Professional onderwijs 1

Professionals benadrukten dat duidelijke taal een randvoorwaarde is, maar dat dit niet betekent dat het steeds eenvoudiger maken van communicatie dé oplossing is voor het bereiken van inwoners. Het uitgangspunt dat inwoners de informatie niet begrijpen, en het dus nog eenvoudiger moet, gaat volgens hen voorbij aan het gebrek aan aansluiting van de overheid bij de belevingswereld van inwoners. Verschillende professionals benoemden het belang van visuele ondersteuning, waarbij grafische consistentie (visueel steeds op dezelfde wijze aanbieden) benadrukt werd. Ook beelden op televisie, bijvoorbeeld om cijfers te verduidelijken en de ernst van de situatie weer te geven, werden door professionals als een strategie genoemd. De toon waarop informatie wordt aangeboden maakt ook uit volgens de professionals. Een aantal noemde daarbij het gebruik van humor om misinformatie te ontkrachten, maar ook humoristische filmpjes door artsen op social media werden genoemd. Voor persoonlijke communicatie werd het belang van de terugvraagmethode en het stimuleren om vragen te stellen genoemd ([De terugvraagmethode: infosheet | Pharos](#)). Ook werd gewaarschuwd voor de valkuil dat professionals zelf denken dat communicatie, met name visuele ondersteuning, duidelijk is, terwijl dit niet zo is.

"Dat is natuurlijk een enorme valkuil, omdat je denkt vanuit de professional van: oké, wat er nu staat, klopt, maar hoe het overkomt is natuurlijk toch een andere. En dat heb ik in het verleden ook wel meegemaakt met communicatieboodschappen, ook met plaatjes, dat die ook heel anders geïnterpreteerd kunnen worden dan dat je bedoeld hebt. En dat is ook... Dat vind ik ook lastig. En we hebben ook wel gemerkt, bij de corona-uitnodigingsbrief zit ook een visual. Op zich ben ik heel erg voor beeldmateriaal, maar je merkt ook als je zo'n visual zelf tien keer bekijkt, dan zie je soms ook de tiende keer nog iets wat je de eerste keer niet zag, maar dan kijk je nog steeds met dezelfde bril. En ineens valt iets op dat je denkt van: hè, volgens mij klopt dit niet."

Beleidsuitvoerder 1

Naast vorm was ook de *inhoud* van de communicatie volgens de professionals onvoldoende afgestemd op gezondheidsvaardigheden. Gebrek aan eenduidigheid en de hoeveelheid boodschappen en veranderingen hierin werden vooral als problematisch ervaren. Professionals van uitvoerende organisaties gaven aan dat de inconsequenties vanuit de overheid ook lastig uit te dragen waren vanuit de organisatie. Ook het spanningsveld tussen medisch inhoudelijk correcte of beleidsmatige informatie en begrijpelijke informatie werden genoemd als een uitdaging. Hierbij werd het advies gegeven dat beleid, medici en communicatie meer samen moeten werken in het inhoudelijk vormgeven van communicatie. Tijd voor het aanpassen van informatie in verband met snel veranderende regels werd hierbij benoemd als een voorwaarde en ook een uitdaging.

"Die persconferenties gingen soms zo snel. Dan had ik iets af en dan was al bijna weer de volgende conferentie er. Soms volgde het elkaar dat zo snel op, of wisten we al dat er weer iets zou veranderen. Dat ik denk: voor wie die doorloopcyclus. Wat ik ook wel lastig vond, is de doorvertaling van de medische richtlijnen... Het was best een zoektocht, hoe pas je dan je communicatie aan? En zeker in het begin was dat nog best wel een beetje aftasten. Dat dingen best wel over verschillende schijven ging en dat het dan best wel even afwachten was. In de loop van corona was dat wel makkelijk. Maar dat je toch wel afhankelijk bent van, hoe zeg je dat met de richtlijnen, van hooggeplaatste instanties voordat dat in begrijpelijke taal uitgelegd is. Daar zitten best wel wat lagen overheen. Dus dat vertraagt gewoon."

Adviseur 1

Een ander probleem dat in de interviews naar voren kwam, was dat communicatie vaak algemeen en onpersoonlijk was, waardoor mensen moeite hadden om de informatie op hun eigen situatie toe te passen. Professionals gaven aan dat het belangrijk is dat mensen worden meegenomen in het verhaal en dat er praktisch toepasbare informatie wordt gegeven. Vooral als gedragsmaatregelen aangepast moesten worden.

"Want hier staat bijvoorbeeld zorgverleners. Dat woord wordt heel vaak gebruikt. Stel de vraag anders aan uw zorgverlener. En we hebben het wel heel specifiek gemaakt door te zeggen: vraag uw huisarts. Zodat zij een heel specifiek persoon hadden. [...] Dat we heel specifiek gemaakt hebben, wanneer je echt aan de bel moest trekken."

Adviseur 1

Door sommige professionals werd gesuggereerd om een testpanel in te richten met inwoners uit verschillende doelgroepen aan wie de overheid materialen kan voorleggen.

"Ik denk dat het wel heel goed zou zijn als je wel zo'n panel beschikbaar zou hebben. Dan zou dat natuurlijk op zich wel kunnen. Alleen, als je het niet hebt, hoe ga je dat dan inrichten? Waar haal je...? Waar haal je de expertise vandaan? Waar haal je mensen vandaan uit verschillende doelgroepen die zeggen van: nou, ik kan deze brief lezen vanuit mijn positie en feedback geven? En ik denk dat [de overheid] an sich daar niet de expertise op heeft. We hebben een hele goede webredactie die heel goed is met taal en ook heel goed is met begrijpend schrijven en op B1-niveau schrijven. Maar wij hebben niet de expertise om een panel in te richten met verschillende mensen, verschillende lagen van de bevolking. Ik denk dat je daar andere professionals voor nodig hebt."

Beleidsuitvoerder 1

Professionals benadrukten dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak geen gebruikmaken van de *communicatiekanalen* die de overheid gebruikt. Ook werd aangegeven dat er vanuit de overheid teveel verschillende informatiekanaalen waren, waardoor mensen moeite hadden met het vinden van de informatie waar zij behoefte aan hadden. Bij digitale kanalen bestonden problemen doordat zoektermen niet leidden naar betrouwbare sites. Professionals zagen bijvoorbeeld dat mensen gebruikmaakten van spreektaal in zoektermen, waardoor zij uitkwamen op fora waar ook misinformatie gedeeld werd.

"Het lukt nog steeds niet goed om juist de mensen te bereiken die minder gezondheidsvaardigheden hebben. Omdat ofwel de boodschap niet aankomt, ofwel de vorm van de boodschap niet aankomt, ofwel het kanaal waarover de boodschap wordt verstuurd niet aankomt. En heel veel dingen gaan wel... Begrijp me alsjeblieft niet verkeerd, want anders lijkt het net alsof niks goed is en dat is natuurlijk niet zo. Want er wordt echt wel heel hard geprobeerd om juist via allerlei kanalen de mensen te bereiken, maar het komt heel vaak niet aan. En dat komt ook omdat we het systeem zo moeilijk maken dat je daar niet tegenaan kunt communiceren. Dat hoor ik mijn communicatiecollega's ook heel vaak verzuchten en dan moet ik ze echt gelijk in geven."

Beleidsmaker 1

Op de vraag welke methoden het beste ingezet kunnen worden om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden dan wel te bereiken, werd vooral de persoonlijke aanpak genoemd. Dit betekent volgens hen de straat op gaan, naar plekken waar mensen samenkomen, aansluiten bij bestaande activiteiten. Een betrouwbare informatiebron met een eenduidige boodschap kwam ook hier aan bod. Daarnaast werd

benadrukt dat het belangrijk is dat mensen ergens terecht kunnen met vragen, bijvoorbeeld een telefoonlijn zonder doorkiesnummers. De Twijfeltelefoon en een laagdrempelige online vraagbaak werden genoemd als hulp voor het toegankelijk aanbieden van betrouwbare informatie als tegenwicht tegen mis- en desinformatie. De zoektermen moeten dan wel aansluiten bij termen die mensen gebruiken, in plaats van beleidstermen te gebruiken. Uitleg door een arts of informatievoorziening door lokale deskundigen zoals huisartsen, of bekenden van doelgroepen (bijvoorbeeld dominee of imam) kon volgens hen ook helpen om mensen te bereiken. Ook samenwerking met influencers op social media werd door een aantal professionals genoemd als strategie. Als voorbeeld werd Tiktok genoemd, maar ook kanalen uit het land van herkomst voor mensen met een migratieachtergrond. Als goede voorbeelden van aansluiten bij de belevingswereld van mensen die in armoede leven werden de programma's van Loes Luca en Frans Bauer (over armoede) genoemd. Belangrijk is wel om daarin een consistente strategie te kiezen volgens een van de professionals:

"Nou ook niet te veel kanalen, want... Of laat ik het zo zeggen, je kunt wel verschillende kanalen nemen, maar dan wel vanuit 1 punt verschillende kanalen inzetten. Wat ik nu gezien heb, is dat er allerlei partijen van alles doen, of dat de overheid allerlei partijtjes voor verschillende dingetjes financiert en dat geeft eigenlijk nog veel meer reuring."

Vertegenwoordiger koepelorganisatie 1

Een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen van methoden om de vorm, inhoud en kanalen af te stemmen op gezondheidsvaardigheden is het betrekken van inwoners bij ontwikkeling van communicatie. Daar hoort ook bij dat er zicht gehouden wordt op vragen en zorgen die er leven en het sentiment onder verschillende doelgroepen. Respectvol benaderen van inwoners en luisteren waren termen die in de interviews vaak naar voren kwamen.

"Het belangrijkste eigenlijk wat overal terugkomt, is het samenwerken met de mensen om wie het gaat, en samenwerken met je doelgroep. Dat kan gaan om mensen die laaggeletterd zijn, of waarvan je weet: die hebben beperkte gezondheidsvaardigheden, of bijvoorbeeld beperkte digitale vaardigheden. Je kan dat ook nog iets breder zien. Dat je ook kijkt of mensen in armoede leven, schulden hebben, andere problematiek waardoor ze niet de mogelijkheden hebben. En dat je gewoon goed kijkt: bij wie moet het aankomen? Voor wie moet het zijn? En dat je dan vanaf het begin samenwerkt met deze mensen om ofwel beleid te ontwikkelen, ofwel communicatie materialen te ontwikkelen. Aan het eind testen op begrijpelijkheid is heel belangrijk. Dan weet je gewoon toch, ondanks een bepaald taalniveau, wat zijn de valkuilen of misinterpretaties die jezelf niet door zou kunnen hebben zonder te testen? Hoe komt beeld bijvoorbeeld over? Halen mensen er hetzelfde uit als wat je hebt willen afbeelden? Maar ook dus helemaal in het begin: wat is eigenlijk de informatiebehoefte? Welke vraag leeft er? Hoe moet de boodschap eruit zien? Dat is ook een heel belangrijk aspect dat vaak nog wordt vergeten."

Adviseur 2

Ook zagen professionals het als voorwaarde voor de groep die niet digitaal vaardig is om te zorgen dat er altijd andere kanalen zijn en blijven om aan informatie te komen, zoals een telefoonnummer. Volgens professionals is het van belang ervoor te zorgen dat alle kanalen worden ingezet waar inwoners aan informatie kunnen komen. Professionals gaven aan dat er nu, buiten de acute fase, protocollen en draaiboeken gemaakt moeten worden voor het ontwikkelen van communicatie. Ook zouden telefonisten getraind kunnen worden om vragen te beantwoorden. Mensen zouden direct een telefonist te spreken moeten krijgen in plaats van een ingewikkeld keuzemenu, bellen moet zo eenvoudig mogelijk gemaakt worden.

3.1.3 Netwerken

Professionals benadrukten dat het belangrijk is netwerken voor het bereiken van specifieke doelgroepen belangrijk is. Hoewel deze netwerken tijdens de pandemie zijn opgezet en hun doel dienden, zijn ze na de acute fase afgeschaald. Hierdoor wordt het moeilijk om specifieke doelgroepen, die je alleen bereikt door middel van intermediairs/sleutelfiguren, in een volgende pandemie weer te bereiken.

"En als ik zie dat heel veel delen van een organisatie nog niet eens weten wie ze moeten gaan bellen op het moment dat de pandemie weer uitbreekt, dan maak ik me daar wel ernstig zorgen over."

Beleidsmakers 2, 3

Volgens meerdere professionals is het werken met tussenpersonen zoals sleutelfiguren noodzakelijk om doelgroepen te bereiken. Een belangrijke kanttekening die hierbij werd gemaakt is dat professionals afhankelijk zijn van de manier waarop intermediairs of sleutelfiguren de informatie over het overheidsbeleid overbrengen. Volgens professionals is het daarom van belang dat in de gaten wordt gehouden hoe intermediairs informatie doorvertalen naar hun achterban.

"Het maakt het ook weer lastig dat je natuurlijk afhankelijk bent van die mensen, dat ze de goede boodschap op de juiste manier overbrengen natuurlijk, dat weet je niet altijd. [...] Daar zijn wij niet bij. En al ben je erbij, het is vaak in het Arabisch en dat spreek ik niet, dus je weet niet wat ie precies zegt. Wil niet zeggen dat ie de boodschap verdraait, of ieder geval bewust verdraait, maar je wil wel natuurlijk iets meegeven ook en vaak gaat dat ook dan weer deels verloren, denk ik, zo'n boodschap [...] Maar ja, het is wel, die sleutelfiguren zijn daarin wel echt essentieel."

Beleidsuitvoerder 2

Een aantal professionals had ervaren dat vrijwilligers of zorgverleners moeite hadden met informatieverspreiding over maatregelen naar hun eigen achterban (bijvoorbeeld sporters of patiënten). Volgens professionals is het daarom belangrijk dat intermediairs (sleutelfiguren, medewerkers) getraind worden in hoe ze het gesprek kunnen aangaan met inwoners. Voorbeelden zijn vragensessies met medewerkers of vrijwilligers, zodat zij zelf ook zo goed mogelijk geïnformeerd zijn.

"Mensen gingen ook iedere sector zelf verantwoordelijk houden voor het beleid, wat natuurlijk helemaal niet zo was, want wij waren het ook alleen maar aan het uitvoeren. Dus je kreeg ook alle kritiek en het feit dat je aan het discrimineren was. En daar komt dan wel weer dat vrijwilligerswezen van ons om de hoek, want daar waren er ook gewoon mensen die eigenlijk iets moesten gaan uitvoeren waar ze zelf niet achter konden staan, laat staan dat ze dat in hun eigen vrije tijd dan gingen verkondigen. Dat maakte het natuurlijk dubbel moeilijk."
Vertegenwoordiger koepelorganisatie 2

Professionals gaven aan om vooral voort te blijven bouwen op netwerken (van inwoners en ook sleutelfiguren) die zijn opgebouwd tijdens de pandemie in plaats van deze weer af te schalen. Ook vonden zij het van belang om bestaande structuren en contacten te gebruiken bij het opbouwen van een netwerk en aan te sluiten bij plekken of gelegenheden waar inwoners al aanwezig zijn, zoals een taalles of buurthuis.

"Ik denk dat in het begin van de pandemie we er vrij snel achter kwamen, dat die warme contacten noodzakelijk zijn. Die eigenlijk helemaal niet warm waren of misschien niet eens lauw. En je leest nu overal die bekende voorbeelden van: je moet een Imam hebben uit een moskee en die kan dan in de doelgroep. Hij is kennelijk heel sprekend, maar ik denk dat die heel goed illustreert dat je in gewone praktijken, dan bedoel ik gewoon waar mensen samenkomen, ingangen moeten hebben. Om dus dingen te communiceren. En dat betekent ook de notie maken dat... Het is niet communiceren van: je moet een vaccin halen, want dat is goed voor je. Ik vind dat de weloverwogen keuze, zwaar centraal moet staan, vanuit COVID-vaccinatie gezien. Je moet mensen die informatie geven die zij nodig hebben, om een weloverwogen keuze te maken. Wat die keuze is, maakt niet uit."
Beleidsmaker 5

Een belangrijke voorwaarde die werd genoemd voor de inzet van sleutelfiguren en organisaties om bepaalde doelgroepen te bereiken, is om deze contacten te leggen en warm te houden in de periode dat er geen pandemie is. Vertrouwen opbouwen tussen een sleutelfiguur en inwoners en verbinding maken kost tijd, daarom moet het netwerk al worden gevormd in een periode dat er geen pandemie is, zodat deze kan worden benut in de acute fase van een pandemie.

"Sowieso wil ik toch echt wel weer die sleutelfiguren, maar daarin is wel belangrijk dat je nu in die koude fase, die dus hopelijk 25 jaar duurt, of nog langer, die sleutelfiguren hebt. Maar het is natuurlijk niet zo van: je hebt ze even nodig... Dat is ook belangrijk: je hebt iets van de mensen nodig in principe, en dat dat ook wel... Ze mogen ook iets van ons verwachten (...), maar ook dat het gewoon... soms even niks. Je hoeft ook niet altijd wat van ze nodig te hebben, maar gewoon... Het is wel belangrijk dat het van twee kanten komt en dat het niet straks weer van: oh, er is weer een pandemie, jongens, we gaan jullie weer effe voor ons karretje spannen."
Beleidsuitvoerder 2

Vanuit koepelorganisatie was het volgens professionals van belang uitleg te blijven geven aan medewerkers, duidelijke instructies te geven en consistent te volgen wat er vanuit de overheid werd gezegd en dit uit te stralen naar de achterban. Hierbij was ook belangrijk om richting medewerkers en vrijwilligers te communiceren dat zij het goede voorbeeld moesten geven (zonder belerend te zijn) en richting inwoners neutraal te blijven. Verder was het volgens professionals belangrijk om organisaties, zoals scholen en moskeeën, te ondersteunen bij het vertalen van overheidsinformatie richting hun doelgroep. Hierbij werd genoemd dat er sprake moest zijn van tweerichtingsverkeer, dus luisteren naast zenden.

Een andere voorwaarde die werd genoemd is de noodzaak van structurele financiering voor het opbouwen en onderhouden van netwerken. Dat houdt ook in dat er voldoende middelen zijn voor het versterken van faciliteiten voor de groep inwoners die niet digitaal vaardig is.

3.1.4

Vertrouwen

Veel professionals noemden een gebrek aan vertrouwen in de overheid als belangrijke reden voor het geloven in of handelen op basis van onjuiste informatie. Uit de gesprekken kwam naar voren dat er onder sommige groepen al voor corona veel wantrouwen in de overheid bestond, bijvoorbeeld gevoed door het handelen van de overheid in de toeslagenaffaire en de gaswinning in Groningen.

"Als jij natuurlijk ziet dat de overheid, de ellende die het veroorzaakt: de toeslagenaffaire, in Groningen, alle prijzen gaan omhoog overal, benzine komt weer extra accijns op, en dan zegt er iemand: die vaccinaties moeten ook van de overheid. Is natuurlijk ook raar, dat dat opeens moet. Natuurlijk geloof je dat als jij al... Dat snap ik ook wel, ik begrijp die mensen ook nog. Dat is natuurlijk het lastige: dat je best wel begrip hebt voor die mensen. Die hebben gewoon een ellendig leven vaak, en die willen natuurlijk wel ergens op zoek naar een oorzaak hebben. Ik vind het wel heel zorgelijk wat daar nu gebeurt en dat die groep gewoon steeds groter wordt. En daar heeft corona echt wel een heel groot aandeel in gehad, denk ik."

Beleidsuitvoerder 2

Voor groepen die de overheid wantrouwen hielp het niet dat de overheid de afzender van de informatie was. Deels is die ontwikkeling volgens een aantal professionals structureel, zoals ook te zien is in de dalende vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma. Deels werd dat tijdens de pandemie volgens sommige professionals versterkt door de wijze waarop de overheid communiceerde.

De persconferenties werden door professionals als voorbeeld genoemd voor het ontstaan van wantrouwen, omdat de informatie over onzekerheden daarin volgens hen onvoldoende werd benoemd. Ook werd er in hun beleving niet teruggekomen op de redenen waarom maatregelen weer kwamen te vervallen.

"(...) dat de informatie vanuit de overheid ook niet zo goed overkwam, omdat uiteindelijk gewoon het vertrouwen ook een beetje gebroken was. (...) Er zijn aantal voorbeelden in de coronacasus, waardoor het niet meer zo serieus werd genomen."

Vertegenwoordiger koepelorganisatie 3

Een ander voorbeeld dat door professionals werd genoemd, was de communicatie rondom het vaccin van AstraZeneca. Eerst werd gezegd dat het vaccin veilig was ondanks geruchten dat er problemen mee waren. Toen bleek dat er inderdaad problemen waren, voedde dat volgens een professional het gevoel dat de overheid informatie achterhield en leidde dat tot een vertrouwensbreuk. Ook professionals ervaren wantrouwen in de uitvoering van beleid tijdens de pandemie. Zij werden als boodschappers soms verantwoordelijk gehouden voor het beleid en stuitten daarbij op onbegrip en verwijten van hun achterban, zoals hiervoor ook werd beschreven bij het thema 'netwerken'. Een aantal professionals benoemden dat ze daarom neutraal wilden blijven in het contact met cliënten of zorgverleners en hen niet wilden overtuigen van het waarom van de maatregelen.

Het wantrouwen in de informatie vanuit de overheid, maar ook twijfel over de wetenschap, leidde er volgens professionals toe dat mensen zelf op zoek gingen naar informatie. Benoemd werd dat het voor mensen lastig kan zijn om betrouwbare informatiebronnen te vinden en te beoordelen of informatie betrouwbaar is.

"Als het niet duidelijk in het begin is, dan komt er andere informatie, voor de mensen was het toen moeilijk voor hen om... Ja, wat is waar, wat is niet. Dus op dat moment heb ik echt geleerd: juiste informatie is heel belangrijk tijdens de crisis."

Beleidsuitvoerder 3

Bij online zoeken naar informatie kunnen algoritmes de richting waarin mensen informatie zoeken versterken, waardoor er eenzijdige informatie wordt gevonden en er geen tegengeluiden meer bovenkomen. Nog lastiger is als op het oog betrouwbare informatie, bijvoorbeeld via AI gegenereerd, moedwillig fout is. Ook werd benoemd dat sommige groepen zich hebben afgekeerd van de overheid en niet te bereiken zijn, bijvoorbeeld mensen die zich autonoom verklaren. Een professional vond dat beleid zich vooral op twijfelaars moet richten en niet op mensen die overtuigd zijn niet te willen vaccineren, omdat de laatste groep niet ontvankelijk is voor informatie die ingaat tegen hun eigen overtuigingen. Overigens werd het vasthouden aan eigen ideeën door een professional geduid als controle- of copingmechanisme om te kunnen omgaan met de grote impact die de pandemie op mensen had.

"En wij willen hen dus eigenlijk informeren op een goede manier, over kleinere dingetjes, grotere dingen. Dus vanaf zelfzorg tot en met de derde lijn, de informatie, maar dus ook over spoed en ook als er een pandemie is. Maar niet: je moet je vaccineren, want anders dan... Maar wel de informatie zo objectief mogelijk, en ook wel uitleggen: als je het niet doet, dan is er een kans dat of dat.[...] Draag je bij aan... Maar zo objectief mogelijk en omdat je het niet... Geen one issue partij bent.[...] Van alleen maar COVID of alleen maar in bepaalde crisisgevallen. Dat je

informatie biedt, waarvan je eigenlijk altijd betrouwbare informatie biedt. Dan kan dat ook afstralen op crisismomenten. Dan weten ze van: oké, ik wist dat. Ik krijg daar altijd de betrouwbare informatie.”

Vertegenwoordiger koepelorganisatie 1

Vertrouwen winnen en behouden van mensen is belangrijk volgens een groot deel van de professionals. Daarvoor helpt het volgens een professional niet om mensen met feiten proberen te overtuigen. Open, één-op-één het gesprek aangaan met mensen helpt om vertrouwen te winnen, bijvoorbeeld door de inzet van vertrouwenspersonen die mensen al kennen, bijvoorbeeld hun huisarts. Een aantal professionals benoemde dat het belangrijk is om te luisteren naar de zorgen van mensen en angsten serieus te nemen, interesse te tonen en rekening te houden met de context waarin mensen leven. Ook werd genoemd dat het van belang is mensen de mogelijkheid te geven om vragen te stellen en om andere informatie naast de zorgen van mensen te zetten zodat ze beter geïnformeerd een besluit kunnen nemen (bijvoorbeeld over vaccinatie). Belangrijk vond iemand ook dat mensen die in misinformatie geloven met respect moeten worden behandeld en ze niet worden 'weggezet als wappie'. Er moet volgens professionals ook ruimte zijn voor tegengeluiden en nuancering van wetenschappelijke informatie waarbij het belangrijk is niet te stellig te zijn. De overheid moet zich niet achter wetenschappelijke informatie verschuilen en durven terug te komen op eerdere inzichten.

"En wat we meer moeten doen, zeker in de beginfase van zo'n pandemie, is dat we veel (...) beter aangeven dat we een aantal dingen gewoon niet weten en dat we ze ook niet in wetenschappelijke taal moeten doen, ons ook echt niet verschuilen, want dat vond ik ook wel echt lastig. Dus verschuilen achter de wetenschap, zo heb ik het wel een beetje gevoeld. Kijk, wij weten met elkaar dat wetenschap niet een statisch ding is.”

Beleidsmaker 1

Ook in samenhang met misinformatie kwam terug dat het opbouwen van vertrouwen en lokale netwerken niet ineens in de acute fase van een pandemie kunnen worden gedaan, maar structureel moet worden onderhouden. Dat betekent volgens meerdere professionals dat er goed contact moet worden opgebouwd met zowel inwoners als ambassadeurs (sleutelpersonen). Dat kan volgens een aantal professionals door op andere gezondheidsthema's een vertrouwensband op te bouwen (gezonde voeding, seksuele gezondheid) en inwoners te betrekken bij allerlei verschillende (gezondheids)vraagstukken. Het inzetten van ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld mensen die tegen het coronavaccin waren, werd door een professional genoemd als manier om het gesprek over misinformatie aan te gaan.

Het vergroten van de kennis en bewustzijn over misinformatie werd ook door meerdere professionals genoemd als strategie om (de ontvankelijkheid voor) misinformatie tegen te gaan. Betrouwbare informatie zou centraal moeten worden samengebracht en niet versnipperd over verschillende bronnen moeten zijn. Voorbeelden die werden genoemd zijn informatieavonden over gezondheidsthema's, bijvoorbeeld om meer bewustwording te creëren over

infectieverspreiding en het belang van vaccinatie in algemene zin. Ook het inzetten van bewustwordingscampagnes over misinformatie en les op scholen over mediawijsheid werd een aantal keer genoemd. Om tegenwicht te bieden aan misinformatie werden ook voorbeelden genoemd waarin humoristische filmpjes werden gebruikt, zoals ook al werd genoemd bij het thema 'passende informatie'. Programma's door aansprekende bekende Nederlanders zouden volgens een professional ook kunnen helpen om het onderwerp misinformatie laagdrempelig onder de aandacht te brengen. Buiten de acute fase van de pandemie zouden influencers een rol kunnen spelen, zowel in het zelf laten aanbieden van informatie als hen bewustmaken van de invloed van het verspreiden van misinformatie.

" (...) je moet ook op die kanalen gaan zitten en je moet het dus zo doen dat die informatie inderdaad overkomt. Dus je zult misschien wel meer samen moeten werken met influencers."

Vertegenwoordiger koepelorganisatie 1

Er zouden ook hulpmiddelen voor het herkennen van misinformatie moeten worden verspreid en vindbaar moeten worden gemaakt voor hulpverleners. Het bewustmaken van zorgverleners over beperkte basisvaardigheden en daar hun communicatie op aan laten passen werd ook genoemd.

De overheid zou proactief kunnen anticiperen op onderwerpen waar misinformatie over zou kunnen worden verspreid. Door een andere professional werd benoemd dat de overheid het bestaan van misinformatie maar beter actief kan benoemen. Om zicht te houden op het vóórkomen van misinformatie zou gemonitord moeten worden welke informatie circuleert.

Meer structureel/organisatorisch is de inrichting van het zorgsysteem, dat volgens meerdere professionals te complex is en waar niet tegenop valt te communiceren. Het systeem moet dus toegankelijker worden. De benadering van mensen uit moeilijk bereikbare doelgroepen is volgens een aantal professionals te paternalistisch en wekt weerstand op. Daarvoor is een cultuuromslag bij de overheid nodig en echte interesse in wat inwoners bezighoudt.

3.2 Methoden voor het bevorderen van gezondheidsvaardigheden

Uit de interviews met professionals die zich bezighielden met het bevorderen van gezondheidsvaardigheden in het kader van pandemische paraatheid, kwamen drie hoofdthema's naar voren. Voorgestelde strategieën om individuele gezondheidsvaardigheden te verbeteren, waren: 1) methoden die inzetten op bredere vaardigheden; 2) aansluiten bij het dagelijks leven en 3) zorgen voor verankering in de maatschappij.

3.2.1 Brede vaardigheden

Volgens professionals gaat het bij het bevorderen van gezondheidsvaardigheden in het kader van pandemische paraatheid om *empowerment*. Daar werd bijvoorbeeld onder verstaan: leren bij wie je waarvoor moet zijn en wat je zelf kan doen. Dit kan tijdens de acute

fase van een pandemie, maar ook daarbuiten. Het gaat hier dus om meer dan het verbeteren van kunnen lezen, schrijven en rekenen. Ook interactieve en kritische vaardigheden, bijvoorbeeld het herkennen van misinformatie, en digitale vaardigheden werden in deze context genoemd. Professionals gaven aan dat het belangrijk is om ten tijde van een pandemie de scholing aan te passen, zodat deze direct praktisch toepasbaar is.

"Ik heb in die tijd weinig aandacht besteed aan de grammatica, spellingsregels, zinsbouw, dat soort dingen. Ik was vooral bezig met: wat betekent COVID voor jou en jouw omgeving?"

Professional onderwijs 1

"Soms wel, van: ik heb corona, wat moet ik nu doen? Of wat mag ik wel, wat mag ik niet? Maar ook bijvoorbeeld van, ze waren toch bezig met gezondheidsvaardigheden: nu mag niet meer naar de sportschool, nu weet ik niet wat ik moet doen. Dan gingen we bijvoorbeeld een YouTube-filmpje delen, van sport en beweging wat je thuis kon doen."

Adviseur 2

Voor de ontwikkeling van dergelijke brede vaardigheden is de inzet van bekwame docenten volgens de professionals essentieel. Tijdens de coronapandemie was dit volgens professionals vooral het vermogen om lessen en materialen aan te passen aan omstandigheden en vaardigheden van mensen en respectvol en persoonlijk contact met deelnemers. In het kader van omgaan met misinformatie werd door een professional naar voren gebracht dat docenten ook stevig in hun schoenen moeten staan.

"Ja, zeker. Dat moet wel op een goede manier begeleid worden, want mensen kunnen best een hele duidelijke mening hebben. Je moet wel goed als docent stevig in je schoenen staan om dat goed te begeleiden."

Professional onderwijs 3

"Nee, wij hebben de casus helemaal losgelaten. Ik heb zelf, op dat moment heb ik een template gemaakt: hoe werkt SOM? Daar heb ik mijn pictogrammetjes gemaakt en die hebben we gedeeld met de vrijwilligers. Zo van: vind jij het als vrijwilliger, voel je jezelf daar vertrouwd genoeg, om het digitaal te gaan doen? Want het zijn ook vrijwilligers. Dus kun je ook niet altijd verwachten dat ze dat standaard kunnen."

Adviseur 2

3.2.2

Aansluiten bij dagelijks leven

Om gezondheidsvaardigheden te verbeteren is het belangrijk dat aangesloten wordt bij behoeften en belevingswereld van mensen. Net als bij het afstemmen van beleid en communicatie werd hier door de professionals het belang van een vraaggestuurde en persoonsgerichte aanpak benadrukt. Enkele professionals noemden problemen met leefstijl of financiële problemen als aangrijpingspunt voor het bevorderen van gezondheidsvaardigheden.

"Het is eigenlijk de feeling, het is gewoon kijken: is dit het moment wel en je moet goed kijken, verdiepen. Het is ook die fase. Is het echt het moment om echt informatie, omdat, wij krijgen toen echt de oproepen naar ons toe. Ja, wij willen informatie, alsjeblieft ook in onze eigen taal en dat soort dingen. Wij willen informatie, maar daarna hebben ze ook zelf aangeven: nu genoeg, ik wil niet dat het zo veel werd, het is genoeg. [...] Soms vraag ik het: is het wel goed, willen jullie nog of helemaal niet, gewoon met manieren of gewoon, ik weet niet. Het is gewoon ook vragen."

Adviseur 2

"Het is ook heel goed om aan te sluiten waar zij aanwezig zijn, wat voor hun belangrijk is. In dit geval is dat de taal leren, de cultuur leren."

Vertegenwoordiger koepelorganisatie 3

Professionals gaven aan dat er de laatste jaren veel vooruitgang is geboekt wat betreft vraaggestuurd werken. De strategieën die genoemd werden zijn niet specifiek gericht op het versterken van vaardigheden in het kader van een pandemie. Maar de problemen die tijdens de pandemie naar voren kwamen hebben volgens hen wel gezorgd voor bewustwording dat het belangrijk is dat mensen de geleerde vaardigheden toepassen in de praktijk.

"Nou, in het kader van bewustwording heeft ons dat heel veel opgeleverd. Wij zijn echt ons heel bewust geworden van het feit dat taal slechts een middel is en niet een doel. Dus wij gaan ook meer, we hebben ook meer vraag gestuurd aanbod gecreëerd. In de zin van, je gaat niet per definitie van een half F naar één F, hè, dat zijn taalniveaus, maar je wil leren solliciteren of je wil inderdaad zelfstandig een afspraak kunnen maken bij een huisarts, of je wilt een gesprek kunnen voeren op school met een juf of een meester, van je kind. We zijn echt veel vraaggestuurder gaan werken."

Professional onderwijs 1

Een persoonlijk leertraject waarin mensen het geleerde direct toe kunnen passen in de praktijk geeft volgens professionals de meeste kansen op succes. Een belangrijke voorwaarde voor deze methoden is het creëren van een veilige omgeving om in te leren.

Ook het hebben van een stevige en betrouwbare docent die in beeld blijft werd belangrijk gevonden, zeker als het gaat om kritische vaardigheden in het kader van een pandemie.

"Wij zagen dat er best vragen over corona en de maatregelen in die groep er kwamen. Dat ze zich vertrouwd voelden om dat in die app te vragen."

Beleidsuitvoerder 4

Momenten van verandering in het leven, zoals zwangerschap of overlijden van een partner, zijn aanleidingen voor mensen om ondersteuning te zoeken. Hier kan met het aanbod om hun gezondheidsvaardigheden te versterken ook op worden ingespeeld.

"Wat je zou kunnen doen, is op verschillende momenten in het leven van deze groep mensen één-op-één gesprekken voeren, omdat er iets veranderd moet worden in de schuldsanering, een werkplan manager werk en inkomen bij een huisarts, noem maar op. Op dat moment op dat gesprek, dan ga je met iemand een koers in een leven veranderen."
Professional onderwijs 3

3.2.3

Verankeren in de maatschappij

Om gezondheidsvaardigheden structureel te verbeteren is het volgens professionals belangrijk om problemen die al generaties lang kunnen voorduren te doorbreken. Zij benadrukten dat dit een integrale aanpak vereist, waarin ingezet wordt op educatie voor zowel oudere als jongere generaties.

"Ik denk dat we nu zo ver zijn dat we meteen het van jongs af aan al mee moeten nemen, zodat er geen nieuwe aanwas weer komt die beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. En vooral daarna of tegelijkertijd richten op mensen die nu de beperkte gezondheidsvaardigheden hebben, want het gaat meestal van generatie op generatie.[...] Ik denk dat ze op de scholen al moeten signaleren [...] zodat het daar meteen al meegenomen wordt. [Op basisscholen en middelbare scholen], ja, desnoods later nog, als het naar voren komt. In elk geval daar een stukje signalering. Meestal zie je het aan de ouders bijvoorbeeld al. Dat jij niet alleen dan met het kind aan de slag gaat, maar ook met ouders bijvoorbeeld van..."
Adviseur 2

"Het blijft zo'n lastig cirkeltje, want het is een cirkel. De gezondheid van de ouders wordt bepaald door het verleden, maar die bepaalt de toekomst en ergens daarop moet je acteren. Je moet niet van onze beroepsgroep verwachten dat wij dat in negen maanden allemaal kunnen tackelen en handelen en cancellen, en weet ik veel wat. Dat werkt niet. Wat voor ons werkt, is als we zorgen met zijn allen dat we de functionele, kritische, communicatieve vaardigheden van jongs af aan kunnen voeden."
Vertegenwoordiger koepelorganisatie 4

Daarnaast is structurele ondersteuning nodig, bijvoorbeeld in trajecten waarin al samengewerkt wordt met verschillende disciplines in gezondheidszorg, maatschappelijk werk en bibliotheken, en in cursussen die via de werkgever aangeboden worden.

"Dat zou daar sowieso kunnen. Ik denk daarnaast dat ze... We hebben in Nederland wel een goed functionerend netwerk van gezondheidsinstelling, waaronder bijvoorbeeld de GGD. Het zou prachtig zijn als de GGD samen met die afdelingen volwasseneducatie een alliantie vormt en in die regio's die ondersteuning biedt."
Professional onderwijs 3

"Zo hebben we een heleboel programma's en die programma's probeer ik onder de aandacht te brengen, zodat mensen sterker worden in bepaalde onderdelen, maar ook dat ze toe geleid worden naar officiële taallessen. Of officieel, informeel en formeel. Of voor een diploma, of gewoon om zich te versterken in de basisvaardigheden en die

basisvaardigheden dat zijn dan lezen, schrijven, rekenen en heel groot deel, natuurlijk digitale vaardigheden, want daarin komt alles samen."

Adviseur 3

"Ik heb sowieso contacten met de bibliotheek. Als er dan mensen zijn, die op dat moment een cursus willen, dan kunnen wij doorverwijzen naar de bibliotheek, die daar bij hun in hun woonregio zit."

Adviseur 2

Een belangrijke voorwaarde voor dergelijke verankering in de maatschappij is dat beleidsmakers zich bewust zijn van het belang van het versterken van vaardigheden. Professionals gaven aan dat juist nu, in de fase waarin geen pandemie is, het verbeteren van gezondheidsvaardigheden onder de aandacht gebracht moeten worden, zowel onder inwoners, professionals als beleidsmakers, en nu hierin te investeren.

"Alle gezondheidsinstellingen, of dat nou beleidsafdelingen zijn of mensen die daadwerkelijk ergens met een patiënt spreken, erop wijzen dat mensen die lage basisvaardigheden hebben, dat ze bestaan. Dat ze er alert op zijn en dat ze het herkennen, en dat ze daarmee hun eigen communicatie aanpassen. Of je nou in een pandemie zit of niet, als die mensen eenmaal duidelijk geïnformeerd kunnen worden, goed kunnen begrijpen wat er gezegd wordt en wat er geschreven wordt, dan bij een pandemie heb je daar natuurlijk voordelen van, want dan snappen ze ook wat er gecommuniceerd wordt."

Adviseur 3

"Ja, om het onder de aandacht te brengen. Ik denk echt dat dit nou een mooie fase is, juist om dat bewustzijn te vergroten. Als je eenmaal dadelijk, als je echt weer in een pandemie zit, heb je daar geen tijd voor. Dan moet je doorpakken. Dan moet je aan. En nu heb je tijd om daarover na te denken, van: hoe kunnen we dat verbeteren?"

Adviseur 3

"Ja, zoiets als meer, zo'n website bijvoorbeeld als Thuisarts om in het algemeen mensen vaardiger te maken dat het een betrouwbare website is voor alles wat je op het gebied van gezondheid wil weten. Dat is natuurlijk iets waar je nu al in kan investeren."

Adviseur 1

4 Beschouwing en conclusie

4.1 Kernbevindingen en reflectie

Dit rapport geeft inzicht in uitdagingen en strategieën om pandemie-gerelateerd beleid en communicatie over dit beleid af te stemmen op gezondheidsvaardigheden van inwoners. Ook biedt het inzicht in mogelijkheden om individuele en organisatorische gezondheidsvaardigheden te versterken. Hieronder worden de bevindingen vanuit de literatuur en interviews met professionals over deze uitdagingen en strategieën kort uiteengezet en bediscussieerd. Daarna volgen de conclusie en een aantal aanbevelingen voor beleid.

4.1.1 *Pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden in breder kader*

Het literatuuronderzoek liet zien dat het bredere concept van gezondheidsvaardigheden in publieke gezondheid en preventie in wetenschappelijk onderzoek centraal stond. Onderzoeken richten zich niet alleen op het begrijpen van informatie, maar vooral op vaardigheden voor het vinden, beoordelen en toepassen van deze informatie. Er was veel variatie in de meetinstrumenten die gebruikt werden, al waren ze allen gebaseerd op zelfrapportage en niet op het meten van vaardigheden zelf. Opvallend was dat instrumenten voor het meten van digitale vaardigheden allemaal meer dan 10 jaar oud waren, waarbij het de vraag is in hoeverre deze nog geschikt zijn om vaardigheden voor het navigeren binnen de huidige digitale zorg te meten.

Uit de geïncludeerde onderzoeken komt naar voren dat mensen die hoger scoorden op deze vaardigheden zich vaker lieten vaccineren, of een positievere intentie hiertoe hadden. Ook hielden zij zich over het algemeen vaker aan de verschillende gedragsmaatregelen. Dit komt overeen met ander onderzoek naar het naleven van gedragsmaatregelen bij mensen in een kwetsbare positie, die veelal ook beperkte gezondheidsvaardigheden hebben (57).

Uit de eerste literatuursearch kwamen 330 artikelen naar voren, de meeste werden geëxcludeerd omdat zij zich alleen richten op gedragsdeterminanten, zoals kennis of attitude ten aanzien van gedragsmaatregelen. Dit betekent dat relatief weinig studies echt in kaart hebben gebracht in hoeverre gezondheidsvaardigheden samenhangen met het opvolgen van gedragsmaatregelen. We vonden geen enkele Nederlandse studie met gedrag als uitkomstmaat. Onderzoeken die er zijn, richten zich vooral op vaccinatie of op het opvolgen van gedragsmaatregelen in zijn algemeenheid, op basis van zelfrapportage. Ook uit andere reviews komt naar voren dat er nog maar weinig bekend is over de associatie tussen gezondheidsvaardigheden en gedragsmaatregelen in de coronapandemie (58, 59).

4.1.2 *Afstemmen op gezondheidsvaardigheden*

1. Bereiken van inwoners

Het bereiken van inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden door de overheid werd beschouwd als een belangrijke uitdaging. Onderliggende problemen die hierbij werden genoemd zijn: het ontbreken van de aansluiting tussen beleid en praktijk; en een scheve balans tussen bereiken van de massa en maatwerk om specifieke doelgroepen te bereiken. Dit benadrukt het belang van een doelgroepgerichte aanpak, waarbij communicatie en beleid afgestemd wordt op behoeften van specifieke doelgroepen, waaronder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze doelgroepgerichte aanpak staat ook op de beleidsagenda voor pandemische paraatheid. Een beperkt bereik onder specifieke doelgroepen is niet beperkt tot (communicatie over) gedragsmaatregelen tijdens de coronapandemie. Ook gezondheidsinformatie over bijvoorbeeld gezonde voeding sluit onvoldoende aan bij de belevingswereld van mensen met een lage sociaaleconomische status. Een verklaring hiervoor zou een afkeer van instituties, zoals de overheid, kunnen zijn. Informatie kan dan als betuttelend worden ervaren door een 'elite' die neerkijkt op het volk (60).

In de periode waarin er geen sprake is van een pandemie, is het volgens de professionals belangrijk om doelgroepen structureel in beeld te hebben en na te denken hoe je deze bereikt. Genoemde strategieën om beter aan te sluiten bij inwoners zijn vooral gericht op het in gesprek gaan met verschillende doelgroepen, de wijk ingaan en aansluiten bij wat er leeft, bijvoorbeeld door in te zetten op andere (leefstijl) thema's. Belangrijk is hierbij om verbinding te leggen tussen beleid en praktijk, in tegenstelling tot opleggen van een gezonde leefstijl (60). De handreiking 'Sociaal Binden' geeft concrete aanbevelingen om hier invulling aan te geven (61).

2. Passende informatie

Problemen in het afstemmen van informatie over corona en gedragsmaatregelen op gezondheidsvaardigheden hadden te maken met het gebrek aan eenvoud en eenduidigheid. Informatie was vaak algemeen en onpersoonlijk, waardoor mensen moeite hadden de informatie op hun eigen situatie toe te passen. Ook het gebruik van inadequate en te veel informatiekkanalen werd als een probleem beschouwd.

Deze problemen kwamen ook naar voren in interviews met mensen met een lage sociaal economische status, uitgevoerd door Pharos en Radboud UMC (62). Deelnemers aan deze interviews gaven aan dat ze vaak op zoek gingen naar andere bronnen, omdat ze de informatie van de overheid niet goed konden volgen. Dit werd ook genoemd door de professionals in de interviews van het RIVM voor deze studie. Hierbij werd door hen ook de link met misinformatie gelegd.

Genoemde strategieën voor het verbeteren van informatie waren gericht op het samen ontwikkelen van eenvoudige en praktisch toepasbare informatie. Professionals noemden hiervoor specifieke strategieën, variërend van het samen ontwikkelen van visuele ondersteuning tot het inrichten van overheidswebsites op basis van zoektermen die inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden gebruiken. Ook het gebruik van

betrouwbare kanalen via bestaande netwerken en sleutelfiguren kwam als strategie naar voren. Niet alleen samenwerken met inwoners, maar ook de samenwerking tussen beleid, medici en communicatiemedewerkers werd door de professionals genoemd. In het beleidsrapport 'Landelijke Crisis? Zo bereiken we iedereen' komen dezelfde strategieën aan bod en worden aanvullende suggesties gedaan voor samenwerkingspartners in het kader van pandemische paraatheid, zoals veiligheidsregio's, maatschappelijke partners, zoals het Rode Kruis en Vluchtelingenwerk, Steffie.nl, lokale media, woningbouwcorporaties, kinderopvangorganisaties, energiebedrijven, winkeliersverenigingen (63).

3. Gebruik van netwerken

De afhankelijkheid van netwerken om mensen tijdens de coronapandemie te bereiken en informeren kwam als een derde belangrijke uitdaging naar voren.

Door het afschalen van netwerken die tijdens de coronapandemie zijn opgezet, wordt het moeilijk om specifieke doelgroepen, die je alleen bereikt door middel van intermediairs/sleutelfiguren, in een volgende pandemie weer te bereiken. Een bijkomende uitdaging is dat de overheid ook afhankelijk is van hoe intermediairs het overheidsbeleid uitdragen en de informatie overbrengen. Een belangrijke strategie voor het behouden en gebruiken van netwerken is het voort blijven bouwen op bestaande netwerken en structuren. Het warm houden van de samenwerking met intermediairs is hierbij essentieel.

Vanuit het RIVM is in 2020 en 2021 onderzoek naar de rol van sleutelfiguren in de bredere context van de coronapandemie. Hieruit kwam naar voren dat sleutelfiguren bemiddelen tussen de overheid en de professional/burger en helpen met de vertaalslag van de beleidsmatige maatregelen naar de eigen context en praktijk, en hiermee dus een belangrijke rol spelen in het afstemmen van beleid op gezondheidsvaardigheden (63). Ook werd in dit eerdere rapport benadrukt dat informele sleutelfiguren een ander soort kennis hebben van de mensen in hun sector dan formele sleutelfiguren en dat het belangrijk is dat zij samenwerken zonder de informele werkwijze te formaliseren, omdat hierin juist de kracht van vertrouwen winnen ligt. Dit lijkt te schuren met de mening van de professionals uit dit onderzoek, waarin benadrukt werd dat sleutelfiguren getraind moesten worden en dat er zicht gehouden moet worden op hoe zij inwoners informeren.

4. Vertrouwen vergroten

Gebrek aan vertrouwen in de overheid werd beschouwd als belangrijke reden voor het geloven in of handelen op basis van onjuiste informatie. Deels is die ontwikkeling structureel, deels werd dat tijdens de pandemie volgens sommige professionals versterkt door de wijze waarop de overheid communiceerde, bijvoorbeeld omdat informatie over onzekerheden onvoldoende werd benoemd. Nederlands onderzoek naar de sociologie van de coronapandemie bracht naar voren dat het vertrouwen in de overheid verweven was met de aard van de informatiebronnen die burgers gebruikten. Mensen voor wie sociale media de belangrijkste informatiebron zijn, hadden minder vertrouwen in de overheid en publieke gezondheidsinstellingen (64). De relatie

tussen vertrouwen en het geloven in misinformatie komt ook naar voren in de geleerde lessen die in het RIVM rapport 'Gedrag, welzijn en vertrouwen' gepresenteerd worden (65). In algemene zin is het vertrouwen in de politiek en het probleemoplossend vermogen van de overheid laag en al een aantal jaren dalende. Dat is met name het geval onder inwoners die te maken hebben met een stapeling van problemen en beperkte hulpbronnen, zoals een laag inkomen (66).

Open en respectvol het gesprek aangaan met inwoners, luisteren naar zorgen en vragen laten stellen, kan helpen het vertrouwen te winnen en behouden. Deze communicatie zou bij voorkeur gegeven moeten worden door vertrouwenspersonen die mensen al kennen, bijvoorbeeld sleutelfiguren. Betrouwbare informatie zou centraal moeten worden samengebracht en niet versnipperd over verschillende bronnen moeten zijn. Ook in het RIVM rapport 'Draagvlak en vertrouwen, het belang van ervaren rechtvaardigheid' wordt benoemd dat vertrouwen hoger is als informatie over corona vanuit de overheid duidelijk is en als mensen deze overheid als goed georganiseerd ervaren (67). Binnen ons onderzoek verschilden de meningen over hoe duidelijk het moet zijn dat de overheid afzender is van informatie. Door sommige professionals werd aangegeven dat het goed zou zijn om in deze fase zonder pandemie te werken aan de 'merkbekendheid' van de overheid als een betrouwbare informatiebron. Anderzijds waren er ook professionals die suggereerden dat informatie vanuit de overheid blanco is, omdat het anders bij voorbaat niet vertrouwd wordt. Dat sluit ook aan bij de eerder genoemde weerstand tegen instituties (60).

4.1.3 *Verbeteren van individuele gezondheidsvaardigheden in kader van pandemie*

Voorgestelde strategieën om individuele gezondheidsvaardigheden te verbeteren, waren: 1) methoden die inzetten op bredere vaardigheden; 2) aansluiten bij het dagelijks leven en 3) zorgen voor verankering in de maatschappij.

1. Bredere vaardigheden

Net zoals uit het literatuuronderzoek komt uit de interviews naar voren dat pandemie-gerelateerde gezondheidsvaardigheden in het bredere kader van gezondheid en leven moet worden geplaatst. Dit is niet onbekend, al sinds de introductie van het concept gezondheidsvaardigheden in de publieke gezondheidszorg wordt benadrukt dat gezondheidsvaardigheden meer omvatten dan kunnen lezen en schrijven (5). Het plaatsen in een breder kader houdt ook in dat gezondheidsvaardigheden niet in een vacuüm zitten, maar samenhangen met andere determinanten van gedrag. Verschillende onderzoeken laten zien dat gezondheidsvaardigheden samenhangen met andere factoren, zoals kennis, motivatie, en risicoperceptie, die bepalen hoe mensen omgingen met coronagedragsmaatregelen (35, 42, 68). Een voorbeeld van een interventie waarbij ingezet wordt op gezondheidsvaardigheden en samenhangende factoren is de cursus 'Voel je Goed' van Stichting Lezen en Schrijven, een onderdeel van de aanpak '[Taal voor het leven](#)'. In de cursus 'Voel je Goed' krijgen mensen groepslessen, persoonlijke consulten en een supermarktrondleiding. Uit de evaluatie van deze cursus kwam naar voren dat deelnemers afvallen, gezonder leven en verbeterde gezondheidsvaardigheden ervaren (69).

Uit eerder onderzoek naar andere taaltrajecten binnen deze aanpak kwam naar voren dat mensen die deelnamen aan deze trajecten zelfredzamer, sociaal actiever en gezonder werden (70).

2. Dagelijks leven

Net zoals bij de aanbevelingen van professionals ten aanzien van het aanpassen van communicatie, werd het belang van een vraaggestuurde en persoonsgerichte aanpak ook benadrukt bij aanbevelingen voor het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Hierbij kwam naar voren dat momenten van verandering in het leven kunnen worden aangegrepen om scholing aan te bieden. Een veilige omgeving en het direct kunnen toepassen van de aangeleerde vaardigheden werden genoemd als een belangrijke invulling. Het versterken van gezondheidsvaardigheden zou hierbij bijvoorbeeld ook op het werk plaats kunnen vinden. Een voorbeeld hiervan is '[Taal werkt!](#)', een initiatief van Expertisepunt Basisvaardigheden, Movisie, en Stichting Lezen en Schrijven, waarin werkgevers ondersteund worden in het taalvaardiger maken van hun werknemers, zoals het organiseren van scholing, materialen aangereikt krijgen en leren beperkte basisvaardigheden bespreekbaar te maken.

3. Verankering in maatschappij

Volgens professionals in dit onderzoek zou het aanleren van gezondheidsvaardigheden geïntegreerd moeten worden in het basisonderwijs en worden ingebouwd in bestaande structuren. Structurele ondersteuning en een multidisciplinaire aanpak in verschillende sectoren is nodig om intergenerationele problemen met gezondheidsvaardigheden te doorbreken. In de aanpak '[Taal voor het leven](#)' wordt bijvoorbeeld samen met gemeentes en organisatie een lokaal netwerk in buurten gevormd. Hierbij wordt ook de koppeling met het sociaal domein gestimuleerd, zoals werk en schuldhulpverlening.

4.2 Sterke punten en beperkingen

Het onderzoek heeft meerdere sterke punten. In de verschillende categorieën van professionals die in dit onderzoek relevant waren (beleidsmakers, beleidsuitvoerders, vertegenwoordigers van koepelorganisaties en versterken gezondheidsvaardigheden), zijn meerdere professionals geïnterviewd, waardoor het onderwerp van uit meerdere invalshoeken inzicht heeft opgeleverd. Er is in de interviews veelal gevraagd naar voorbeelden waardoor per professional inzicht is verkregen in zijn of haar ervaringen met het afstemmen van beleid of communicatie op gezondheidsvaardigheden of het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Dit gaf verdiepende inzichten die aanknopingspunten bieden voor beleid.

Het onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Voor het literatuuronderzoek werd een strenge selectie gehanteerd. Zo werden onderzoeken die zich richten op patiëntengroepen of gedragsdeterminanten en onderzoek geëxcludeerd. Deze studies hadden ook inzicht kunnen geven in de conceptualisering van gezondheidsvaardigheden. Er is echter geen reden om aan te nemen dat deze onderzoeken gezondheidsvaardigheden anders hebben gemeten. Door de focus op de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en het naleven van gedragsmaatregelen/misinformatie onder burgers, hielden

we het literatuuronderzoek afgebakend, en konden we de verschillende resultaten beter met elkaar vergelijken.

Ondanks dat er meerdere professionals per categorie zijn geïnterviewd, was het aantal professionals per groep relatief klein. Er zijn meer professionals geïnterviewd die zich bezighielden met het afstemmen van beleid en communicatie en relatief weinig professionals die gezondheidsvaardigheden versterken. Dit komt vooral omdat er meer beleidsorganisaties waren dan organisaties voor het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Bij beide groepen werd datasaturatie bereikt. Dit betekent dat de interviews op een bepaald punt in de dataverzameling geen nieuwe inzichten meer opleverden en er voldoende professionals zijn geïnterviewd. Hierdoor is het gelukt een goed beeld te vormen van deze groep professionals. Wel is er mogelijk selectiebias opgetreden omdat de professionals geworven werden via het RIVM netwerk en via de 'sneeuwbal' methode. Desondanks hebben we een brede selectie weten te werven, waardoor wij de kans dat we relevante invalshoeken hebben gemist, klein achten.

4.3 Conclusie en aanbevelingen

4.3.1

Conclusie

Pandemie-gerelateerde vaardigheden behoren tot het bredere concept van gezondheidsvaardigheden in publieke gezondheid en preventie. Zij hangen samen met het naleven van gedragsmaatregelen en het omgaan met misinformatie.

Uitdagingen in en strategieën voor het afstemmen van communicatie en beleid op gezondheidsvaardigheden richtten zich op het bereiken van verschillende doelgroepen, het aanpassen van informatie, het adequaat inzetten van netwerken en het vertrouwen in de overheid en organisaties of personen die informatie verstrekken. De periode waarin er geen sprake is van een pandemie biedt volgens professionals de meeste mogelijkheden om gezondheidsvaardigheden te bevorderen. Hierbij zou vooral ingezet moeten worden op bredere en kritische vaardigheden, zoals het leren herkennen van betrouwbare informatie. Een concrete aanbeveling is om aan te sluiten bij reguliere activiteiten waar mensen mee bezig zijn en plaatsen waar mensen komen, bijvoorbeeld bijeenkomsten in een wijkcentrum of moskee. Professionals benadrukten ook dat er nu ingezet moet worden op het behouden en opbouwen van netwerken, trainen van sleutelfiguren en creëren van vertrouwen. In de acute fase zou dan van deze netwerken gebruik kunnen worden gemaakt om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter te bereiken en samen met hen communicatie te ontwikkelen. Het vergroten van de kennis en bewustzijn over misinformatie kan door het bestaan ervan te monitoren, actief te benoemen en de misinformatie te ontkrachten. Dat kan bijvoorbeeld worden gedaan door artsen en met behulp van humoristische filmpjes op social media.

4.3.2

Aanbevelingen voor beleid

Bovenstaande leidt tot de volgende punten waar de overheid rekening mee kan houden bij de ontwikkeling van beleid voor toekomstige pandemieën. Het verdient aanbeveling om hier nu, in de fase zonder pandemie, al op in te zetten.

1. *Overweeg een gezondheidsvaardiger beleid*

De strategieën die uit dit onderzoek naar voren komen passen bij een gezondheidsvaardig beleid. Dit houdt in dat het beleid beter moet aansluiten bij de verschillende doelgroepen, met verschillende gezondheidsvaardigheden.

- Tijdens de acute fase van een pandemie is er haast geboden en niet alle benodigde informatie voor het maken van afgewogen keuzes beschikbaar. De keuze voor massacommunicatie kan dan voor de hand liggen, maar kan tegelijkertijd ten koste gaan van bereik onder doelgroepen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Door gezondheidsbeleid structureel af te stemmen op gezondheidsvaardigheden, kan tijdens de acute fase van een pandemie snel opgeschaald worden naar verschillende doelgroepen.
- Vergroten van bewustzijn onder beleidsmakers dat een *one size fits all*-aanpak als gevolg heeft dat niet alle inwoners bereikt en ondersteund worden. Daardoor kunnen groepen inwoners buiten de boot vallen, omdat ze maatregelen onvoldoende begrijpen. Dat kan weerstand tegen maatregelen vanuit de overheid oproepen, waardoor mensen op zoek gaan naar andere informatiebronnen en hen vatbaar maken voor des- of misinformatie.
- Transparantie en voorspelbaarheid van beleid en informatie daarover kan bovendien helpen om vertrouwen te behouden en op te bouwen.

2. *Stimuleer samenwerking tussen beleidsuitvoerders, intermediairs en inwoners*

Verschillende actoren spelen een rol bij het vormgeven van een gezondheidsvaardiger beleid.

- Het betrekken van inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden in een fase zonder pandemie, vergroot de mogelijkheden om beleid voor een volgende pandemie effectief vorm te geven.
- Beleidsuitvoerders spelen een belangrijke rol bij het in kaart brengen van behoeften van verschillende doelgroepen. Het is belangrijk dat zij hun doelgroepen beter leren kennen, zodat zij maatregelen en communicatie beter op die doelgroepen kunnen afstemmen.
- Het respectvol in gesprek blijven met de doelgroep, is van groot belang bij het omgaan met misinformatie.
- Om beter inzicht te krijgen in wat er leeft bij verschillende doelgroepen, is het belangrijk dat ook mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bij wetenschappelijk onderzoek worden betrokken.
- Koepels van zorg, sport en welzijn kunnen zorgen voor informatie en instructie naar hun achterban, die ook bestaat uit inwoners. Hierbij is van belang dat zij het overheidsbeleid consistent opvolgen en dit ook uitstralen naar hun achterban.

3. *Verbeter brede vaardigheden*

In de context van een pandemie gaat het om een bredere set van vaardigheden die mensen nodig hebben om grip op hun leven te krijgen en te houden en informatie kritisch te kunnen beoordelen.

- Om gezondheidsvaardigheden structureel te verbeteren, moet dit deel uitmaken van het onderwijs en worden ingebouwd in bestaande (werk)structuren.
- Het versterken van gezondheidsvaardigheden wordt reeds uitgevoerd door stichtingen, zoals Stichting Lezen en Schrijven, ABC en opleidingsinstituten zoals ROC.
- Ook het algemeen basis en voortgezet onderwijs zou hier een grotere rol in kunnen spelen, door lespakketten over gezondheidsvaardigheden op te nemen in hun curricula.
- Voor een doelgroepgerichte aanpak is het daarnaast van belang dat rekening wordt gehouden met zowel gezondheidsvaardigheden als andere factoren die van invloed zijn op gedrag.
- Armoede is voor veel inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden een probleem dat op eerste plaats komt, wat maakt dat men niet of veel minder bezig is met gezondheid.
- Een integrale aanpak vanuit de overheid en lokale overheden waarbij meerdere problemen tegelijk worden aangepakt lijkt daarom ook voor deze inwoners passend.

5 Referenties

1. World Health Organization. WHO competency framework: Building a response workforce to manage infodemics. Geneva; 2021.
2. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e50.
3. Willems AEM, Heijmans, M., Brabers, A.E.M., Rademakers, J. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021. Utrecht: Nivel; 2022.
4. Sentell T, Foss-Durant A, Patil U, Taira D, Paasche-Orlow MK, Trinacty CM. Organizational Health Literacy: Opportunities for Patient-Centered Care in the Wake of COVID-19. *Quality management in health care*. 2021;30(1):49-60.
5. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
6. Ceylan E, Koç A. The association between health literacy, COVID-19 knowledge and adherence to preventive measures in Turkey. *Global health promotion*. 2023;17579759231187615.
7. Dapha P, Phimha S, Prasit N, Senahad N. Health Literacy and COVID-19 Vaccination among Cancer Patients in Northeastern Thailand: A Cross-Sectional Study. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2023;24(7):2375-81.
8. Fukuda Y, Ando S, Fukuda K. Knowledge and preventive actions toward COVID-19, vaccination intent, and health literacy among educators in Japan: An online survey. *PLoS ONE*. 2021;16(9 September).
9. Hermans L, Van den Broucke S, Gisle L, Demarest S, Charafeddine R. Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: the role of health literacy. *BMC public health*. 2021;21(1):1365.
10. Naveed MA, Shaukat R. Health literacy predicts Covid-19 awareness and protective behaviours of university students. *Health information and libraries journal*. 2022;39(1):46-58.
11. Falcón M, Rodríguez-Blázquez C, Fernández-Gutiérrez M, Romay-Barja M, Bas-Sarmiento P, Forjaz MJ. Measuring COVID-19 health literacy: validation of the COVID-19 HL questionnaire in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2022;20(1).
12. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
13. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948.
14. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013;13:179.

15. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658.
16. Feinberg I, Scott JY, Holland DP, Lyn R, Scott LC, Maloney KM, Rothenberg R. The Relationship between Health Literacy and COVID-19 Vaccination Prevalence during a Rapidly Evolving Pandemic and Infodemic. *Vaccines*. 2022;10(12).
17. Jalali MT, Marzaleh MA, Askarian F, Najibi SM, Soltani A, Delavari S. Relationship between Health Literacy and Acceptance of Rumors Related to COVID-19 Vaccination among Iranian Adult Population. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2022;24(9).
18. Bakker MM, Putrik P, Dikovec C, Rademakers J, Vonkeman HE, Kok MR, et al. Exploring discordance between Health Literacy Questionnaire scores of people with RMDs and assessment by treating health professionals. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;62(1):52-64.
19. Ishikawa H, Kato M. Health literacy and COVID-19-related beliefs and behaviors: a longitudinal study of the Japanese general population. *Health promotion international*. 2023;38(2).
20. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9.
21. Cameron LD, Lawler S, Robbins-Hill A, Toor I, Brown PM. Political views, health literacy, and COVID-19 beliefs and behaviors: A moderated mediation model. *Social Science and Medicine*. 2023;320.
22. McCaffery KJ, Dodd RH, Cvejic E, Ayrek J, Batcup C, Isautier JM, et al. Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public health research & practice*. 2020;30(4).
23. Patil U, Kostareva U, Hadley M, Manganello JA, Okan O, Dadaczynski K, et al. Health literacy, digital health literacy, and COVID-19 pandemic attitudes and behaviors in U.S. college students: Implications for interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(6).
24. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514-22.
25. Fransen MP, Leenaars KE, Rowlands G, Weiss BD, Maat HP, Essink-Bot ML. International application of health literacy measures: adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands. *Patient Educ Couns*. 2014;97(3):403-9.
26. Lee SY, Stucky BD, Lee JY, Rozier RG, Bender DE. Short Assessment of Health Literacy-Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Serv Res*. 2010;45(4):1105-20.
27. Woudstra AJ, Meppelink CS, Pander Maat H, Oosterhaven J, Fransen MP, Dima AL. Validation of the short assessment of health literacy (SAHL-D) and short-form development: Rasch analysis. *BMC Med Res Methodol*. 2019;19(1):122.
28. Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun*. 2011;16 Suppl 3:134-49.

29. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *J Med Internet Res.* 2017;19(1):e27.
30. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res.* 2006;8(4):e27.
31. Dashti S, Abadibavil D, Roozbeh N. Evaluating e-health literacy, knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 prevention and Self-Protection among Iranian students: a cross-sectional online survey. *BMC medical education.* 2022;22(1):148.
32. Nazari A, Hoseinnia M, Pirzadeh A, Salahshouri A. The Correlation Among COVID-19 Vaccine Acceptance, the Ability to Detect Fake News, and e-Health Literacy. *Health literacy research and practice.* 2023;7(3):e130-e8.
33. Rezakhani Moghaddam H, Ranjbaran S, Babazadeh T. The role of e-health literacy and some cognitive factors in adopting protective behaviors of COVID-19 in Khalkhal residents. *Frontiers in public health.* 2022;10:916362.
34. Zhang W, Chen SF, Li KK, Liu H, Shen HC, Zhang XC. Mask-wearing behavior during COVID-19 in China and its correlation with e-health literacy. *Frontiers in public health.* 2022;10:930653.
35. Cénat JM, Moshirian Farahi SMM, Bakombo SM, Dalexis RD, Pongou R, Caulley L, et al. Vaccine mistrust among Black individuals in Canada: The major role of health literacy, conspiracy theories, and racial discrimination in the healthcare system. *Journal of Medical Virology.* 2023;95(4).
36. Hahn EA, Choi SW, Griffith JW, Yost KJ, Baker DW. Health literacy assessment using talking touchscreen technology (Health LiTT): a new item response theory-based measure of health literacy. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3(Suppl 3):150-62.
37. Hurstak EE, Farina F, Paasche-Orlow M, Henault L, Marquez M, Griffith JW. HEALTH LITERACY AS AN INDEPENDENT PREDICTOR OF COVID-19 VACCINE ACCEPTANCE IN A DIVERSE SAMPLE OF URBAN ADULTS. *Journal of General Internal Medicine.* 2023;38:S246.
38. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations between health literacy, ehealth literacy, and covid-19-related health behaviors among chinese college students: Cross-sectional online study. *Journal of Medical Internet Research.* 2021;23(5).
39. Ling J, Jiang H, Wang X, Rao H. Health literacy affected the residents' knowledge, attitude, practice for prevention and control of COVID-19 in Shanxi Province, China. *Scientific reports.* 2023;13(1):3567.
40. Montagni I, Ouazzani-Touhami K, Mebarki A, Texier N, Schück S, Tzourio C. Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *Journal of public health (Oxford, England).* 2021.
41. Assunção LRDS, Portella PD, Fraiz FC, Barbosa MCF, Lima LCM, Pinheiro AP, et al. Is oral health literacy associated with conceptions of care and behavior related to the prevention of COVID-19? Brazilian oral research. 2023;37:e028.
42. Wang H, Cheong PL, Wu J, Van IK. Health Literacy Regarding Infectious Disease Predicts COVID-19 Preventive Behaviors: A Pathway Analysis. *Asia-Pacific journal of public health.* 2021;33(5):523-9.

43. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS ONE*. 2020;15(8 august).
44. Pimentel SM, Avila MAG, Prata RA, Nunes HRC, Silva JBD. Association of health literacy, COVID-19 threat, and vaccination intention among Brazilian adolescents. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2022;30(spe):e3759.
45. De Gani SM, Berger FMP, Guggiari E, Jaks R. Relation of corona-specific health literacy to use of and trust in information sources during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*. 2022;22(1):42.
46. Vasli P, Shekarian-Asl Z, Zarmehrparirouy M, Hosseini M. The predictors of COVID-19 preventive health behaviors among adolescents: the role of health belief model and health literacy. *Journal of Public Health (Germany)*. 2022.
47. Nguyen LHT, Vo MTH, Tran LTM, Dadaczynski K, Okan O, Murray L, Van Vo T. Digital Health Literacy About COVID-19 as a Factor Mediating the Association Between the Importance of Online Information Search and Subjective Well-Being Among University Students in Vietnam. *Frontiers in Digital Health*. 2021;3.
48. Bas-Sarmiento P, Lamas-Toranzo MJ, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M. Health Literacy, Misinformation, Self-Perceived Risk and Fear, and Preventive Measures Related to COVID-19 in Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(22).
49. Rodon C, Chin J, Chevalier A. Assessing COVID-19 Health Literacy (CoHL) and its relationships with sociodemographic features, locus of control and compliance with social distancing rules during the first lockdown in France. *Health education research*. 2022;37(3):143-54.
50. Mathews CJ, McGuire L, Joy A, Law F, Winterbottom M, Rutland A, et al. Assessing adolescents' critical health literacy: How is trust in government leadership associated with knowledge of COVID-19? *PLoS ONE*. 2021;16(11 November).
51. Heinrichs K, Abel T, Matos Fialho PM, Pischke CR, Busse H, Wendt C, Stock C. Critical Health Literacy in a Pandemic: A Cluster Analysis Among German University Students. *International journal of public health*. 2021;66:1604210.
52. Duplaga M. The Roles of Health and e-Health Literacy, Conspiracy Beliefs and Political Sympathy in the Adherence to Preventive Measures Recommended during the Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14).
53. Tian CY, Mo PKH, Dong D, Qiu H, Cheung AWL, Wong ELY. Associations between Health Literacy, Trust, and COVID-19 Vaccine Hesitancy: The Case of Hong Kong. *Vaccines*. 2023;11(3).
54. Song I, Lee SH. COVID-19 vaccine refusal associated with health literacy: findings from a population-based survey in Korea. *BMC public health*. 2023;23(1):255.
55. Cheng JW, Nishikawa M. Effects of Health Literacy in the Fight Against the COVID-19 Infodemic: The Case of Japan. *Health communication*. 2022;37(12):1520-33.

56. Marzo RR, Su TT, Ismail R, Htay MNN, Essar MY, Chauhan S, et al. Digital health literacy for COVID-19 vaccination and intention to be immunized: A cross sectional multi-country study among the general adult population. *Frontiers in public health*. 2022;10:998234.
57. Fransen MP, Buitenhuis AH, Wuyts R, De Valk T, Mensinga X, Uiters, E. Naleving van Covid-19 gedragsmaatregelen door mensen in een kwetsbare positie - geleerde lessen voor pandemische paraatheid. Bilthoven 2024.
58. Seng JJB, Yeam CT, Huang CW, Tan NC, Low LL. Pandemic-related health literacy: a systematic review of literature in COVID-19, SARS and MERS pandemics. *Singapore medical journal*. 2023.
59. Mattered U, Egger N, Tempes J, Tischler C, Lander J, Dierks ML, et al. Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations: Rapid scoping review. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(2):223-34.
60. van Meurs T. No Appetite for Meddling. The role of anti-institutionalism in educational differences in the receptivity to nutrition interventions. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2023.
61. Kolenbrander C, Bos E, ten Velthuis D, Geddi S, Straver L. Sociaal binden. In contact komen met moeilijk bereikbare groepen. Een handreiking. Utrecht: Sociaal werk Nederland, Labyrint onderzoek & advies; 2023.
62. Van Loenen TD, Merkelbach I, Van den Muijsenbergh M. Corona gedragsmaatregelen. Utrecht 2020: Pharos; 2020.
63. NCTV MvV. Landelijke crisis? Zo bereiken we iedereen! Handreiking risico- en crisiscommunicatie specifieke doelgroepen. NCTV; 2023.
64. Engbersen G. De maatschappelijke impact van COVID-19- Sociologie van een pandemie. *De Sociologie en de Pandemie: Inzichten en Vooruitblik na Twee Jaar Coronacrisis*: Open Press TiU; 2022.
65. Euser S, Kroese F, Lamboij M, Stok M, Uiters E, Van den Boom W et al. Gedrag, Welzijn en Vertrouwen tijdens de COVID-19 Pandemie: Trends, Verklaringen en Geleerde Lessen RIVM Gedragsunit, 17 februari 2023. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM; 2023.
66. Vermeij L, De Kluizenaar Y, Reijnders M, Coenders M. Koersen op kwaliteit van de samenleving: Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2024. Sociaal en Cultureel Planbureau; 2024.
67. Corona Gedragsunit. Draagvlak en vertrouwen, het belang van ervaren rechtvaardigheid. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM; 2021.
68. Zhang H, Chen L, Zhang F. Revisit the Effects of Health Literacy on Health Behaviors in the Context of COVID-19: The Mediation Pathways Based on the Health Belief Model. *Frontiers in public health*. 2022;10:917022.
69. Martens M, Daalder M. Voel je goed! Eindrapportage van een effect- en procesevaluatie. Haarlem: ResCon; 2019.
70. De Greef M, Segers M, Nijhuis J, Fond Lam J. Impactonderzoek taaltrajecten Taal voor het Leven door Stichting Lezen & Schrijven op het gebied van sociale inclusie en leesvaardigheden. Maastricht:

Maastricht University, Educational Research & Development (ERD)
School of Business and Economic; 2014.

71. Aysit E, Ikiisik H, Cakir M, Maral I. The Relationship of COVID-19 Vaccination Status with Health Literacy of Syrians Living in Istanbul. *Vaccines*. 2023;11(9).
72. Feinberg I, Ogrodnick M, Bernhardt J. COVID-19 Vaccine Videos: Health Literacy Considerations. *Health literacy research and practice*. 2023;7(2):e111-e8.
73. Hurstak EE, Paasche-Orlow MK, Hahn EA, Henault LE, Taddeo MA, Moreno PI, et al. The mediating effect of health literacy on COVID-19 vaccine confidence among a diverse sample of urban adults in Boston and Chicago. *Vaccine*. 2023;41(15):2562-71.

Bijlage 1 Achtergrondinformatie literatuuronderzoek

Search string 1, 2 november 2023

In title ("health literacy" OR "health competenc*" OR "health skill*" OR "health ability*" OR "pandemic literacy" OR "pandemic competenc*" OR "pandemic skill*" OR "pandemic ability*" OR "health knowledge" OR "health attitudes") AND

in tiab (test* OR swab OR selftest* OR self-test* OR "lateral flow" OR PCR) OR (isolat* OR self-isolat* OR quarant* OR distanc* OR "staying at home" OR "stay at home") OR (mask* OR "face cover*") OR ("hygiene measures" OR "hand hygiene" OR "hand washing" OR handwashing) OR (Vaccin* OR immunis* OR immuniz* OR inoculat*) OR ("risk reduction behavio*" OR "risk reduction practice*" OR "risk reduction measures" OR "preventative behavio*" OR "preventative measures" OR "preventative practice*" OR "preventive behavio*" OR "preventive actions" OR "preventive measures" OR "preventive practice*" OR "health behavio*" OR "health practice*" OR "health recommendations" OR "safety measures" OR "behavio* measures" OR "behavio* recommendations") AND (covid* OR corona OR sars*)

Filter: Vanaf 2019; Taal NL, ENG; Embase: 166 resultaten; Pubmed: 165

Search string 2, 2 november 2023

In title ("health literacy" OR "health competenc*" OR "health skill*" OR "health ability*" OR "pandemic literacy" OR "pandemic competenc*" OR "pandemic skill*" OR "pandemic ability*" OR "health knowledge" OR "health attitudes") AND

In tiab ("informed decision" OR choice OR knowledge OR values OR deliberation) AND (covid* OR corona OR sars*)

Filter: Vanaf 2019; Taal NL, ENG; Embase: 91 resultaten; Pubmed: 94

Na verwijderen dubbele artikelen bleven 330 artikelen over, op basis van onderstaande in- en exclusiecriteria werden 33 artikelen geselecteerd.

Exclusie	Aantal papers
Geen relatie met daadwerkelijk gedrag/intentie	186
Gericht op communicatie professionals/ organisaties/ materialen/ interventie ontwikkeling of evaluatie	38
Doelgroep professionals (zorgpersoneel, leraren) of specifieke patiënten populaties	34
Opiniepaper / comment / conference abstract	31
Systematic review/ meta analyse	8

Inclusiecriteria:

- Studies over gezondheidsvaardigheden van inwoners, met de koppeling aan naleving van gedragsmaatregelen en/of omgaan met misinformatie tijdens de coronapandemie.
- Studies die zich richtten op determinanten van gedrag (kennis, attitude, eigen effectiviteit, risicoperceptie, angst, trust) werden geïncludeerd mits hierbij de relatie met gedrag beschreven werd.

Exclusiecriteria:

- Studies die zich niet richtten op gedragsmaatregelen of het omgaan met misinformatie, maar bijvoorbeeld op gezondheidsvaardigheden in algemeen of op gezondheidsuitkomsten en gezondheidsvaardigheden (bijvoorbeeld verschillen in aantal corona-infecties).
- Studies over de ontwikkeling van meetinstrumenten, reviews, meta-analyse, en interventiestudies.

Bijlage II Interviewprotocollen

Opzet interviewprotocol voor beleidsmakers/ uitvoerders

INTRODUCTIE

1.1 Uitleg onderzoek

Wij willen met dit onderzoek inzicht verkrijgen in welke gezondheidsvaardigheden van burgers tijdens een pandemie relevant zijn voor het naleven van de maatregelen (bijv afstand houden tot anderen, thuis blijven bij klachten, mondkapjes, zelftesten, handen wassen), en ook strategieën achterhalen om communicatie en maatregelen af te stemmen op deze vaardigheden. We houden interviews met burgers, beleidsmakers en uitvoerders van COVID-19-beleid, van communicatiemedewerkers bij VWS tot mensen die het beleid uitvoeren, zoals horeca-ondernemers. Ook gaan we experts interviewen die zich bezighouden met het versterken van vaardigheden.

1.3 Uitleg interview en opname

Het interview duurt ongeveer 45 minuten. Dat is wat kort, want we hebben aardig wat vragen. Daarom zal ik soms vragen om uw antwoord wat te beperken.

Ik zal zo beginnen met wat vragen over uw werk en gezondheidsvaardigheden. Ik zou het interview graag willen opnemen voor onderzoeksdoeleinden. Dan begin ik met een opname om los van de interviewopname uw toestemming te vragen, zodat die op de band staat.

TRANSITIEVRAGEN

2.1 Kunt u kort vertellen wat uw functie is en waar u werkzaam bent?

2.2 Wat is/ was (in het kort) uw rol in COVID-19-beleid of -communicatie?/ Op welke manier bent u bezig (geweest) met COVID-19-beleid (uitvoering) of -communicatie?

2.3 Waar denkt u aan bij gezondheidsvaardigheden?

2.4 Wat vindt u ervan als beleid/communicatie/uitvoering op deze vaardigheden worden afgestemd? (Evt in andere woorden: Hoe belangrijk vindt u het dat er rekening gehouden wordt met mensen met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden?)

2.5A Wat is uw ervaring met het afstemmen van beleid/communicatie/uitvoering op deze gezondheidsvaardigheden? (algemeen)

2.5B Wat vond u lastig bij het rekening houden met en afstemmen op gezondheidsvaardigheden?

2.5C Wat werkte goed in het rekening houden met en afstemmen op gezondheidsvaardigheden?

2.6 INTROTEKST VOOR INTERVIEWER: De ervaring is dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigen gevoeliger zijn voor misinformatie (dus informatie gebaseerd op onjuistheden) en hier hun beslissingen en gedrag op baseren).

2.6A Heeft u hier mee te maken gehad in uw functie? (*Ja of nee. Bij ja door naar 2.5B. Bij nee door naar vraag 3*)

2.6B Zo ja, hoe heeft u hier rekening mee gehouden bij het opstellen/uitvoeren van Covid beleid? (Bijvoorbeeld factcheck van feiten, misinformatie benoemen en weerleggen).

3.INTROTEKST VOOR INTERVIEWER: We hebben het nu vooral gehad over vaardigheden om *[NOEMEN WELKE VAARDIGHEDEN RESPONDENT HEEFT GENOEMD IN VOORGAANDE VRAGEN]*. In de literatuur wordt ook gesproken over andere vaardigheden:

SCHERM DELEN MET INTERVIEWKANDIDAAT **AFBEELDING 1**

(Interviewer kan onderstaande tekst kort voorlezen OF laten lezen door de respondent. In beeld laten staan bij de vragen vanaf 3!)

Functionele vaardigheden (kunnen lezen en begrijpen, maar ook digitale vaardigheden) voor het vinden en begrijpen informatie over covid symptomen, testen, vaccineren, mondkapjes, afstand houden, maar bijvoorbeeld ook uitzoeken welke politieke beslissingen worden genomen hierover, over informatie over welke hulp gezocht moet worden bij een besmetting en over informatie over risico's op oplopen besmetting. Het gaat hier over informatie over internet, tv, kranten, tijdschriften.

Communicatieve of interactieve vaardigheden voor bijvoorbeeld vragen te stellen aan beleidsmakers, uitvoerders, zorgverleners, familieleden en vrienden over bijvoorbeeld instructies over preventieve maatregelen, adviezen t.a.v. hygiëne.

Kritische vaardigheden voor bijvoorbeeld het beoordelen of informatie in de media betrouwbaar is of te beslissen of het nodig is om thuis te blijven. Maar ook afwegen van voor- en nadelen van het opvolgen van maatregelen, beslissen en het gebruiken van informatie voor het nemen van beslissingen over bijvoorbeeld omgaan met een besmetting valt hier onder.

3 Op welke manier hield u (en/of collega's) rekening met deze **andere** vaardigheden bij het opstellen/uitvoeren van Covid beleid/communicatie... [zoals zelf aangegeven werkzaamheden]

KERNVRAGEN AFSTEMMEN OP GV IN ACUTE EN KOUDE FASE

4.1 Stel dat er weer een pandemie komt, wat zou er dan in die **ACUTE FASE** gedaan kunnen/moeten worden om beleid en communicatie in uw werkveld af te stemmen op FUNCTIONELE_gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen - Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen?)

4.2 Stel dat er weer een pandemie komt, wat zou er dan in die **ACUTE FASE** gedaan kunnen/moeten worden om beleid en communicatie in uw werkveld af te stemmen op COMMUNICATIEVE/INTERACTIEVE gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen - Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen?)

4.3 Stel dat er weer een pandemie komt, wat zou er dan in die **ACUTE FASE** gedaan kunnen/moeten worden om beleid en communicatie in uw werkveld af te stemmen op KRITISCHE_gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen - Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen?)

4.4 Hoe zou er in de **ACUTE_FASE** volgens u het beste om kunnen worden gegaan met **MISINFORMATIE**? Bijvoorbeeld, u vertelde net dat.... Wat zou in de acute fase in uw werkveld (nog meer) kunnen gebeuren om onjuistheden te weerleggen, mensen te wijzen op informatie die niet klopt, of andere manieren om te voorkomen dat mensen misinformatie gebruiken.

5 INTROTEKST INTERVIEWER: We zitten nu in een fase waarin **GEEN SPRAKE_VAN_EEN PANDEMIE** is en we voorbereidingen voor de toekomst kunnen treffen.

5.1. Vindt u dat er in deze fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is voorbereidingen kunnen worden getroffen voor het afstemmen van beleid en/of communicatie op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden?

5.1A Zo nee, waarom niet? (toelichting vragen)

5.1B Zo ja, wat vindt u dat er nu al gedaan kan worden vanuit uw werkveld om beleid en communicatie beter af te stemmen op **FUNCTIONELE** gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen - Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen?)

5.2 Wat vindt u dat er in deze fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is, gedaan kan worden vanuit uw werkveld om beleid en communicatie in uw werkveld af te stemmen op COMMUNICATIEVE/INTERACTIEVE gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen - Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen?)

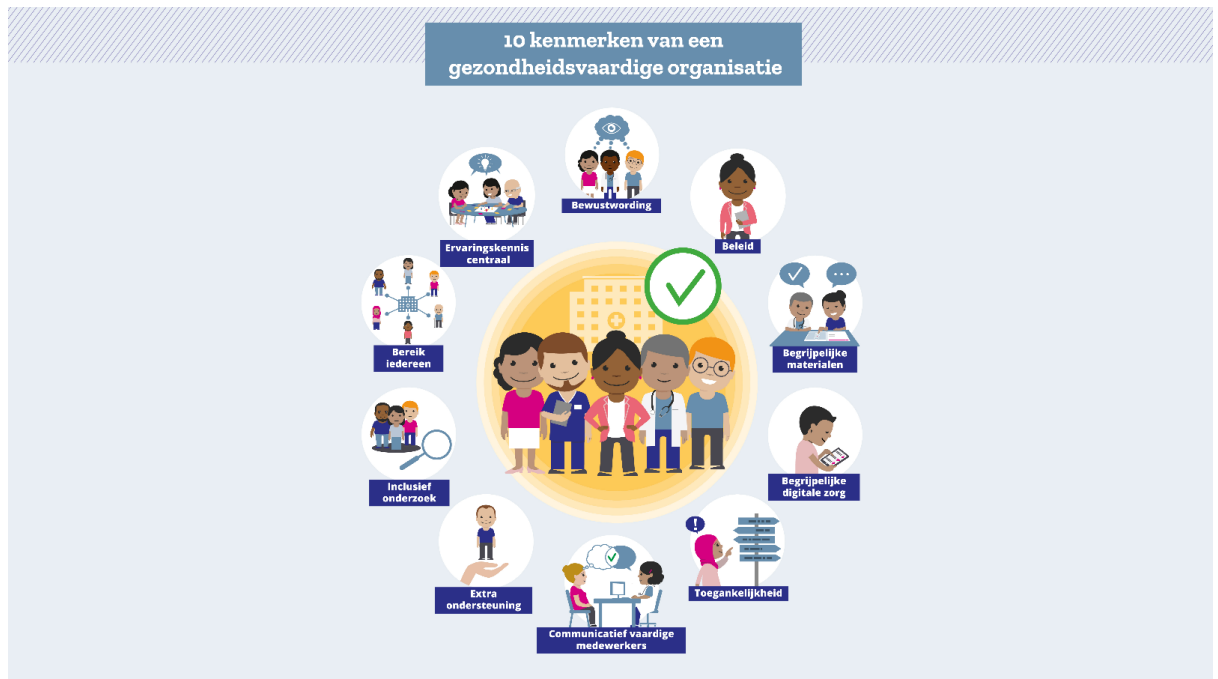
5.3 Wat vindt u dat er nu al gedaan kan worden vanuit uw werkveld om beleid en communicatie in uw werkveld af te stemmen op KRITISCHE gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen - Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen?)

5.4 Zouden er in deze fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is ook voorbereidingen getroffen kunnen worden om te voorkomen dat mensen gebruik maken van MISINFORMATIE, zoals u eerder aangaf bijvoorbeeld [...]

KENMERKEN GEZONDHEIDSVAARDIGE ORGANISATIE

6. INTROTEKST INTERVIEWER: We hebben het nu vooral gehad over [...] om beleid en communicatie af te stemmen. In dit plaatje staan 10 kenmerken waar je als organisatie rekening mee kunt houden die hierbij van belang zijn.



SCHERM DELEN MET INTERVIEWKANDIDAAT >> **AFBEELDING 2**

INTROTEKST INTERVIEWER: U heeft er al verschillende genoemd, maar ik ga ze nog even langs om te kijken hoe belangrijk, relevant en haalbaar het is voor uw organisatie om hieraan te werken (*voor de interviewer: afbeelding is een hulpmiddel, met de kenmerken die nog niet zijn besproken*).

6 Niet alle kenmerken zullen van toepassing zijn op jouw organisatie. Welke kenmerken zijn voor jouw organisatie van toepassing die we **nog niet** hebben **besproken**?

6.1A Hoe relevant is [KENMERK] voor jouw organisatie als het gaat om maken/uitvoeren van beleid voor een eventuele volgende pandemie?

6.1B Hoe zou uw organisatie dit kunnen toepassen (bij. Hoe kan jouw organisatie mensen ondersteunen bij het begrijpen van informatie of toe leiden van informatie)?

6.1C Hoe haalbaar/uitvoerbaar is deze strategie?

AFSLUITING

7. INTROTEKST INTERVIEWER: We zijn aan het einde gekomen van het interview.

Zijn er tot slot nog onderwerpen of vragen waarover u graag nog iets wilt zeggen?'

Ik ga de band nu stopzetten [OPNAME STOPZETTEN]

8. Heeft u wellicht nog suggesties voor andere professionals die we kunnen interviewen of bronnen waar we gebruik van kunnen maken?

Als we straks alles hebben geanalyseerd en gerapporteerd dan koppelen we terug.

Opzet interviewprotocol voor professionals versterken vaardigheden

INTRODUCTIE

1.1 Uitleg onderzoek

INTROTEKST INTERVIEWER: Bedankt dat u mee wilt werken aan dit onderzoek. Wij willen met dit onderzoek inzicht verkrijgen in welke gezondheidsvaardigheden van burgers tijdens een pandemie relevant zijn voor het naleven van de maatregelen (bijv afstand houden tot anderen, thuis blijven bij klachten, mondkapjes, zelftesten, handen wassen), en ook strategieën achterhalen om communicatie en maatregelen af te stemmen op deze vaardigheden. We houden interviews met burgers, beleidsmakers en uitvoerders van COVID-19-beleid, van communicatiemedewerkers bij VWS tot mensen die het beleid uitvoeren, zoals horeca-ondernemers. Ook gaan we experts interviewen die zich bezighouden met het versterken van vaardigheden.

1.2 Korte introductie van jezelf (wat doe je bij het RIVM).

1.3 Uitleg interview en opname

INTROTEKST INTERVIEWER: Het interview duurt ongeveer 45 minuten. Dat is wat kort, want we hebben aardig wat vragen. Daarom zal ik soms vragen om uw antwoord wat te beperken. Ik zal zo beginnen met wat vragen over uw werk en gezondheidsvaardigheden. Ik zou het interview graag willen opnemen voor onderzoeksdoeleinden. Dan begin ik met een opname om los van de interviewopname uw toestemming te vragen, zodat die op de band staat.

TRANSITIEVRAGEN

2.1 Kunt u kort vertellen wat uw functie is en waar u werkzaam bent?

2.2 Op welke manier bent u bezig (geweest) met COVID-19-beleid (uitvoering) of -communicatie?

2.3 Waar denkt u aan bij gezondheidsvaardigheden in de context van een pandemie?

2.4 Wat vindt u van het verbeteren van dergelijke vaardigheden?

2.5 Wat is uw ervaring met het verbeteren van vaardigheden in Covid? (algemeen)

A) Wat waren bevorderende en belemmerende factoren ?

2.6 INTROTEKST VOOR INTERVIEWER: De ervaring is dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigen gevoeliger zijn voor misinformatie (dus informatie gebaseerd op onjuistheden) en hier hun beslissingen en gedrag op baseren).

2.6A Heeft u hier mee te maken gehad in uw functie? (*Ja of nee. Bij ja door naar 2.5B. Bij nee door naar vraag 3*)

2.6B Zo ja, hoe heeft u hier aandacht aan besteed

3.INTROTEKST VOOR INTERVIEWER: We hebben het nu vooral gehad over vaardigheden om *[NOEMEN WELKE VAARDIGHEDEN RESPONDENT HEEFT GENOEMD IN VOORGAANDE VRAGEN]*. In de literatuur wordt ook gesproken over andere vaardigheden:

SCHERM DELEN MET INTERVIEWKANDIDAAT **AFBEELDING 1**

(Interviewer kan onderstaande tekst kort voorlezen OF laten lezen door de respondent. In beeld laten staan bij de vragen vanaf 3!)

Functionele vaardigheden (kunnen lezen en begrijpen, maar ook digitale vaardigheden) voor het vinden en begrijpen informatie over covid symptomen, testen, vaccineren, mondkapjes, afstand houden, maar bijvoorbeeld ook uitzoeken welke politieke beslissingen worden genomen hierover, over informatie over welke hulp gezocht moet worden bij een besmetting en over informatie over risico's op oplopen besmetting. Het gaat hier over informatie over internet, tv, kranten, tijdschriften.

Communicatieve of interactieve vaardigheden voor bijvoorbeeld vragen te stellen aan beleidsmakers, uitvoerders, zorgverleners, familieleden en vrienden over bijvoorbeeld instructies over preventieve maatregelen, adviezen t.a.v. hygiëne.

Kritische vaardigheden voor bijvoorbeeld het beoordelen of informatie in de media betrouwbaar is of te beslissen of het nodig is om thuis te blijven. Maar ook afwegen van voor- en nadelen van het opvolgen van maatregelen, beslissen en het gebruiken van informatie voor het nemen van beslissingen over bijvoorbeeld omgaan met een besmetting valt hier onder.

3 Op welke manier heeft u / uw organisatie gewerkt aan het verbeteren van deze vaardigheden?

KERNVRAGEN VERBETEREN GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

5 INTROTEKST INTERVIEWER: We zitten nu in een fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is en we voorbereidingen voor de toekomst kunnen treffen.

5.1. Vindt u dat er in deze fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is voorbereidingen kunnen worden getroffen voor het verbeteren van vaardigheden?

5.1A Zo nee, waarom niet? (toelichting vragen)

5.1B Zo ja, wat vindt u dat er nu al gedaan kan worden voor verbeteren FUNCTIONELE gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen – Voorbeeld noemen. Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen? Wie moet wat doen?)

5.2 Wat vindt u dat er in deze fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is, gedaan kan worden om COMMUNICATIEVE/INTERACTIEVE gezondheidsvaardigheden te verbeteren?

(Evt doorvragen – Voorbeeld noemen. Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen? Wie moet wat doen?)

5.3 Wat vindt u dat er nu al gedaan kan worden voor het verbeteren van KRITISCHE gezondheidsvaardigheden?

(Evt doorvragen – Voorbeeld noemen. Hoe ziet dat er idealiter uit in uw werkveld en wat heeft u hiervoor nodig? Bijvoorbeeld van anderen? Wie moet wat doen?)

5.4 Zouden er in deze fase waarin **GEEN SPRAKE VAN EEN PANDEMIE** is ook voorbereidingen getroffen kunnen worden om te voorkomen dat mensen gebruik maken van MISINFORMATIE, zoals u eerder aangaf bijvoorbeeld [...]

VERBETEREN VAARDIGHEDEN IN WARME FASE

Zouden er in de warme fase (dus ten tijde van een pandemie) ook mogelijkheden zijn om vaardigheden te verbeteren?

- Waarom wel/niet?
- Wat zou dan mogelijk zijn? Kunt u een voorbeeld noemen van deze aanpak/ strategie/ dit voorstel?
- Wie/ welke organisatie moet wat doen?
- Welke voorwaarden zijn hiervoor nodig?

Hoe zou in een warme fase de invloed van misinformatie beperkt kunnen worden?

AFSLUITING

7. INTROTEKST INTERVIEWER: We zijn aan het einde gekomen van het interview.

Zijn er tot slot nog onderwerpen of vragen waarover u graag nog iets wilt zeggen?'

Ik ga de band nu stopzetten [OPNAME STOPZETTEN]

8. Heeft u wellicht nog suggesties voor andere professionals die we kunnen interviewen of bronnen waar we gebruik van kunnen maken?

Als we straks alles hebben geanalyseerd en gerapporteerd dan koppelen we terug.

Bijlage III Overzicht van studies

Auteur	Jaar	Land	Populatie	Meetinstrument	Verband met gedragsmaatregelen	Verband misinformatie
Assunção et al. (41)	2023	Brazilië	Ouders van kinderen 6-12 jaar)	Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (BREALD-30) Health Literacy Dental Scale (HeLD-14)	Afstand houden +*	Opvatting dat medische hulp nodig is bij milde symptomen +*
Aysit et al. (71)	2023	Turkije	Syrische vluchtelingen in Istanbul	THL-32 Health literacy scale (Afgeleid van HLS-EU-Q47)	Vaccinatie deelname +*	
Bas-Sarmiento et al. (48)	2022	Spanje	Studenten universiteit	COVID-19 Health Literacy Questionnaire (CHL-Q)	Sociale afstand houden +* Fysieke afstand houden +* Mondmasker dragen +* Thuis blijven +* Thuis werken +*	Gebruik overheidsinformatie +*
Cameron et al. (21)	2023	Verenigde Staten	Inwoners California	Set of Brief Screening Questions (SBSQ) Single Item Literacy Screener (SILS)	Vaccinatie intentie +* Risicogedrag -* Preventief gedrag +*	Misinformatie speelt rol in relatie tussen gezondheidsvaardigheden en gedrag bij mensen met conservatieve politieke opvattingen
Ceylan et al. (6)	2023	Turkije	Algemene populatie	HLS-EU-Q47	Gedragsmaatregelen algemeen +*	
Dashti et al. (31)	2022	Iran	Studenten universiteit	eHealth Health Literacy Scale (eHEALS)	Gedragsmaatregelen algemeen (40 items) +*	

Auteur	Jaar	Land	Populatie	Meetinstrument	Verband met gedragsmaatregelen	Verband misinformatie
De Gani et al. (45)	2022	Zwitserland	Volwassenen Duitssprekende deel Zwitserland	HLS-COVID-Q22		Vertrouwen in informatie van zorgverleners en overheid +*
Duplaga et al. (52)	2022	Poland	Volwassen internet gebruikers	HLS-EU-Q16 eHEALS	Gedragsmaatregelen algemeen (Preventive measure score) +*	
Falcón et al. (11)	2022	Spanje	Volwassenen uit algemene populatie in Spanje	COVID-19 Health Literacy Questionnaire (CHL-Q).	Mondmasker dragen +* Handgel gebruiken +* Sociale afstand +* Fysieke afstand houden +* Oppervlakten desinfecteren +* Niet met openbaar vervoer +* Handen wassen Thuis blijven bij klachten	Verwarring over corona informatie-*
Feinberg et al. (72)	2022	Verenigde Staten	Volwassenen in Fulton County	Health Literacy Questionnaire (HLQ)	Vaccinatie +*	
Fukuda et al. (8)	2021	Japan	Educators	HLS-EU-Q47	Vaccinatie intentie +* Gedragsmaatregelen algemeen (0-10 score) +*	
Heinrichs et al. (51)	2021	Duitsland	Studenten universiteit	Critical Health Literacy in a Pandemic (CHL-P)	Gedragsmaatregelen algemeen (1 item opvolgen overheidsmaatregelen) +* Kennis, zorgen en risicoperceptie	
Hermans et al. (9)	2021	België	Volwassenen in België	HLS19-Q12	Hygiëne +* Afstand houden +*	

Auteur	Jaar	Land	Populatie	Meetinstrument	Verband met gedragsmaatregelen	Verband misinformatie
					Mondmasker	
Hurstak et al. (73)	2023	Verenigde Staten	Volwassen inwoners in Boston en Chicago	Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology (Health LiTT).	Vaccinatie acceptatie+*	
Ishikawa et al. (19)	2023	Japan	Volwassen inwoners Japan	Communicative and Critical Health Literacy Scale (CCHL)	Gedragsmaatregelen algemeen (1 item over opvolgen overheidsmaatregelen) +* Mediator: Threat and coping appraisal	
Jalali et al. (17)	2022	Iran	Volwassen inwoners Iran	Health Literacy Questionnaire (HLQ)		Geloven in geruchten -*
Li et al. (38)	2021	China	Studenten	National Health Literacy Survey Questionnaire, China Health Education Center	Gedragsmaatregelen+* (15 items)	
Ling et al. (39)	2023	China		National Health Literacy Survey Questionnaire, China Health Education Center	Gedragsmaatregelen (preventie en controle maatregelen KAP vragenlijst score) +* Kennis, attitude maatregelen+*	
Mathews et al. (50)	2021	Verenigd Koninkrijk en	Adolescenten en jong-volwassenen	Zelf ontwikkelde 4 item schaal over kennis t.a.v. corona		Gebruik traditionele media-*

Auteur	Jaar	Land	Populatie	Meetinstrument	Verband met gedragsmaatregelen	Verband misinformatie
		Verenigde Staten				Mediator: vertrouwen in overheidsleiders
McCaffery et al. (22)	2020	Australië	Volwassenen in Australië	Single Item Literacy Screener (SILS) Subjective Numeracy Scale		Opvattingen over corona en vaccinatie gebaseerd op misinformatie +*
Montagni et al. (40)	2021	Frankrijk	Nationaal online cohort in Frankrijk	Vragenlijst <i>Santé publique France</i>	Vaccinatie intentie +*	Herkennen nepnieuws
Naveed et al. (10)	2022	Pakistan	Studenten universiteit Punjab	HLS-EU-12	Gedragsmaatregelen +* (11 items, totale score)	
Nazari et al. (32)	2023	Iran	Volwassen patiënten in gezondheidscentra	eHealth Health Literacy Scale (eHEALS)	Vaccinatie intentie+*	Herkennen misinformatie +*
Patil et al. (23)	2021	Verenigde Staten	Studenten universiteit	Single Item Literacy Screening (SILS) + Digital Health Literacy Instrument (DHLI)	Gedragsmaatregelen (altijd-nooit maatregelen opvolgen)+* (SILS*; DHLI*) Vaccinatie intentie + (DHLI*)	
Pimentel et al. (44)	2022	Brazilië	Adolescenten (14-19 jaar)	p-HLAT-8 Portuguese Health Literacy Assessment Tool	Vaccinatie intentie (geen relatie)	
Rezakhani et al. (33)	2022	Iran	Vowassen inwoners Khalkhal County	eHealth Health Literacy Scale (eHEALS)	Gedragsmaatregelen+*	

Auteur	Jaar	Land	Populatie	Meetinstrument	Verband met gedragsmaatregelen	Verband misinformatie
Riiser et al.(43)	2020	Noorwegen	Adolescenten (16-19 jaar)	Health Literacy in School-Aged Children (HLSAC)	Handen wassen +* Sociale afstand -*	
Rodon et al. (49)	2022	Frankrijk	Volwassen inwoners Frankrijk	COroNaVIrus Disease (COVID-19) health literacy (CoHL), gebaseerd op de FCCHL	Gedragsmaatregelen +* Mediator: External local of control	
Song et al. (54)	2023	Korea	Volwassen inwoners Korea	Zelf ontwikkeld (begrijpen gesprek en begrijpen geschreven informatie)	Vaccinatie +*	
Tian et al. (53)	2023	China	Volwassen inwoners Hong Kong	Zelf ontwikkeld Hong Kong HL scale	Vaccinatie vertraging -*	
Vasli et al. (46)	2022	Iran	Adolescenten in Iran	HLS-COVID-22	Gedragsmaatregelen +* Mediatoren: waargenomen kans, waargenomen barrières, eigen effectiviteit, cues to action	
Wang et al. (42)	2021	China	Casino medewerkers in China	Infectious disease-specific health literacy (IDSHL)	Gedragsmaatregelen +* (17 items, totale score) (Gezondheidsvaardigheden mediator demografische factoren)	
Zhang et al.(34)	2022	China	Volwassen inwoners China	eHealth Health Literacy Scale (eHEALS)	Mondmasker gebruik +*	

*significante relatie

+ positieve relatie tussen gezondheidsvaardigheden en gedrag

- Negatieve relatie tussen gezondheidsvaardigheden en gedrag

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.rivm.nl

mei 2024

De zorg voor morgen
begint vandaag