

HEALTH LITERACY CHAMPIONS IN BEELD

Onderzoek naar Health literacy champions bij de transitie
naar een gezondheidsvaardige organisatie

Beroepsproduct afstuderen 2024



Naam:	Suzelot Houtschild
Studentnummer:	1785390
E-mailadres:	Suzelot.houtschild@student.hu.nl
Organisatie:	Pharos, Hogeschool Utrecht
Team:	Programma begrijpbare informatie & digitale vaardigheden
Praktijkbegeleider:	Coryke van Vulpen, Isabelle Konst
Periode:	05-02-2024 t/m 23-06-2024
Opleiding:	B Management in de Zorg voltijd
Docentbegeleider:	Boudewijn Visscher
Cursuscode	Afstudeerfase GZO-4.V-AFST-20 VOLTIJD

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	<i>Organisatie</i>	4
1.2	<i>Probleemanalyse</i>	5
1.3	<i>Doelstelling</i>	5
1.4	<i>Onderzoeksvraag</i>	5
1.5	<i>Doelgroep/stakeholders</i>	5
1.6	<i>Relevantie en actualiteit micro, meso, maso</i>	6
2	Theoretisch kader	7
2.1	<i>Gezondheidsverschillen</i>	7
2.2	<i>Gezondheidsvaardigheden</i>	8
2.3	<i>Gezondheidsvaardige organisaties</i>	9
2.4	<i>Organisatieverandering</i>	9
2.5	<i>Health literacy champions</i>	10
3	Methode	11
3.1	<i>Soort onderzoek</i>	11
3.2	<i>Dataverzamelmethode</i>	11
3.3	<i>Data-analysemethode</i>	12
3.4	<i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	12
4	Literatuuronderzoek	13
4.1	<i>Health literacy champions</i>	13
4.2	<i>Benaderingen van organisatieverandering</i>	13
4.3	<i>Change agents</i>	14
4.4	<i>Organizational health literacy</i>	15
4.5	<i>Barrières bij implementatie</i>	16
5	Resultaten	18
5.1	<i>Kenmerken van Health literacy champions</i>	18
5.2	<i>Bevorderende factoren voor Health literacy champions</i>	20
5.3	<i>Belemmerende factoren voor Health literacy champions</i>	23
5.4	<i>Behoeften van Health literacy champions</i>	27
6	Conclusie	31
7	Discussie	33

8	Literatuurlijst	35
9	Bijlagen	38
9.1	<i>PLA-tool</i>	38
9.2	<i>Uitwerking sessie PLA</i>	39
9.3	<i>Foto impressie van de sessie.....</i>	40
9.4	<i>Cirkel 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie van Pharos</i>	41

1 Inleiding

We worden in Nederland steeds ouder en leven ook steeds langer in goede gezondheid. Er is een enorme gezondheidswinst gemaakt (Bussemaker et al., 2021), maar tegelijkertijd zijn er gezondheidsverschillen, die eerder groter dan kleiner worden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2023). Het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden wordt gezien als een van de belangrijkste determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen. Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden werkt negatief op individuele gezondheidsuitkomsten. In Nederland heeft ongeveer een op de vier mensen beperkte gezondheidsvaardigheden (Nivel, 2021). Bij het terugdringen van gezondheidsverschillen spelen zorgorganisaties een belangrijke rol, en kunnen veel doen om hun zorg beter te laten aansluiten, toegankelijker en begrijpelijker te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Heijmans et al., 2016). Pharos noemt organisaties die hierin goed slagen ook wel “gezondheidsvaardige organisaties”. Een gezondheidsvaardige organisatie wordt je niet zomaar en vergt een organisatie brede verandering, waarbij iedereen nodig is (persoonlijke communicatie, 11 februari 2024). Medewerkers die dit thema vanuit hun eigen drijfveer en organisatie laag “aanjagen” zijn essentieel en veelbelovend bij die organisatieverandering. Deze mensen worden ook wel “Health literacy champions” genoemd (Ayre et al, 2023). Health literacy champions worden in het Nederlands ook wel ‘aanjagers’ genoemd. In dit verslag wordt voornamelijk de term “Health literacy champion” gebruikt.

1.1 Organisatie

Deze opdracht wordt uitgevoerd als afstudeeronderzoek bij Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen. Pharos is in 1979 opgericht als het centrum gezondheidszorg vluchtelingen, in de loop van de jaren is dit verbreed naar kwetsbare groepen (persoonlijke communicatie, 6 februari 2024). Pharos heeft als missie het terugdringen van grote gezondheidsverschillen en streven naar gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen in Nederland (Pharos, 2024a). Ze bieden verschillende diensten en programma’s aan waaronder, gezondheidsvoorlichting, trainingen voor professionals en zorggebruikers, het ontwikkelen van voorlichtingsmaterialen in begrijpelijke en verschillende talen, inclusief onderzoek naar gezondheidskwesties en het adviseren over gezondheidskwesties. Ze werken samen met zorgorganisaties in verschillende lijnen, gemeenten, overheid, welzijnsorganisaties en overige partners. Ook hechten ze veel belang aan het samenwerken in de vorm van co-creatie en werken ze samen met ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen. Pharos speelt een belangrijke rol op het gebied van beleidsbeïnvloeding waarbij ze zich inzetten voor structurele veranderingen en bewustwording ten goede van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ze werken samen met bestuurders van ziekenhuizen, verzekeraars, gemeenten en de overheid (Pharos, 2024a.). Er werken ongeveer 100 medewerkers en het kantoor is gevestigd in Utrecht.

1.2 Probleemanalyse

Volgens Pharos houden nog niet alle zorgorganisaties zich bezig met het gezondheidsvaardiger maken van de organisatie (persoonlijke communicatie, 5 februari 2024). Ook is er weinig zicht op wat nodig hebben en welke ondersteuning zij hierbij willen krijgen (Ayre et al, 2023). Pharos heeft nu onvoldoende inzicht in de wensen en behoeften van Health literacy champions en op welke manier ze gefaciliteerd willen worden. Zo heeft Pharos een bestaand aanbod (zoals e-learnings) voor Health literacy champions, maar zou zij dit graag gericht aanpassen, (door)ontwikkelen, verrijken naar de wensen/behoefes van de Champions Volgens Ayre et al (2023) kan het ontbreken van kennis en inzicht over de behoeften van de Health literacy champions effectieve ondersteuning belemmeren wat de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg kan beïnvloeden voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Als de veranderaanpak naar een gezondheidsvaardige organisatie niet het gewenste of niet helemaal het gewenste effect heeft, raakt voornamelijk de patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden wat grote gevolgen kan hebben voor de gezondheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg (Heijmans et al., 2016)

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek leidt tot een adviesrapport voor pharos. Door inzicht te krijgen in de behoeften van Health literacy champions, hoopt pharos hiermee nog betere handvaten te kunnen ontwikkelen om Health literacy champions beter te adviseren/ondersteunen in hun rol bij de verandering naar een gezondheidsvaardige organisatie. Door deze Health literacy champions beter te ondersteunen krijgen deze Health literacy champions ook de erkenning die ze verdienen en kan het hen sterken in de weg naar het worden van een gezondheidsvaardige organisatie.

1.4 Onderzoeksvraag

Hoofdvraag: Welke rol hebben Health literacy champions binnen organisaties bij de transitie naar een gezondheidsvaardige organisatie en wat zijn hierbij de belemmerende en bevorderende factoren?

Deelvragen:

1. Wat kenmerkt Health literacy champions en wat doen ze?
2. Wat zijn de bevorderende factoren?
3. Wat zijn de belemmerende factoren?
Welke behoeften hebben Health literacy champions in wat ze nodig hebben om hun rol in de toekomst nog beter uit te voeren?

1.5 Doelgroep/stakeholders

De doelgroep van dit project is de Health literacy champions. De profijtgroep van dit project zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. De belangrijkste stakeholder en opdrachtgever is Pharos omdat zij hun kennis/handvaten (gericht) willen aanbieden aan de Health literacy champions afhankelijk van de behoeften van de Health literacy champions. Daarnaast is de alliantie gezondheidsvaardigheden een belangrijke stakeholder. Dit netwerk wordt gecoördineerd door Pharos.

1.6 Relevantie en actualiteit micro, meso, maso

De wereldwijde en landelijke aandacht voor het verkleinen van gezondheidsverschillen groeit. Zo is er aandacht gegeven aan het verkleinen van gezondheidsverschillen in de landelijke nota gezondheidsverschillen, nationaal programma preventie alles is gezondheid, stimuleringsprogramma Gezond Inn en het Integraal zorgakkoord (Raad van Volksgezondheid & Samenleving, 2020.) Ook is er in maart 2024 door Pharos (2024b) een pamflet gedeeld waarin ze een oproep doen om samen met bestuurders, professionals en beleidsmedewerkers uit verschillende beleidsterreinen een deltaplan tegen gezondheidsverschillen te ontwikkelen zodat in 2040 de gezondheidsverschillen in Nederland met 30% zijn afgenomen. Gezondheidsverschillen zijn van invloed op de gehele samenleving. Gezondheid is een voorwaarde om deel te nemen aan het economische en maatschappelijke leven. Bijvoorbeeld de mate van onderwijs, arbeidsparticipatie en de mate van zorgkosten (Loketgezondleven.nl, 2023). Er sprake van een trend in de zorg dat er steeds meer wordt gericht op zelfmanagement, eigen regie, de patiënt als partner en coproductant zijn veel gebruikte termen. De zorg wordt steeds complexer georganiseerd bijvoorbeeld door digitale transformaties, niveau van taalgebruik en bekostigingssystemen. Hierdoor wordt er een groter beroep gedaan op de individuele gezondheidsvaardigheden van mensen (Heijmans et al., 2016).

2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat een beknopt theoretisch kader over relevante definities, begrippen en thema's. In hoofdstuk 4 wordt in het literatuuronderzoek verder aandacht gegeven aan de thema's die betrekking hebben op het onderzoek.

2.1 Gezondheidsverschillen

Gezondheidsverschillen verwijzen naar de ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten tussen verschillende bevolkingsgroepen. Het zijn de verschillen tussen groepen mensen qua levensverwachting, aantal gezonde jaren en ervaren gezondheid (Loketgezondleven.nl, n.d.). In Nederland leven mensen met alleen basisonderwijs of vmbo gemiddeld 6 jaar korter en 15 jaar minder in goed ervaren gezondheid ten opzichte van mensen met een hbo- of universitaire opleiding (Loketgezondleven.nl, n.d.). Daarbij stijgt de kans op chronische aandoeningen, zo hebben mensen met basisonderwijs vaker diabetes, hart- en vaatziekten en COPD. Mensen met een lager inkomen hebben meer psychische zorg nodig, roken meer en hebben een ongezondere leefstijl (RIVM, 2020). Naast opleidingsniveau en inkomen hebben etnische verschillen ook een rol. De oorzaken van gezondheidsverschillen zijn uiteenlopend en zijn schematisch weergegeven in figuur 1.

Bestaanszekerheid is de belangrijkste oorzaak van gezondheidsverschillen.

Armoede en schulden leiden relatief vaak tot ongezondheid en heeft een wisselwerking financiële problemen. Deze problemen en onzekerheid veroorzaken stress, en op langere termijn chronische stress. Chronische stress zorgt voor een verhoogd risico op allerlei chronische ziektes, het verzwakt het immuunsysteem, beperkt cognitieve vermogens en de gezondheidsvaardigheden gaan achteruit (Pharos, 2021).

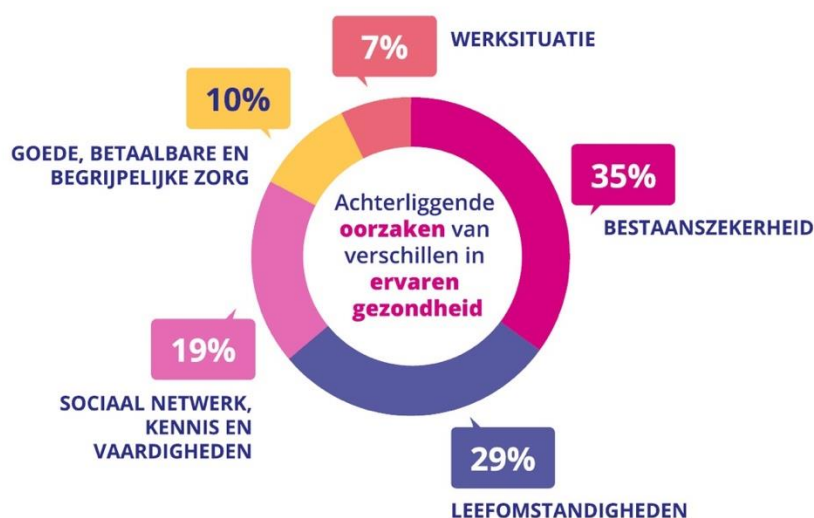
Leefomstandigheden bestaan uit sociale factoren zoals onveiligheid, voorzieningen van de omgeving en schadelijke stoffen zoals luchtvervuiling en vocht en schimmels in huis. Veel van deze ongunstige factoren komen vaker voor in kwetsbare wijken. De plek waar de wieg staat heeft dus direct invloed op de gezondheid van mensen (Pharos, 2024).

Werksituatie en werkomstandigheden hebben van beide kanten invloed op de gezondheidsverschillen en zijn nauw aan elkaar verbonden. De werkomstandigheden zoals zwaar lichamelijk en/of psychisch werk dragen bij aan de mate van gezondheid. Daarnaast is er een verlies van 14% aan arbeidsproductiviteit wat wordt veroorzaakt door gezondheidsverschillen (RIVM, 2020).

Sociaal netwerk, kennis en vaardigheden, sociale uitsluiting zorgt voor moeite om toegang te krijgen tot passende zorg en ondersteuning omdat systemen steeds complexer en ontoegankelijker worden. Dit versterkt de sociale ongelijkheid. Zo is bewezen dat discriminatie in de zorg leidt tot minder goede behandelingen en zorgmijding (Pharos, 2023). Het bezitten van goede (digitale) vaardigheden en kennis is nodig om informatie, diensten, werk/zorg te vinden, niet iedereen bezit deze vaardigheden wat de verschillen vergoot. Daarbij komt ook de huidige trend van meer eigen regie en zelfredzaamheid waarin er juist een beroep wordt gedaan op deze vaardigheden (Pharos, 2021).

Goede betaalbare en begrijpelijke zorg houdt rekening met verschillen in de sociaaleconomische, maatschappelijke en culturele omstandigheden van mensen. Zo is veel van het informatie- en voorlichtingsmateriaal voor 2,5 miljoen mensen in Nederland niet voldoende toegankelijk en begrijpelijk. Bezuinigingen en kostenbeheersing in het zorgsysteem kunnen zorgen voor hogere zorgkosten voor het individu en wordt er een grotere mate van zelfmanagement verwacht (Pharos, 2024).

Figuur 1: Oorzaken gezondheidsverschillen (Pharos, 2024)



2.2 Gezondheidsvaardigheden

De term gezondheidsvaardigheden is in 1970 geïntroduceerd en kent meerdere definities. Voorheen omvatte het vooral de basisvaardigheden zoals lezen en schrijven, maar dit is verder ontwikkeld naar een definitie die verder gaat dan enkele basisvaardigheden.

“Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen” (Nivel, 2021).

Gezondheidsvaardigheden worden gezien als één van de belangrijkste determinanten van ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsverschillen (WHO, 2013). Het niet hebben van deze vaardigheden heeft invloed op de gezondheid. Zo ervaren deze mensen in mindere mate kwaliteit van zorg, hebben slechtere gezondheidsuitkomsten en overlijden eerder (WHO, 2021). Gebaseerd op onderzoek van Nivel (2022) blijkt dat in 2021 in Nederland 5,0% van de volwassen bevolking van 18 jaar en ouder een ontoereikend niveau van gezondheidsvaardigheden heeft, terwijl 19,5% beperkte gezondheidsvaardigheden heeft en 75,5% een voldoende niveau van gezondheidsvaardigheden vertoont. Het percentage mensen met ontoereikende of beperkte gezondheidsvaardigheden is opnieuw afgenomen ten opzichte van de vorige meting, van 28,8% in 2019 tot 24,5% in 2021. De afgelopen jaren is er sprake van een schommeling in deze cijfers. Dit impliceert dat één op de vier volwassen Nederlanders onvoldoende of beperkt in staat is om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen en toe te passen bij het nemen van beslissingen over hun eigen gezondheid en zorg. Dit draagt bij aan de landelijke verschillen in gezondheid. In 2022 heeft de World Health Organisation (WHO) een serie van rapporten uitgebracht over de gezondheidsvaardigheden en doet daarmee een oproep om te werken aan beter beleid rondom gezondheidsvaardigheden. Hierin wordt het onderscheid gemaakt tussen de persoonlijke gezondheidsvaardigheden van het individu zelf en de gezondheidsvaardigheden van organisaties zelf (Organizational health literacy of gezondheidsvaardige organisatie). Volgens het diverse onderzoeken is tweesporenbeleid op de twee bovengenoemde punten nodig om de impact van beperkte gezondheidsvaardigheden beperkt te houden (Nivel, 2022).

2.3 Gezondheidsvaardige organisaties

De gezondheidsvaardigheden van organisaties is de mate waarin organisaties het mensen mogelijk maakt om (zorg)informatie en (zorg)aanbod te bereiken, te vinden, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het zorgen voor hun eigen gezondheid (Brach, 2017). Pharos heeft op basis van twee internationale modellen (Brach et al., 2012) en (Dietscher & Pelikan, 2015) zelf het model “Cirkel van 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie” ontwikkeld (zie bijlage). In het literatuuronderzoek wordt verder ingegaan op de organisatorische gezondheidsvaardigheden.

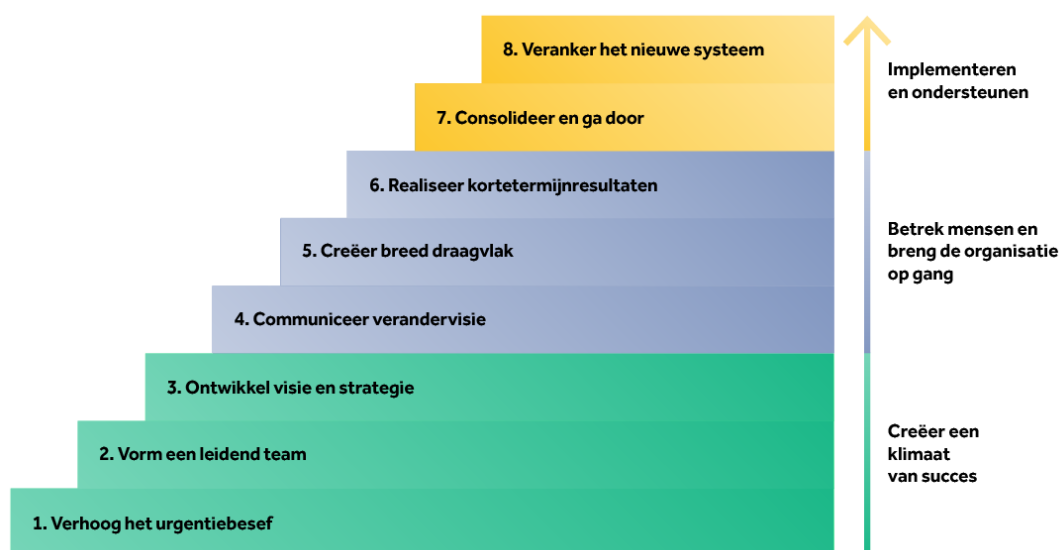
10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie:

1. Bewustwording
2. Beleid
3. Begrijpelijke materialen
4. Begrijpelijke digitale zorg
5. Toegankelijkheid
6. Communicatief vaardige medewerkers
7. Extra ondersteuning
8. Inclusief onderzoek
9. Bereik iedereen
10. Ervaringskennis centraal

2.4 Organisatieverandering

Een organisatieverandering is een geplande aanpassing van structuur, (werk)processen, cultuur, strategieën of technologieën (Cummings & Worley, 2014). Kotter (1996) heeft acht veranderstappen beschreven voor een succesvolle implementatie van een organisatieverandering. Deze stappen zijn in figuur 2 beschreven.

Figuur 2: Acht veranderstappen van Kotter (1996)



Een organisatieverandering is een complex proces waarbij de rol van change agents een belangrijke bijdrage kunnen leveren voor het resultaat van de verandering in een organisatie door de verandering van binnenuit aan te drijven. Ze kunnen bijdragen op alle acht stappen van het model

van Kotter invloed uitoefenen (Redwan, 2020). Een change agent is een persoon in de organisatie die zich inzet om een verandering te realiseren, de verandering ondersteunt en anderen inspireert en kan werken vanuit verschillende organisatielagen (ManagementSite, n.d.). Een change agent wordt ook wel een change advocate, champion of change champion genoemd. In hoofdstuk 4 staan de rollen van een change agent verder beschreven.

2.5 Health literacy champions

Het onderzoek van Kaper et al. (2021) identificeert change champions als een van de vier kritische factoren die nodig zijn bij de implementatie van de verandering naar een gezondheidsvaardige organisatie. en noemt ze ook wel Health literacy champions. Er is weinig bekend over change champions binnen de zorgsector die zich inzetten voor het worden van een gezondheidsvaardige organisatie waaruit blijkt wat hun impact is en de definitie van hun exacte rol. Ze worden vooral beschreven als “opkomend”.

Health literacy champions zijn dus ook wel change agents die zich inzetten voor een gezondheidsvaardige organisatie. Volgens (Søresensen, 2020) zijn Health literacy champions individuen die zich toewijden aan het steunen, doorzetten, implementeren en het overwinnen van weerstand in de organisatie die de verandering opwekt. Ze kiezen ervoor om vooruitstrevend en de kartrekkers te zijn in een transitie naar een gezondheidsvaardige organisatie omdat ze geloven in het maatschappelijke belang ongeacht de weerstand, moeilijkheden en tegenvallers (Ayre et al., 2023). Onderzoek van Farmanova et al (2018) liet dertien belangrijke barrières voor het worden van een gezondheidsvaardige organisatie zien waaronder het ontbreken van Health literacy champions in een organisatie. Om het proces naar een gezondheidsvaardige organisatie te stimuleren is het belangrijk om Health literacy champions te identificeren die het proces verder kunnen ontwikkelen, de agenda vooruitbrengen en de noodzaak van de verandering uitleggen (Sørensen, 2020). Volgens Ayre et al (2023) ontbreken Health literacy champions in de internationale literatuur en worden ze nog onvoldoende betrokken bij de verandering naar gezondheidsvaardige organisatie.

3 Methode

In dit hoofdstuk staat de methode van het onderzoek beschreven.

3.1 Soort onderzoek

Om de hoofdvraag te beantwoorden zal er kwalitatief, praktijkgericht onderzoek worden uitgevoerd voor subjectieve betekenisverlening. Er zal sprake zijn van methodetriangulatie aangezien er gebruik wordt gemaakt van meerdere kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het onderzoek zal inductief van aard zijn aangezien er weinig theorie bestaat over de onderzoeksvraag, wordt er eerst data verzameld en gekeken of er conclusie kan worden getrokken op basis van de resultaten (Verhoeven, 2018).

3.2 Dataverzamelingmethoden

Verkennend literatuuronderzoek

Er zal verkennend literatuuronderzoek worden uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in relevante thema's, trends, modellen en begrippen. Met als doel een beter begrip van het onderzoeksonderwerp te krijgen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een methodische aanpak zoals beschreven staat in het zoekplan, inclusief een beschrijving van de gebruikte zoektermen en databases. De literatuur zal worden beoordeeld op relevantie en kwaliteit volgens de eisen die vooraf zijn opgesteld in het zoekplan. Tevens zal door middel van literatuuronderzoek een research gap worden vastgesteld en onderzocht. Daarnaast zal gebruik worden gemaakt van deskresearch door het benutten van interne documenten van het stagebedrijf.

Semigestructureerde interviews

Er zullen 12 semigestructureerde interviews worden afgenomen met Health literacy champions om meer gedetailleerde informatie te verzamelen en om individuele ervaringen te achterhalen, waaronder één expertinterview om specialistische kennis te vergaren. de interviews zullen worden opgenomen, waarna de audio-opnamen van de interviews worden getranscribeerd, hierbij wordt privacygevoelige informatie verwijderd. De transcripten van de interviews zullen als opvraagbaar worden gesteld bij de auteur van dit onderzoek.

Participatieve sessies

Voor dit onderzoek zullen twee netwerkbijeenkomsten worden bijgewoond, waarbij de onderzoeker een presentatie en workshop zal geven over de rol en behoeften van Health literacy champions. Er zal uitleg worden gegeven over de definitie van gebruikte termen, waarna door participatie van de deelnemers gegevens worden verzameld middels PLA-technieken (Participatory Learning & Action-method). Uitwerkingen van deze sessies en de PLA-methode, zullen worden toegevoegd in de

bijlagen. De vormen die zijn gebruikt bij dit onderzoek zijn (Gosling et al., 2017):

- Flexible brainstorming
- Card sorting
- Direct ranking

3.3 Data-analysemethoden

De data-analyse van de interviews en de uitkomsten van de PLA-tools zal worden uitgevoerd middels thematische analyse. Dit is een praktisch analyse-instrument om stapsgewijs kwalitatieve gegevens te ontdekken en te verwerken (Verhoeven, 2023). De thematische analyse zal worden uitgevoerd volgens de zes stappen voor thematische analyse van Nel Verhoeven (2023). Allereerst zullen de interviews woordelijk worden getranscribeerd. Vervolgens zal open codering plaatsvinden, waarna op basis van de open gecodeerde interviewteksten categorieën worden gevormd. Na afronding van de open codering zal axiaal coderen plaatsvinden, waarbij de codes worden geordend en gegroepeerd tot thema's. Vervolgens zal worden onderzocht of er verbanden zijn tussen thema's die een antwoord geven op de onderzoeksvraag. Tot slot zullen de resultaten hiervan worden beschreven in hoofdstuk 5. Voor de thematische analyse zal gebruik worden gemaakt van de software ATLAS.ti.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen en te verhogen, zullen diverse maatregelen worden getroffen. Dit getroffen maatregelen en evaluatie wordt na het uitvoeren van het onderzoek beschreven in de discussie (hoofdstuk 7)

4 Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het uitgevoerde literatuuronderzoek beschreven.

Wat is er in de literatuur bekend over Health literacy champions?

4.1 Health literacy champions

Volgens de literatuur vervult een Health literacy champion verschillende cruciale functies bij het bevorderen van gezondheidsvaardigheden. In hoofdstuk 4 werd er een beschrijving gegeven van de Health literacy champions. In dit stuk wordt er verder ingegaan op deze rol. Allereerst fungeren Health literacy champions als een pleitbezorger voor het belang van de gezondheidsvaardigheden binnen diverse contexten waaronder gezondheidszorginstellingen, onderwijsinstellingen en gemeenschappen (Smith et al., 2020). Door bewustwording te creëren over het belang van gezondheidsvaardigheden, stimuleert de Champion de ontwikkeling van programma's en interventies die gericht zijn op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden onder verschillende doelgroepen (Sørensen et al., 2012). Daarnaast speelt de Health literacy champion een cruciale rol bij het identificeren van kwetsbare groepen met lage gezondheidsvaardigheden en het ontwikkelen van gepersonaliseerde interventies om hun gezondheidsvaardigheden te versterken (Pleasant, 2014). Door het creëren van toegankelijke en begrijpelijke gezondheidsinformatie, draagt de Champion bij aan het verminderen van gezondheidsverschillen en het verbeteren van de gezondheidsresultaten van deze groepen (Brach et al., 2012). Bovendien fungeert de Health literacy champion als een katalysator voor verandering binnen organisaties en gemeenschappen door het bevorderen van een gezondheidsvaardige cultuur en het integreren van gezondheidsvaardigheden in beleid en praktische werkzaamheden. Door samen te werken met verschillende belanghebbenden, zoals gezondheidszorgprofessionals, beleidsmakers en overige spelers in zorginstellingen, stimuleert de Champion een holistische benadering van bevordering van gezondheidsvaardigheden (Sørensen, 2020).

De activiteiten van Health literacy champions zijn uiteenlopend maar zijn te categoriseren in drie onderdelen (Ayre, 2023):

1. Het vergroten van het bewustzijn over beperkte gezondheidsvaardigheden en gezondheidsvaardige organisaties.
2. Het veranderen van de strategische en operationele planning/koers.
3. Het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden van de organisatie aan de "frontlinie". Bijvoorbeeld het verbeteren van informatiemateriaal voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, medewerkers trainingen geven en het oprichten van een werkgroep.

Waarom zijn champions belangrijk voor de organisatieverandering naar gezondheidsvaardige organisatie?

4.2 Benaderingen van organisatieverandering

Top-down

Top-down organisatieverandering wordt gekenmerkt door de centrale rol het management in het initiëren en leiden van veranderingen binnen de organisatie. Volgens Kotter (1996) speelt het topmanagement een belangrijke rol in het creëren van een visie en een gevoel van urgentie, en in

het communiceren van deze visie naar de rest van de organisatie. Dit model benadrukt het belang van duidelijke communicatie en consistente leiding om weerstand tegen verandering te minimaliseren en ervoor te zorgen dat de strategische doelen worden bereikt. Critici van deze benadering, zoals Balogun en Hailey (2008), wijzen echter op de risico's van een top-down aanpak, waaronder een gebrek aan betrokkenheid van medewerkers op lagere niveaus, wat kan leiden tot mislukking van veranderinitiatieven.

Bottom up

Bottom-up organisatieverandering wordt gekenmerkt doordat verandering wordt geïnitieerd door medewerkers op lagere niveaus, die vaak dicht bij de operationele processen en directe dienstverlening staan. De benadering van het Grassroot model (Carter, 2022), zegt dat bottom-up verandering wordt vaak gekenmerkt door spontane, informele initiatieven die zonder directe aansturing van het management ontstaan. Het kan leiden tot meer motivatie en betere implementatie van veranderingen, het stimuleert innovatie en snelle probleemoplossing door gebruik te maken van de inzichten en ideeën van medewerkers op de werkvloer. Bovendien bevordert deze benadering flexibiliteit en een cultuur van continue verbetering, waardoor de organisatie beter kan inspelen op veranderende omstandigheden.

en kan leiden tot een hogere mate van betrokkenheid onder medewerkers. Toch kan een puur bottom-up benadering leiden tot een gebrek aan strategische samenhang en moeilijkheden bij het schalen van succesvolle initiatieven zonder de steun van het hogere management

Combinatie van beide

Een gecombineerde benadering van organisatieverandering bevat de voordelen van zowel top-down als bottom-up benaderingen. Deze "middle-out" strategie, zoals beschreven door Kotter (2014), combineert de strategische visie en richting van het topmanagement met de operationele inzichten en betrokkenheid van medewerkers. Deze aanpak bevordert niet alleen de implementatie van veranderingen, maar ook de acceptatie en duurzaamheid ervan door de hele organisatie (Cameron & Green, 2019). Door de gecombineerde aanpak is er een bredere betrokkenheid in de gehele organisatie.

4.3 Change agents

Een Organizeverandering is een dynamisch proces dat cruciaal is voor het aanpassingsvermogen en de groei van moderne organisaties. Change agents zijn sleutelfiguren binnen een organisatie die verandering initiëren, stimuleren en begeleiden. Recent onderzoek benadrukt de veelzijdige rollen die change agents vervullen tijdens organisatieverandering.

Change agents kunnen de verandering initiëren en de noodzaak en het belang ervan communiceren naar stakeholders (Cummings & Worley, 2014). Daarnaast hebben ze een sleutelrol bij het creëren van draagvlak voor de verandering in de organisatie. Ook hebben ze een duidelijke visie die ze communiceren met medewerkers in alle organisatielagen, adresseren zorgen en weerstand, en inspireren anderen (Kotter, 1996). Door het belang van verandering te benadrukken en een duidelijk doel voor ogen te stellen, motiveren change agents medewerkers om zich in te zetten voor het veranderingsproces. Door empathisch te luisteren naar de zorgen en bezwaren van medewerkers, kunnen change agents effectieve strategieën ontwikkelen om weerstand om te buigen naar acceptatie en betrokkenheid. Om bovengenoemde redenen fungeren change agents als Health literacy champions voor verandering en hebben ze een rol bij het creëren van een gevoel van urgentie (Battilana et al., 2020). Ook kunnen ze verantwoordelijk zijn voor het leiden van veranderingsinitiatieven van begin tot eind. Ze stellen doelen vast, ontwikkelen strategieën en kunnen de verandering coördineren

Tot slot kunnen change agents zorgen voor het leren en ontwikkelen binnen de organisatie. Ze stimuleren een cultuur waarin continu leren en ontwikkelen centraal staat en sporen anderen aan om zich te ontwikkelen bijvoorbeeld door het delen van kennis, bijeenkomsten organiseren en staan open voor feedback. Door bruggen te bouwen tussen diverse afdelingen en niveaus binnen de organisatie, bevorderen ze een cultuur van openheid, vertrouwen en samenwerking die essentieel is voor succesvolle organisatieverandering.

4.4 Organizational health literacy

Naarmate het de term gezondheidsvaardigheden evolueerde, werd duidelijk dat niet alleen individuen zoals zorgvragers, maar ook organisaties een rol spelen in het bevorderen van health literacy. Dit leidde tot de ontwikkeling van het concept "organizational health literacy." Brach et al. (2012) introduceerden de term "organizational health literacy" (OHL) om de verantwoordelijkheid van organisaties te benadrukken bij het ondersteunen van de gezondheidsvaardigheden van hun leden. Ze definieerden OHL als:

"the extent to which organizations make it easier for people to navigate, understand, and use information and services to take care of their health." - (Brach et al., 2012)

Enkele bestaande interventies en modellen voor organizational health literacy en Health literacy champions zijn:

Vienna Zelftest voor Organizational Health Literacy

De Vienna Zelftest is ontwikkeld als een praktisch instrument om organisaties te helpen hun gezondheidsvaardigheden te beoordelen en te verbeteren. Het richt zich op verschillende aspecten van hoe goed een organisatie in staat is om gezondheidsinformatie toegankelijk en begrijpelijk te maken voor medewerkers en klanten. De zelftest omvat vragen en criteria die organisaties helpen bij het identificeren van sterke punten en gebieden voor verbetering in hun communicatie- en ondersteuningspraktijken (Pelikan et al., 2018).

10 Attributes voor Health Literate Health Care Organizations

Brach et al. (2012) definiëren tien attributen die kenmerkend zijn voor gezondheidsvaardige zorgorganisaties. Deze attributen bieden een kader voor organisaties om hun gezondheidsvaardige initiatieven te structureren en te evalueren. De tien attributen zijn verder weergegeven in figuur 3.

Figuur 3: Ten attributes organizational health literacy (Brach et al., 2021)

A Health Literate Organization:	Examples
1. Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure, and operations	<ul style="list-style-type: none"> • Develops and/ implements policies and standards • Sets goals for health literacy improvement, establishes accountability and provides incentives • Allocates fiscal and human resources • Redesigns systems and physical space
2. Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement	<ul style="list-style-type: none"> • Conducts health literacy organizational assessments • Assesses the impact of policies and programs on individuals with limited health literacy • Factors health literacy into all patient safety plans
3. Prepares the workforce to be health literate and monitors progress	<ul style="list-style-type: none"> • Hires diverse staff with expertise in health literacy • Sets goals for training of staff at all levels
4. Includes populations served in the design, implementation, and evaluation of health information and services	<ul style="list-style-type: none"> • Includes individuals who are adult learners or have limited health literacy • Obtains feedback on health information and services from individuals who use them
5. Meets needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization	<ul style="list-style-type: none"> • Adopts health literacy universal precautions, such as offering everyone help with health literacy tasks • Allocates resources proportionate to the concentration of individuals with limited health literacy
6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact	<ul style="list-style-type: none"> • Confirms understanding (e.g., using the Teach-Back, Show-Me, or Chunk-and-Check methods) • Secures language assistance for speakers of languages other than English • Limits to two to three messages at a time • Uses easily understood symbols in way-finding signage
7. Provides easy access to health information and services and navigation assistance	<ul style="list-style-type: none"> • Makes electronic patient portals user-centered and provides training on how to use them • Facilitates scheduling appointments with other services
8. Designs and distributes print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on	<ul style="list-style-type: none"> • Involves diverse audiences, including those with limited health literacy, in development and rigorous user testing • Uses a quality translation process to produce materials in languages other than English
9. Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritizes high-risk situations (e.g., informed consent for surgery and other invasive procedures) • Emphasizes high-risk topics (e.g., conditions that require extensive self-management)
10. Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services	<ul style="list-style-type: none"> • Provides easy-to-understand descriptions of health insurance policies • Communicates the out-of-pocket costs for health care services before they are delivered

4.5 Barrières bij implementatie

Onderzoek van Farmanova naar de barrières bij de implementatie van dit model, heeft dertien ‘key barriers’ opgesteld (Figuur 6). Uit dit onderzoek blijkt dat het gebrek aan betrokkenheid van leiders (managers) en prioritering een grote barriere is. Hierdoor staat de verandering niet goed in de beleidsstukken en het strategische plan, waardoor de verandering niet goed wordt geïmplementeerd. Daarnaast ontbreekt het vaak aan adequate training en onderwijs voor medewerkers. Beperkte financiële middelen vormen een barriere, aangezien veel gezondheidsorganisaties moeite hebben om voldoende financiering te vinden en vastzitten aan vooropgestelde budgetten, complexe organisatorische structuren en culturen vertragen bovendien de implementatie van veranderingen, terwijl een gebrek aan systematische integratie in de praktijken de effectiviteit en duurzaamheid van deze initiatieven beperkt (Farmanova et al., 2018).

Figuur 6: Key barriers voor organizational health literacy (Farmanova et al., 2018)

Organizational and institution culture and leadership	<ol style="list-style-type: none"> 1. Low priority of health literacy and related activities 2. Lack of commitment to health literacy 3. Limited or no buy-in from leadership 4. Becoming health literate is not perceived as advantageous
Design and planning of interventions	<ol style="list-style-type: none"> 5. Lack of culture of change and innovation 6. No change champions in the organization 7. Not having procedures, policies, protocols supporting health-literate practice 8. Not having enough time 9. Lack of resources 10. Complexity of health literacy tools and guides
Human resources	<ol style="list-style-type: none"> 11. Ambiguity of roles among staff 12. Lack of training in health literacy 13. Lack of awareness about health literacy

5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd voortkomen uit de interviews met Health literacy champions en de bevindingen die voortkomen uit twee sessies met gebruik van de PLA-tool.

5.1 Kenmerken van Health literacy champions

Een Health literacy champions wordt gekenmerkt door een diepgaande intrinsieke motivatie voor om de organisatorische gezondheidsvaardigheden te verbeteren voor de doelgroep.

Er zijn tien personen gesproken die zich op een eigen manier bezighouden met het gezondheidsvaardiger maken van de organisatie vanuit hun eigen intrinsieke motivatie.

In de eerste-, tweede- en derdelijns zorg zijn in totaal zes van de respondenten werkzaam, twee respondenten zijn werkzaam bij een overige organisatie (tabel 1). Van de respondenten zijn vier beleidsmedewerker zoals projectleider of adviseur, twee zijn zorgverlener, twee zijn onderzoeker en twee zijn communicatiemedewerker (tabel 1). Deze functies die bevinden zich op verschillende organisatielagen in de organisatiestructuur en soort dienstverlening.

Tabel 1 Type organisatie en functieprofiel

Type organisatie	Aantal	Functieprofiel	Aantal
Eerstelijnszorg	2	Beleidsmedewerker	4
Tweedelijnszorg	2	Zorgverlener	2
Derdelijnszorg	2	Onderzoeker	2
Overige organisatie	2	Communicatieadviseur	2

Activiteiten

De respondenten benoemen diverse activiteiten uit te voeren in hun rol als Health literacy champion. Deze uitgevoerde activiteiten richten zich voornamelijk op (of combinatie van):

Het 'aanjagen' en agenderen van het thema

Het verbinden van mensen in de organisatie en het thema agenderen bij het management voor opname in het organisatiebeleid.

Het toegankelijker en begrijpelijker maken van de organisatie

Acht respondenten hadden bijvoorbeeld activiteiten uitgevoerd, zoals het aanpassen en ontwikkelen van teksten, folders en overig communicatiemateriaal naar begrijpelijke taal (B1-niveau. Drie respondenten hebben aanpassen gedaan in bijvoorbeeld bewegwijzeringsborden en de website.

Het creëren van draagvlak en bewustzijn

Negen respondenten heeft acties uitgevoerd zoals het benutten van tools om anderen zelf te laten ervaren hoe het is om laaggeletterd te zijn of beperkte gezondheidsvaardigheden te hebben.

Het delen van kennis en ervaringen van anderen

Drie respondenten hebben een scholing of training gegeven aan collega's. Acht van de respondenten die hebben een de e-learning van Pharos gemaakt en ingevuld om te zien hoe gezondheidsvaardig de organisatie is. De uitkomsten hiervan hebben ze gebruikt om passende activiteiten uit te voeren.

Veel van de uitgevoerde activiteiten worden door de respondenten gezien als behaalde mijlpalen. Nog enkele voorbeelden uit de interviews van activiteiten zijn:

“Ik zorg voor bewustwording door allerlei campagnes samen met collega’s te voeren. Ik werk nu meer bij een centralere plek in de organisatie die zich meer bezighouden met strategievorming en uitvoering. Ik probeer het vanaf daar een “boost” te geven zodat het niet enkel blijft hangen bij een afdeling, maar dat het door de gehele organisatie verspreid. En daarnaast heb ik het ook in het beleid meegenomen. Het viel mij op dat er nog geen beleid op was en heb ik een ambitiedocument gemaakt, die onlangs ook is goed gekeurd waarin staat dat we echt op b1 niveau willen communiceren, zowel schriftelijk als fysiek, en dat we beter willen aansluiten bij onze doelgroep.” – Respondent

“Ik heb samen met stichting lezen en schrijven een taaloket opgezet in de zorgpraktijk.” – Respondent

“Ik vond voor mezelf wel echt een mijlpaal dat we alle huisartspraktijken in die buurt getraind hebben, en met hele goede cijfers en veel enthousiasme. En dat het onderwerp nu in beleidsstukken en visiedocumenten staat zie ik ook als een succes.” – Respondent

Vaardigheden

Een Health literacy champion kenmerkt zich door bepaalde eigenschappen en vaardigheden. Acht respondenten die benoemen dat doorzettingsvermogen en geduld cruciaal zijn voor het uitvoeren van hun rol omdat het veelal wordt ervaren als een langdurig en traag proces. Zo zei een respondent: *“Soms is het wel roepen in de woestijn. Dus geduld en uithoudingsvermogen en doorzettingsvermogen is wel echt nodig.”* Ook de vaardigheden overtuigingskracht en inlevingsvermogen worden genoemd om anderen het belang van het thema te laten inzien. Verder wordt er door vier respondenten het vermogen om te verbinden genoemd voor het overstijgen van verschillende afdelingen, en het bij elkaar brengen van mensen om gezamenlijke doelen te bereiken. Het agenderen vraagt ook om organisatie-sensitiviteit en strategisch inzicht om de boodschap over te brengen. *“Er zijn zoveel afdelingen en je moet zoveel lobbyen om bij allerlei partijen mensen mee te krijgen. Dus je moet echt wel heel veel organisatiesensitiviteit hebben om bij ons goed te kunnen werken omdat je precies wie je mee moet nemen op welk moment.”* Tot slot wordt er genoemd het vermogen om out-of-the box te kunnen denken, het hebben van kennis over de doelgroep en vooral het bezitten van enthousiasme.

Op de vraag of ze zichzelf als een health literacy zien, zagen twee personen zichzelf niet zo. Ze gaven hierbij als reden dat dit komt omdat ze in hun ogen nog te weinig successen hebben behaald. *“nou ik zou willen dat als je dat zegt dat er dan ook echt successen geboekt zijn. Dus daarom voelt het niet zo.”* Of omdat de term ‘Health literacy champion niet passend voelde.

“Champion klinkt zo groot, alsof je het allemaal heel goed doet. En ik hoop ook dat het bezig zijn met het thema vanzelfsprekender wordt en het woord champion klinkt dan te groot.”

Drijfveer

De drijfveren van de respondenten komen voort uit een persoonlijke of professionele overtuiging. Ze vinden dat de zorg voor iedereen toegankelijk en begrijpelijk moet zijn, en dat de zorgverlening van hun eigen organisatie voor iedereen uit de maatschappij is. *“Wat mij betreft zou de zorg voor alle lagen en iedereen beschikbaar moeten zijn”*. Ook werd er genoemd dat ze zagen dat ze de doelgroep niet goed konden bereiken, *“ik weet uit data-analyse en uit onderzoek dat we niet iedereen bereiken. bereiken. En dat is voor mij een motivatie om het begrijpelijker en toegankelijker te maken.”* En werd door een respondent genoemd dat ze een verandering opmerkten in de doelgroep door digitalisering. *“De verandering in doelgroep wordt zichtbaarder door digitalisering.”* Ook werd door

iemand genoemd dat ze zich erg bezighoudt met diversiteit en inclusie en mensen in haar privékring heeft met beperkte gezondheidsvaardigheden wat haar drijft.

Ruwe resultaten PLA-tools:

op de vraag “Wanneer vind jij iemand een Health literacy champion?” hebben de deelnemers de volgende antwoorden gegeven.

Resultaten PLA-tool bijeenkomst

Leernetwerk Amsterdam:

1. Iemand met hart voor de doelgroep/voor de zaak
2. Als iemand zijn houding aan anderen doorgeeft
3. In staat om gezondheidsvaardige interventies af te stemmen op dagelijkse werkwijze
4. Overtuigen van mensen hogerop, zodat het integreert in het beleid
5. Iemand die net wat extra bijlevert aan “bewustwording”
6. Goed contact met de groep waar het om gaat
7. Als iemand een concrete verbetering geeft in de praktijk
8. Als zij extra ondersteuning bieden voor de kwetsbaren
9. Als iemand rekening houdt met hun inclusie van alle patiënten
10. Initiatief kunnen nemen
11. Als iemand anderen bewust maakt van bestaan laag geletterdheid
12. Gefocust op verbinding
13. Doorzetter
14. Visualiseert toekomstige successen
15. Communicatief vaardig

Resultaten PLA-tool netwerkbijeenkomst

Alliantie gezondheidsvaardigheden:

1. Agenderen van het onderwerp
2. Onderwerp bespreekbaar maken met collega's
3. Bewustzijn van collega's aanvullen
4. Iemand die het onderwerp agendeert
5. Continu bewustwording creëren
6. Verbinden op het thema
7. Iemand die feedback aan doelgroep vraagt
8. Iemand die openstaat voor de beleving van gebruiker
9. Verdiepen in het onderwerp: Wat kan anders en wat is ervoor nodig?
10. Out of the box blijven denken
11. Patronen/vaste structuren durven doorbreken
12. Wanneer iemand vragen stelt (“is het makkelijk?, is het begrijpelijk?”)
13. Iemand die realistisch inzicht heeft
14. Iemand die gevoel heeft voor processen/systeem
15. Acties ook echt inzetten
16. “niet lullen maar poetsen” Praktische denker/doener

5.2 Bevorderende factoren voor Health literacy champions

Uit de analyse van de interviews zijn meerdere factoren naar voren gekomen die als bevorderend worden ervaren. Health literacy champions omschrijven de volgende bevorderende factoren bij het uitvoeren van hun rol:

Interne samenwerking

Negen van de tien respondenten benoemen samenwerken als bevorderende factor. Alle respondenten benoemen samenwerking met interne collega's als een fundamentele bevorderende factor. Zo benoemt een respondent: *“In je eentje in zo'n grote organisatie is het heel lastig. Je moet het echt samen met anderen doen.”* Interne samenwerking en positief betrokken collega's zorgt voor motivatie, fungeert als klankbord en dragen positief bij om effectiever te opereren. *“Waar ik wel echt in gesteund ben, zijn de collega's die dezelfde belangstelling hebben. Ze gaven mij het gevoel dat*

ik niet de enige hierin ben.” Ook helpt interne samenwerking voor een grotere draagkracht en invloed, hierdoor is het makkelijker om afdeling overstijgend te werken, een respondent zei: *“je bent dan een soort “united front” om het door de hele organisatie door te voeren.”*

Externe samenwerking

Twee van de tien respondenten benoemde dat zij ervaring hebben met samenwerking met de doelgroep en taalambassadeurs. Dit helpt hen bij het ontwikkelen van interventies die aansluiten bij de eindgebruikers, meer kennis ontwikkelen en werkt het motiverend voor de HLC om met de einddoelgroep bezig te zijn. Zo benoemd een respondent: *“Als ik echt met de einddoelgroep bezig ben voel ik echt waarvoor ik het doe en waarom ik het belangrijk vind.”* Verder draagt samenwerking met externe partijen bij om domein overstijgend te werken en biedt het de mogelijkheid om elkaar netwerk te kunnen gebruiken. Zo benoemen drie respondenten dat het hen heeft geholpen om kennis en ervaringen te delen met externe partijen die ook bezig zijn met gezondheidsvaardiger maken van de organisatie. Een respondent zei hier het volgende over: *“Ik heb veel gekeken naar hoe andere organisaties het doen zoals het, dus ik had met hun overleggen ingepland om te vragen hoe zij het doen en hoe zij de organisatie mee krijgen. Dit bood mij nieuwe inzichten.”* Daarnaast benoemde twee respondenten dat het helpend was om herkenning te zien bij externen, omdat het *“best een lange adem is”* en dat het onderdeel is van het proces, dat werkte als geruststellend en motiverend. Een respondent zei het volgende over de alliantie gezondheidsvaardigheden: *“Bij de alliantie gezondheidsvaardigheden heb ik veel kennis heb opgedaan die ik ook weer kon terugbrengen naar mijn eigen organisatie.”*

Werkgroepen

Een vorm van interne samenwerking is een werkgroep binnen. Dit wordt omschreven als een gestructureerd platform met gelijkgestemden om doelmatiger en doeltreffender te werken, zo benoemde een respondent dat je met een werkgroep meer ‘body’ hebt, wat functioneel is bij het agenderen van het thema in verschillende organisatieniveaus. Vier van de respondenten zegt dat er een werkgroep is waar het thema aan bod komt en wordt door dezelfde vier respondenten gezien als bevorderende factor. Hierbij helpt het vooral als de werkgroep het thema als hoofdonderdeel zien en niet als subonderdeel.

“Ik heb altijd met een werkgroep gewerkt om meer body te hebben.”

Bijhouden van positieve effecten

Het bijhouden van positieve effecten, resultaten en mijlpalen wordt door 2 respondenten genoemd als bevorderende factor. Het brengt motivatie en biedt een bewijs van vooruitgang. Daarnaast zorgt het uitdragen van positieve resultaten voor meer draagvlak binnen de organisatie. *“Het hielp vooral als ik goede resultaten en evaluaties kreeg van een project. Dan waren mensen ook gemotiveerd om er mee door te gaan.”*

Maatschappelijke trend

De groeiende aandacht voor gezondheidsverschillen helpt Health literacy champions omdat expertise over gezondheidsvaardigheden steeds meer nodig is. Daarnaast zorgen maatschappelijke trends voor meer bewustzijn en urgentiebesef waar HLC gebruik van kunnen maken.

“door de digitalisering van de zorg komt er nu ook steeds meer aandacht voor die groep en wordt de urgentie beter ingezien, en bijna iedereen nu aandacht heeft omdat mensen zich steeds meer realiseren dat een deel niet meekan in die digitale transformatie die iedereen voor ogen heeft.”

Praktische tools en benaderingen

Acht respondenten vermelden dat het hen helpt om bewustwording en urgentiebesef te creëren bij collega’s door het persoonsgericht te maken. Zes van de respondenten benoemen dat praktische tools zoals de ‘Toolbox escapekoffer’ helpend zijn bij het creëren van bewustzijn van anderen in de organisatie. Ook benoemd één respondent dat het haar helpt om moeilijk te begrijpen teksten aan

collega's te presenteren. *“Door collega's zelf te laten ervaren wat het betekent om beperkte gezondheidsvaardigheden te hebben, ontstaat er meer begrip en betrokkenheid.”* Ook helpt om het volgens zes van de respondenten om het thema concreet en praktisch te maken, door filmpjes en voorbeelden uit de praktijk te laten zien gaan anderen zich er eerder in herkennen. *“Je moet het echt concreet en praktisch maken om het persoonlijk te maken voor collega's, herkenning zorgt voor bereidheid.”*

Daarnaast benoemde 3 respondenten die in een gevorderd stadium zitten dat het helpt om andere thema's die al wel spelen in de organisatie te gebruiken als 'kapstok', zoals de digitalisering of het bieden van persoonsgerichte zorg. Ook helpt het om draagvlak en urgentiebesef te creëren door een benadering die uitgaat van het oplossen van een bestaand ervaren probleem. Een respondent die benoemde dat ze de frustratie van medewerkers in een huisartsenpraktijk over now-shows en therapieontrouwe patiënten gebruikte als motief. *“gezondheidsvaardigheden is wat mij betreft een verklaring van knelpunten. Het is dus geen middel maar altijd een oplossing voor iets wat niet goed verloopt, dat maakt dat mensen de urgentie ook beter gaan voelen.”*

Steun vanuit het management/directie

De steun vanuit het management/directie, of leden daarvan die het belang van het thema inzien is helpend en van essentieel belang in verschillende facetten. Deze steun helpt bij de integratie van gezondheidsvaardigheden in beleidstukken en jaarplannen, wat een belangrijke volgens de respondenten een voorwaarde is om daadwerkelijk acties uit te voeren die organisatie breed gedragen worden. *“Ik denk dat het heel belangrijk is om je managementteam achter je te hebben staan. Dus dat je mandaat hebt.”*

Ook benoemde een respondent dat haar leidinggevende hielp bij de strategische doorvertaling, deze steun hielp haar bij het verkrijgen van draagvlak op hogere niveaus. Ook waren 3 respondenten positief over de steun vanuit het management omdat dit cruciaal is voor meer het krijgen van tijd en budget. *“wat ik bevorderend vond was de tijd die ik van mijn eigen organisatie kreeg om hier tijd aan te besteden, de urgentie die ze daar ook meevoelen.”* De respondenten waarbij het thema onderwerp is in beleidsstukken en visiedocumenten zagen dit als een succes. *“Ik merk dat er nu wel echt veel draagvlak voor is in het MT en directie. Dus dat er daar draagvlak is geeft mij ook de meeste energie.”*

Tijd, middelen, autonomie en kennis

Een respondent benoemde als helpend dat er steeds meer budget is dankzij steun van het management. Hierdoor is er meer geld voor activiteiten en de mogelijkheid om bijvoorbeeld iemand in te huren voor scholingen of advies. Ook benoemde 4 respondenten als bevorderend dat ze ruimte ervaren, dit werd toegelicht als beschikbare tijd naast hun primaire functie, zowel de tijd die collega's vrijmaken en het hebben van autonomie.

“Vrijheid komt als eerste in mij op. Dus gewoon de ruimte krijgen om een plan te maken en aan te geven waar verbetering nodig is. En dat een manager dan ook zegt dat je het mag uitwerken en mag verder kijken hoe ze het beter kunnen doen.” Tot slot benoemde 6 respondenten dat kennis en bekendheid over de eigen organisatiestructuur en processen bevorderend was. Ook hielp het om zelf kennis te hebben over het thema en de doelgroep.

Ruwe resultaten PLA-tools:

op de vraag “Wat erbaar/voorzie je als een helpende factor voor een aanjager bij het gezondheidsvaardiger maken van je eigen organisatie?” hebben de deelnemers de volgende antwoorden gegeven.

Resultaten PLA-tool bijeenkomst

Leernetwerk Amsterdam:

1. Bekend of ervaring met de doelgroep
2. Bezoek de doelgroep op waar zij zijn
3. Stimulerende omgeving (waar gestimuleerd wordt om hierover te denken)
4. Opening bij management
5. Kennis over eigen organisatie (hoe krijg je dingen voor elkaar, bij wie moet je zijn?)
6. Medestanders zoeken/vinden (andere aanjagers)
7. Aanjager “hoog” in de organisatie (MT) die ook verbindingen kan leggen
8. Ruimte en vrijheid
9. Intrinsieke motivatie
10. Jezelf
11. Volhouden
12. Awareness creëren
13. Tools aanbieden voor medewerkers
14. Partners positief
15. Begrijp/ kennis over de cultuur van verschillende groepen
16. Ethisch diverse gezondheidsinformatie
17. Geld/budget
18. Tijd
19. Positie midden in de organisatie (veel contacten)
20. Enthousiast en inhoudelijk deskundig

Resultaten PLA-tool workshop

netwerkbijeenkomst Alliantie

gezondheidsvaardigheden:

1. Proberen jezelf niet gek te maken
2. MT dat overtuigd is van belang
3. Hebben van moed en durven
4. Aansluiten
5. Enthousiasme
6. Steun van de organisatie, stad, wijk etc.
7. Skills
8. Kennis en kunde
9. (Meetbaar) inzicht in hoeveel/wat de schade is die we als afdeling doen door niet GV te zijn
10. Inzicht in gezondheidsschade en andere, en financiële doelen van de afdeling/org.
11. Bewustzijn onder collega's
12. Kunnen zien wat er nodig is (meer dan alleen belang zien)
13. Bewustzijn dat dit een langdurig proces is
14. Lange adem en tijd
15. Twee mensen kunnen samen overleggen, afstemmen
16. Binnen een team aan GV werken, in je eentje kan demotiverend zijn en stress geven
17. Voldoende budget
18. Voldoende tijd
19. Voldoende mankracht
20. Goede manier van evalueren
21. Mandaat om zaken aan te pakken

5.3 Belemmerende factoren voor Health literacy champions

Uit de analyse van de interviews en PLA zijn meerdere factoren naar voren gekomen die als belemmerend worden ervaren. Health literacy champions omschrijven de volgende factoren bij het uitvoeren van hun rol:

Onvoldoende kennis over effect en baten

De respondenten benoemen dat er onvoldoende kennis is over de effecten en opbrengsten van aanpassingen in de organisatie op gebied van begrijpelijkheid en toegankelijkheid. Dit maakt het

lastiger om het effect van eigen activiteiten te meten en te evalueren met hogere organisatielagen. *“Het lastige van de aanpassingen die je doet is dat het zo moeilijk te evalueren en te meten is. Dus je kan het zo moeilijk inzichtelijk maken.”* Daarnaast zorgt gebrek aan meetbaar effect en financiële baten van de activiteiten voor een vermindering van steun en inzet binnen de organisatie. *“Maar leidinggevende directie, noem maar op. Die vinden het ook altijd wel heel fijn om iets te weten van wat voor effect gaat het dan hebben als er dan tijd en geld in gaan stoppen.”*

Gebrek aan urgentie en prioritering

Vier respondenten benoemen dat medewerkers de noodzaak niet inzien omdat ze de doelgroep als ‘te klein’ beschouwen. *“Veel vinden die groep te klein. Met name bij digitale vaardigheden. Dan moest ik mijn collega’s wel echt flink mobiliseren en laten inzien dat het wel belangrijk is.”* Vrijwel alle respondenten melden dat er sprake is van conflicterende prioriteiten waardoor het thema minder prioriteit en urgentie krijgt. Binnen zorgorganisaties spelen thema’s zoals personeelstekort en duurzaamheid. Hierdoor is het voornamelijk in grotere zorgorganisaties lastiger om het goed in de organisatie te positioneren. *“Maar er spelen nu zoveel andere thema’s binnen organisatie waardoor gezondheidsvaardigheden niet top of mind is en wordt, dat maakt het wel lastiger werken.”* Dit zorgt er ook voor dat er minder tijd en geld wordt vrijgemaakt, of dat dit wordt verdeeld onder meerdere thema’s. Een gebrek aan urgentie zorgt er ook voor dat er vanuit de organisatie geen gefundeerde motivatie is, zo benoemde een respondent:

“Het voelde nog steeds als een soort “moetje” voor de organisatie, van ja “we moeten het doen”. Want het was best wel gestuurd vanuit de het ministerie. Daarom is uiteindelijk die werkgroep wel uitgebloed omdat iedereen niet echt de noodzaak ervan inzag.”

Tijd en financiële middelen

Zeven respondenten benoemen tijdsgebrek als veelvoorkomende barrière. Hierbij gaat het om het ontvangen van tijd voor het uitvoeren van activiteiten vanuit leidinggevenden, maar ook de hoge werkdruk en tijdsgebrek van andere medewerkers uit de organisatie. Zo benoemen twee respondenten dat het hierdoor moeilijker is om kennis over te brengen bij collega’s zoals verpleegkundigen omdat die minder tijd hebben voor scholingen. Ook bemoeilijkt het de interne samenwerking, wat belangrijk is voor een organisatie brede impact.

“Het is bij deze rol belangrijk om voldoende input te krijgen van anderen uit de zorg en van anderen uit de organisatie, en ook over de onderdelen waarbij het voor afdelingen nog juist heel moeilijk is. Nou ja, dat daar zit nu juist ook het probleem dat ze daar geen tijd voor hebben nog niet hebben.”

Verder benoemen de respondenten dat ze moeite hebben met het krijgen van voldoende tijd om hun aanjagersrol te vervullen. Volgens de respondenten komt dat doordat ze op projectbasis werken en het niet is opgenomen in het beleid. *“Je merkt doordat er niet per se uren vanuit ons gereserveerd zijn, het ook lastig is om daar echt tijd voor vrij te krijgen, want is het dat je op projectbasis werkt, dus uren worden vrijgemaakt voor een bepaald project of voor een bepaalde pijler in een strategisch jaarplan.”*

Vier respondenten benoemen geld/budget als belangrijke barrière. Beperkte financiële middelen maken het moeilijker om effectieve activiteiten initiëren. De kosten van externe expertise en trainingen vormen een drempel. Zo is het scholen van medewerkers en het in huis halen van professionele expertise, zoals die van Pharos, vaak kostbaar. Twee respondenten benoemde dat beperkt budget een obstakel is voor het inhuren van expertise en een drempel vormt voor kennisoverdracht. Daarnaast is het moeilijk om die financiële investering te onderbouwen aan collega’s als niet duidelijk is wat het oplevert.

Zo had een respondent graag een trainer ingehuurd voor het scholen van medewerkers in begrijpelijke en inclusieve communicatie, maar kreeg hier geen steun voor vanuit het management vanwege de kosten. *“Ja, het lastige is dat, er goede trainingen zijn vanuit Pharos, alleen vaak kost*

alles toch wel geld, wat natuurlijk ook logisch is. Alleen je merkt dat daardoor vaak dat soort dingen niet gerealiseerd kunnen worden, omdat er toch niet genoeg budget is."

Gebrek steun en mandaat management & directie

De opgehaalde data benadrukken ontoereikende steun vanuit de managementlaag en het ontbreken van expliciet beleid als een belemmerende factor. Volgens de respondenten komt dit onder andere door het gebrek aan prioriteit en het tekort aan kennis en bekendheid over het thema en de uitvoering van de verandering. Volgens respondenten is steun van het management essentieel voor het krijgen van mandaat en middelen om veranderingen door te voeren. Ter illustratie, benoemt een respondenten dat het gebrek aan steun ervoor had gezorgd voor twijfels en onzekerheid over haar rol als Health literacy champion.

Ontbreken van expliciet beleid en concrete handvaten en kaders

Het thema gezondheidsvaardigheden opnemen in het beleid is één van de kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie. De respondenten waarbij het thema niet in het beleid is opgenomen benoemen dat hun initiatieven niet de benodigde prioriteit en middelen krijgen. Vaak krijgen projecten pas uren toegewezen als ze onderdeel zijn van strategische jaarplannen. Bovendien zorgt het ontbreken van vermelding in strategische beleidsstukken ervoor dat veranderinitiatieven en duurzame implementaties niet alle afdelingen en organisatielagen bereiken en wordt toegepast. Bij de respondenten waarbij het thema wel is opgenomen in het beleid, is volgens vier respondenten het thema te vrijblijvend of impliciet beschreven. Hierdoor ervaren ze te weinig kaders en duidelijke afspraken waardoor de initiatieven veelal ad-hoc zijn en minder duurzaam. Daarbij zorgt dit voor beperkte voortgang en ruimte/middelen. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

"Het is bevorderend als het MT hierin meegaat, maar in de praktijk betekent het nogal wat. Dus het is wel een speerpunt maar wordt er niet beseft wat dat betekent qua tijd, middelen, denkwijze, organisatie meekrijgen." En "Ik denk dat de managers wel zullen zeggen dat de kaders duidelijk zijn, maar het mag wel explicieter en vooral ook actiever, dus wij vragen nu vooral en ze laten het aan ons over. Maar ze zijn dus niet heel pro-actief."

Bij één respondent is het thema een klein onderdeel van een groter speerpunt, hierdoor ligt de focus er niet volledig waardoor ze niet de tijd en prioriteit krijgen.

"Doordat het niet daadwerkelijk een pijler is geworden, is het ook lastig om binnen ons team uren ervoor vrij te maken. Dus we proberen er echt heel hard aan te werken, alleen we hebben gewoon echt meer tijd nodig vanuit hogere hand om het daadwerkelijk verder uit te rollen."

Organisatiestructuur en cultuur:

De respondenten benoemen dat een hiërarchische organisatiestructuur en cultuur zorgt voor vertraging van de voortgang en bemoeilijkt het besluitproces. De vele organisatielagen en afdelingen bemoeilijken interne samenwerking en samenwerking met aanjagers per afdeling. Één respondent gaf als voorbeeld dat door de vele "eilandjes" iedere afdeling die een actie wil uitvoeren ten behoeve van gezondheidsvaardigheden hulp nodig heeft van zo'n drie verschillende loketten.

"Omdat er vaak ingewikkelde processen, beleidskeuzes of allerlei grenzen aan software waar je soms tegenaan loopt waardoor niet alles even makkelijk is op te pakken en waardoor het soms ook best wel een langdurig proces is."

Volgens één respondent is de cultuur vrij open, maar ook wel om het af te bakenen door te kijken naar jaarplannen. Door twee andere respondenten wordt genoemd dat binnen hun afdeling collega's niet open staan voor verandering, dit ervaren ze als lastig. *"Als ik verandering initieer wordt dan eigenlijk niet zo gewaardeerd, dan hoor ik terug; Dit is hoe we het altijd doen, en zo hoort het.."*

Gebrek kennis, herkenning en onbekendheid

Alle tien de respondenten benoemen dat een significante belemmering voor hun rol, een tekort aan kennis bij collega's is. Deze kennisgebreken leiden ertoe dat de noodzaak van probleem onvoldoende wordt herkend en erkend, wat wordt gesterkt door verschillende denkwijzen en referentiekaders.

“Die herkenning die mis je heel erg bij je collega's. Ook omdat ze gewoon ook die kennis niet hebben”. Respondenten ervaren dat anderen denken dat de doelgroep een ‘maar een klein percentage’ is of helemaal niet bij hen voorkomt. Dit resulteert in een gebrek aan erkenning en urgentie van het probleem, waardoor het moeilijker wordt om draagvlak te creëren. Daarnaast benoemen vier respondenten dat het (h)erkennen van het probleem wordt bemoeilijkt door andersdenkende en verschillende referentiekaders.

“En eerlijk gezegd denk ik dat we toch wel heel erg in een witte, hoogopgeleide bubbel zitten met z'n allen en dat we daardoor ook niet goed zien hoe het anders kan en is het erg lastig om je goed voor te stellen hoe is het als je beperkte vaardigheden hebt.”

Twee respondenten die onderzoeker zijn, benoemen dat het uitvoeren van inclusief en het hiervoor werven van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden een barrière is. *“als je de mensen belt voor deelname van een onderzoek, merk ik dat de wetenschappelijke taal moeilijker aansluit bij die groep mensen”*, door een mismatch in communicatie en onbekendheid kost het voor onderzoekers meer tijd om deze groep te bereiken. Dit werd door een respondent omschreven als het *“een snoek willen vangen, maar een karper vijver gaan vissen.”* Verder benoemen drie respondenten dat ze moeite hebben met het bereiken en betrekken van de doelgroep, bijvoorbeeld om in co-creatie materiaal te ontwikkelen.

Ruwe resultaten PLA-tools:

3.1. Wat ervar/voorzie je als een barrière voor een aanjager bij het gezondheidsvaardiger maken van je eigen organisatie?

1. Effect/succes moeilijk meetbaar
2. Cultuurorganisatie sterk intern gericht, geen “burger centraal”
3. Beperkt besef van eigen onvermogen
4. Onvoldoende informatie
5. Feiten niet paraat hebben
6. Dat er meerdere aanjagers nodig zijn voor verschillende afdelingen
7. Laag in de hiërarchie mogelijk minder impact
8. Kwetsbaarder voor het uitspreken/delen van andere mening
9. Ja maar cultuur
10. Andere prioriteiten
11. Uitspreken/ een andere mening hebben is kwetsbaar.
12. Een sociaal onveilige cultuur
13. Groep meenemen in volgende stap
14. Urgentie besef mist
15. Wordt als “extraatje” gezien of als “moetje”
16. Urgentie
17. Het wordt niet ervaren als iets waar iets mee moet
18. Te weinig besef van rol
19. Beperkte communicatieve vaardigheden
20. Moeilijk om doelgroep te betrekken
21. Kennis over deze doelgroep ontbreekt
22. (Politieke) besluitvorming (de wet van de verminderde meeropbrengst)
23. Te weinig daadkracht
24. Dokters die weinig tijd hebben
25. Onvoldoende tijd
26. Geld

3.2 Wat ervar/voorzie je als een barrière voor een aanjager bij het gezondheidsvaardiger maken van je eigen organisatie?

1. Onbekendheid, dus waren vragen, MT? Onbekend maakt onbemind
2. Vanwege onbekendheid wordt het doorgeschoven
3. Onbewust onbekendheid van grote groep die het niet snapt/kan
4. Moeilijke confrontatie (onder ogen zien) dat er al jaren wordt ingezet terwijl een flinke groep dit niet snapt
5. Een nieuw thema, hoort bij niemand, past nergens tussen
6. Gezondheidsvaardig is abstract, niet in 1x duidelijk, "niet pakkend"
7. Groot thema, wordt gezien als te veel
8. Waar te beginnen in zo'n enorme organisatie?
9. Stugge organisatie
10. Organisatie begrijpt noodzaak maar hoe aan te passen?
11. Als aanjager tijd krijgen voor onderzoek hoe te veranderen
12. "We richten ons eerst op de 80% die het wel begrijpt"
13. Geen tijd
14. Geen geld
15. Geen prioriteit
16. Tijd, mensen hebben het te druk met "eigen" werk
17. Financiën

5.4 Behoeften van Health literacy champions

Uit de analyse van de interviews en PLA-resultaten zijn meerdere behoeften naar voren gekomen. De Health literacy champions voornamelijk behoefte aan de volgende punten:

Behoeftte steun van organisatie en doorvertaling beleid

Vier respondenten dat ze behoefte hebben aan meer steun en sturing van bovenaf door het management. Er is behoefte aan dat het thema staat opgenomen in het beleid, dan wel het thema explicieter opnemen met formaliseerde afgestemde kaders en doelen. Daarnaast is er behoefte aan meer initiatief en sturing vanuit het management opdracht basis van de opgestelde doelen en opdracht. Dit omvat het vaststellen van beleid dat prioriteit geeft aan gezondheidsvaardigheden en het ontwikkelen van richtlijnen en doelen om de implementatie te sturen.

"Eerst moet het belang bij MT doordrongen worden, moeten zij de opdracht geven en een plan maken en niet andersom. Wij deden gewoon die praktijk check van Pharos, want we dachten dat is zinvol en eigenlijk hadden we MT nog niet helemaal mee om ook daadwerkelijk met dit thema aan de slag te gaan."

Daarnaast is er behoefte aan meer initiatief en sturing van bovenaf om het thema organisatie breed te borgen. Eén respondent stelde:

"Nu is het namelijk erg afhankelijk van de persoon zelf en dat wil je niet bij zo'n belangrijk thema als dit. Je wilt dit echt veel belangrijker maken en borgen. Ik denk dat we dan minder 'zwemmen' als dat op een hoog niveau geregeld wordt."

Behoeftte tijd

Zeven respondenten hebben behoefte aan meer tijd om activiteiten uit te voeren en om interne samenwerking te faciliteren. Dit betekent niet alleen meer tijd voor de champions zelf, maar ook tijd van andere medewerkers om samen te werken en betrokken te zijn bij activiteiten rondom gezondheidsvaardigheden en voor scholingen. Twee respondenten benoemen specifiek de behoefte aan 'aanjagers' op meerdere organisatielagen en afdelingen om het thema breed gedragen te krijgen

"Ik denk dat je wil je echt iets met gezondheidsvaardigheden, heb je tijd nodig van je zorgverleners die je er echt bewust mee zijn, maar ook tijd voor maken om het bespreekbaar te maken. Dus prioriteiten heb is eigenlijk nodig."

Behoeft budget

Daarnaast benoemen drie respondenten dat ze behoefte hebben aan meer budget en capaciteit voor het uitvoeren van bredere en effectievere activiteiten, evenals de mogelijkheid om externe kennis en expertise in te huren. Dit omvat het financieren van trainingen, het aanschaffen van benodigde materialen, en het inhuren van externe consultants of experts die specifieke kennis kunnen bieden.

Behoeft onderzoek over thema, doelgroep en effectmeting

Vier respondenten hebben de behoefte aan meer onderzoek naar de doelgroep en naar succesvolle strategieën die aansluiten bij de doelgroep en het gewenste effect. Dit omvat onderzoek naar effectieve methoden en benaderingen, zoals casestudies en best-practices die kunnen dienen als leidraad.

“Literatuuronderzoek over welke vorm van co-creatie of participatie het best past bij wat jij wilt bereiken, of Bijvoorbeeld literatuur over als je een filmpje wilt uittesten, wat het beste werkt zou mij helpen.”

Daarnaast is er behoefte aan meer kennis en onderzoek over de gevolgen van het thema om urgentie en draagvlak te creëren en om de boodschap beter te kunnen onderbouwen naar de organisatie.

“Ik kan het dus niet helemaal staven en daar zou ik echt nog meer cijfers over willen hebben. Want dan kan ik het ook beter overbrengen, want als het bijvoorbeeld om 60% van die dag gaat, zien ze een hele andere urgentie.”

De vier respondenten benoemen ook de behoefte aan onderzoek over het effect en gestandaardiseerde effectmetingen om de impact van de initiatieven te evalueren en de baten inzichtelijker te maken.

“Directieleden vinden het ook altijd wel heel fijn om iets te weten van wat voor effect gaat het dan hebben als ze er dan tijd en geld in gaan stoppen.”

Behoeft persoonlijke ontwikkeling en vaardigheden:

Drie respondenten hebben behoefte initiatieven gericht op persoonlijke ontwikkeling en het versterken van persoonlijke vaardigheden, om zich zekerder te voelen zoals: Communicatieve vaardigheden, Strategisch inzicht, Projectmanagement, Omgaan met weerstand, verandermanagement en ontwikkelen van kennis over het thema en rol.

“Terugkomend op de vraag of ik mezelf een aanjager voel: ik denk dat een training had kunnen helpen, bijvoorbeeld hoe je de organisatie meekrijgt als je alleen bent, zodat je niet opgeeft omdat je eenzaam voelt. Ik denk dat veel zichzelf niet als aanjager zien omdat ze onderweg, vooral in het begin, tegen veel obstakels aanlopen en het als een faalervaring zien. Je moet daarin echt geempowerd worden om te weten dat dit erbij hoort en normaal is.”

Goede voorbeelden en concrete/tastbare handvaten

vijf respondenten hebben behoefte aan concrete handvaten en voorbeelden van activiteiten. Zo benoemen drie respondenten benieuwd te zijn van concrete voorbeelden van activiteiten, en al bestaande voorbeelden kunnen gebruiken als handvaten om te voorkomen dat ze eerst zelf het ‘wiel moeten uitvinden’. Ook noemt een respondent behoefte te hebben aan concrete voorbeelden van acties wat niet te veel budget kost. Daarnaast benoemt een respondent behoefte te hebben aan voorbeelden van begrijpelijk en toegankelijk materiaal en concrete handvaten om dit zelf te maken. Tot slot noemen twee respondenten dat ze extra ondersteuning willen in het zichtbaarder en concreter/tastbaarder maken van de doelgroep. Hierdoor kunnen ze gerichtere interventies toepassen en helpt het bij de bewustwording van anderen.

“Maar ook dat er een andere organisatie die gezondheidsvaardig is bij ons komt vertellen welke stappen ze hebben gezet en wat ze hebben gedaan. Dus een soort good practice zien, zodat het ook wat tastbaarder wordt.”

“ Bijvoorbeeld animatievideo's die super toegankelijk zijn of als voorbeeld voor de organisatie van hé, dit is echt een super goede video, dus als je iets wil maken zorg dan dat het hieraan voldoet.”

Behoeft materiaal en tools

Respondenten gaven aan dat PowerPoints met relevante cijfers, verhalen, video's en fotobeelden van de doelgroep kunnen helpen om bewustwording te vergroten, en dat innovatieve tools zoals escapekoffer effectief zijn voor bewustwording en daar graag meer van willen. Twee respondenten benoemen behoefte te hebben aan begrijpelijk materiaal die ze gemakkelijk kunnen overnemen zoals pictogrammen Tot slot wordt door één respondent de behoefte aan specifieke toolkits voor ziekenhuizen genoemd.

Samenwerken doelgroep

Twee respondenten hebben behoefte aan een meer of een verbeterde samenwerking met de doelgroep. Hierbij is er behoefte aan een toegankelijker groep voor samenwerken bij het ontwikkelen van materiaal. Daarbij behoefte aan materiaal en/of scholingen voor bewustwording waarbij de ervaring van de doelgroep centraal staat, daarnaast het zichtbaar maken van de behoeftes van de doelgroep, en tot slot meer kennis over hoe de doelgroep te bereiken en te betrekken. Twee respondenten zien hier een rol in voor Pharos.

“Het is eigenlijk een te hoge drempel om taalambassadeurs langs te laten komen, die even kunnen meelesen of kunnen meedenken, dus dat je een toegankelijker club hebt om te benaderen. En ik denk dat Pharos dat goed kan faciliteren. ”

“Ik denk dat Pharos daar ook wel meer ik kan doen om die groep meer en beter te betrekken, en te achterhalen waar de behoefte van de doelgroep ligt.”

Netwerk en samenwerken externen

zeven respondenten hebben behoefte aan een netwerk en meer samenwerking met externe organisaties en externe Health literacy champions. Er is behoefte aan een netwerk waar er ruimte is om onderling ervaringen, (concrete) activiteiten en voorbeelden uit te wisselen. Samenwerking en een netwerk kan ervoor zorgen dat er tijd, geld en mankracht wordt verspild om onderling kennis te delen en krachten te bundelen. Tot slot zorgt het voor een grotere invloed en impact die domeinen en organisaties overstijgt.

“Want nu moet je wel vanaf 0 beginnen terwijl er wel al draaiboeken of werkvormen zijn die kan inzetten en die je dan niet zelf hoeft uit te vinden en tijd in te stoppen’

Centrale plek

Drie respondenten hebben behoefte aan centrale en toegankelijke platformen. De geïnterviewden zien het belang in van een centraal platform waar kennis en ervaringen gedeeld kunnen worden en waar men (professioneel) advies en expertise kan vragen. Een dynamische en makkelijk toegankelijke kennisbasis van expertorganisaties zoals Pharos zou hen helpen om snel de juiste informatie en ondersteuning te vinden zonder veel tijd te investeren in het zoeken naar antwoorden. Ze willen dat de kennis van expertiseorganisaties dynamischer en toegankelijker is.

Ruwe resultaten PLA-tools:

4.1. Wat zou je nodig hebben om je rol als aanjager beter te kunnen vervullen?

1. Tijd
2. Netwerk
3. Motivatie
4. Motiverende houding
5. Vriendelijke houding
6. Pro-actieve houding
7. Begrip hebben voor anderen hun standpunten en kunnen ombuigen
8. Handvaten om aan de slag te gaan (toolbox)
9. Kennis/training
10. Kennis over hoe eigen organisatie en wie/wat doet
11. Support MT
12. Steun van manager/directie
13. Uitleg aan collega's, in eerste instantie bewuste positie/pioniersfunctie
14. zich veilig voelen
15. aanjaag maatje

4.2 Wat zou je nodig hebben om je rol als aanjager beter te kunnen vervullen?

1. Tijd
2. Tijd en geld
3. Draagvlak MT/directie
4. Durven praten en goed kunnen praten
5. Prioriteit krijgen tussen veel andere belangen en doelen
6. Meer medestanders
7. Supporters/medestanders
8. Plek om vragen te kunnen stellen
9. Voorbeelden
10. "gereedschap"
11. Tips over hoe je andere over de streep trekt
12. Sociaalvaardig
13. Zelfvertrouwen
14. Cursus/opleiding over beperkte gezondheidsvaardigheden

6 Conclusie

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de gestelde deelvragen en de onderzoeksvraag:

‘Welke rol hebben aanjagers binnen organisaties bij de transitie naar een gezondheidsvaardige organisatie en wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren die hierbij een rol spelen, met als doel het verkrijgen van inzicht voor passende ondersteuning?’

Health literacy champions zijn uit verschillende lagen van de organisatie, die gedreven worden uit door intrinsieke motivatie om de eigen organisatie begrijpelijker en toegankelijker te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. De activiteiten omvatten het agenderen van het thema, het aanpassen van communicatiemateriaal, het creëren van draagvlak en bewustzijn, en het delen van kennis en ervaringen. Deze Champions onderscheiden zich door eigenschappen als doorzettingsvermogen, overtuigingskracht, verbindend vermogen en out-of-the-box denken.

Op basis van de resultaten blijkt dat interne samenwerking, externe samenwerking, de oprichting van werkgroepen, het bijhouden van positieve effecten, maatschappelijke trends, praktische tools en benaderingen, steun van het management/directie, en toereikende tijd, middelen, autonomie en kennis allen cruciale factoren zijn die bijdragen aan het succes van het gezondheidsvaardiger maken van organisaties. Een brede benadering, waarbij zowel interne als externe samenwerking wordt gestimuleerd, ondersteund door praktische tools en het management, is van essentieel belang voor effectieve implementatie en duurzame verandering binnen organisatie.

Een gebrek aan kennis over de effecten en opbrengsten van aanpassingen, samen met een tekort aan urgentie en prioritering binnen de organisatie, vormen belangrijke obstakels. Bovendien worden tijdgebrek en beperkte financiële middelen genoemd als veelvoorkomende barrières, waardoor het lastig is om effectieve activiteiten te initiëren en uit te voeren. Daarnaast ontbreekt het vaak aan steun en mandaat vanuit het management en ontbreken expliciete beleidskaders en handvaten. Als steun en beleid er wel is, is er moeite met doorvertaling naar concrete opdracht met handvaten en kaders en bijhorende tijd en budget. De organisatiestructuur en -cultuur dragen ook bij aan vertraging en bemoeilijken het besluitvormingsproces. Tot slot, het gebrek aan kennis, erkenning en bekendheid over gezondheidsvaardigheden versterkt het probleem, waardoor draagvlak creëren moeilijker wordt.

De resultaten wijzen op de cruciale behoefte van Health literacy champions aan organisatorische steun, inclusief beleidsintegratie, tijd, budget en capaciteit voor activiteiten en onderzoek. Persoonlijke ontwikkeling, concrete handvaten en voorbeelden zijn essentieel, samen met samenwerking met de doelgroep en externe partners. Toegankelijk materiaal en centrale platformen zijn van belang, waarmee een holistische aanpak hun rol effectiever kan maken en de bevordering van gezondheidsvaardigheden kan versterken.

Beantwoording hoofdvraag

Health literacy champions spelen een cruciale rol bij het bevorderen van gezondheidsvaardigheden binnen organisaties, en worden gekenmerkt door activiteiten zoals agenderen van het thema, verandering initiëren en het creëren van draagvlak en bewustzijn. Belangrijke bevorderende factoren zijn interne en externe samenwerking, steun van het management en praktische tools. Hierin blijkt een onderscheid te zijn tussen randvoorwaarden en helpende factoren. De helpende factoren zijn elementen die de uitvoering van hun rol vergemakkelijken, terwijl de randvoorwaarden zoals tijd, vrijheid, bewustzijn en het onderkennen van de noodzaak, noodzakelijke bouwstenen zijn die moeten worden gelegd voordat helpende factoren effectief kunnen worden ingezet. De belemmeringen zoals gebrek aan kennis en steun, tijdgebrek en beperkte middelen hinderen hun inspanningen. Om hun rol te versterken, hebben Champions behoefte aan organisatorische steun, persoonlijke ontwikkeling en concrete handvaten, evenals samenwerking met interne en externe partners. Een holistische aanpak, ondersteund door toegankelijk materiaal en centrale platformen, zal hun effectiviteit vergroten en bijdragen aan een gezondheidsvaardigere organisatie en op die manier de zorg voor individuen met beperkte gezondheidsvaardigheden verbeteren en het bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen

7 Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie beschreven volgens de methode en structuur van Scharwächter (2023).

In dit onderzoek werd onderzocht welke rol Health literacy champions hebben bij de transitie naar een gezondheidsvaardige organisatie en welke belemmerende en bevorderende factoren hierbij meespelen, met als doel het verkrijgen van inzicht voor passende ondersteuning van champions. De resultaten laten zien dat Health literacy champions een cruciale rol spelen bij de transitie naar een gezondheidsvaardige organisatie. Ze bevorderen bewustzijn, initiëren veranderingen en creëren draagvlak. Belangrijke bevorderende factoren zijn samenwerking, steun van het management en praktische tools. De belemmeringen zoals gebrek aan kennis en steun, tijdgebrek en beperkte middelen hinderen hun inspanningen. Om hun rol te versterken, hebben Champions behoefte aan organisatorische steun, concrete handvaten, evenals samenwerking met interne en externe partners, ondersteund door toegankelijk materiaal en centrale platformen.

De bevindingen van de rol van de champions komen overeen met eerdere onderzoeken naar de rol, activiteiten en kenmerken, die zijn beschreven in hoofdstuk 3. Dit onderzoek onderstreept de kenmerken en het belang van de champions. Verder toont dit uitgevoerde onderzoek aan dat er een duidelijk onderscheid valt te maken tussen helpende factoren en randvoorwaarden. De randvoorwaarden zijn essentiële bouwstenen voordat helpende factoren effectief kunnen worden ingezet. Bijvoorbeeld; zonder tijd, steun in beleid en bewustzijn kunnen interne samenwerkingen of initiatieven/tools niet optimaal worden benut. Daarbij hebben deze randvoorwaarden een wisselwerking en beïnvloeden elkaar. Dit betekent dat het creëren van een omgeving waarin de randvoorwaarden zijn vervuld een noodzakelijke stap is voordat de helpende factoren effectief kunnen worden ingezet. De champions ervaren de rol en verandering een traag proces waarbij geduld belangrijk is. De genoemde barrières die ze verder ervaren komen allemaal overeen met onderzoek van Farmanova (2018) naar de 'key barriers to organizational health literacy'. De behoefte van meer steun en inzet van beleidsniveau zijn in lijn met de onderzochte barrières. Tot slot zijn de resultaten op de deelvragen van de interviews in lijn met de resultaten van de PLA-sessies.

Er moet rekening worden gehouden dat het doel van dit onderzoek, het verkrijgen van inzicht voor passende ondersteuning en een doorvertaling naar adviezen aan Pharos was. Tijdens de kwalitatieve dataverzameling is data verwerkt die mogelijk verminderd bruikbaar zijn voor Pharos. In dit onderzoek was het plan om twaalf interviews af te nemen waarvan tien half gestructureerde interviews zijn uitgevoerd wat de steekproefomvang verkleinde en mogelijk de representativiteit van de resultaten heeft beperkt. Het gebruik van een selecte steekproef introduceert bovendien een kans op bias, aangezien de geselecteerde respondenten mogelijk niet volledig representatief zijn voor de bredere populatie van Health literacy champions. Deze beperkingen kunnen invloed hebben op de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Daartegen biedt de half-gestructureerde aard van de interviews een diepgaander inzicht waardoor rijke en gedetailleerde data is verzameld en is door variabiliteit in functieprofiel en soort organisatie de populatie breder onderzocht.

In het zoekplan was de beperking van literatuur voorafgaand gesteld op vijf jaar, waarbij enkele keren is afgeweken wegens ontoegankelijkheid of inhoudelijke waarde. Bij het afwijken is de uitgever of het aantal geciteerde door anderen in acht genomen.

Om de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen, zijn verschillende methoden toegepast. Er is gebruik gemaakt van een participatieve sessie waarbij tweeëndertig respondenten antwoord gaven op vooraf gestelde vragen. De interviewvragen zijn voorafgaand beoordeeld door

drie collega's van Pharos om de formulering te verbeteren en sociaal wenselijke antwoorden te vermijden en begripsvaliditeit te waarborgen. De onderzoeker heeft een interne training gevolgd over het afnemen van interviews om de consistentie en professionaliteit te waarborgen. Daarnaast is gebruik gemaakt van de kans op member checking, wat de nauwkeurigheid en representativiteit van de gegevens verhoogde. Iteratie werd toegepast door de data in meerdere rondes te analyseren, wat de betrouwbaarheid van de bevindingen versterkte. Ethische overwegingen werden in acht genomen; deelnemers werden geïnformeerd over het doel van het onderzoek en hun anonimiteit werd gegarandeerd. Informed consent werd verkregen van alle deelnemers. Er is in dit onderzoek gekozen om de term 'Health literacy champions' te gebruiken in de schriftelijke uitwerking. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek waren betrokkenen en de onderzoeksgroep vonden ze deze woordkeuze niet altijd passend waardoor ook wel het woord 'aanjager' is gebruikt.

Met dit onderzoek kan Pharos inzicht verkrijgen in de rol van Health literacy champions en de behoefte die er is aan ondersteuning. De voortvloeiende aanbevelingen zijn gepresenteerd aan Pharos.

8 Literatuurlijst

- Ayre, J., Zhang, M., Mouwad, D., Zachariah, D., McCaffery, K., & Muscat, D. M. (2023). Systematic review of Health literacy champions: who, what and how? *Health Promotion International*, 38(4). <https://doi.org/10.1093/heapro/daad074>
- Battilana, J., & Casciaro, T. (2020). Change Agents, Networks, and Institutions: A Contingency Theory of Organizational Change. *Academy of Management Journal/the Academy of Management Journal*, 55(2), 381–398. <https://doi.org/10.5465/amj.2009.0891>
- Brach, C. (2017). The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System improvement. *PMC*.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*, 02(6). <https://doi.org/10.31478/201206a>
- Bussemaker, J., Jongers, T. '., & Vonk, R. (2021). Gezondheidsverschillen voorbij. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 99(1), 36–39. <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00291-7>
- Carter, A. J. (2022). The role of grassroots community organizations in transforming healthcare systems to achieve health equity. *Healthcare Management Forum*, 35(6), 328–332. <https://doi.org/10.1177/08404704221114723>
- Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2014). *Organization Development and change* (10th ed.). Cengage Learning.
- Dietscher, C., & Pelikan, J. (2015). Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. *Prävention Und Gesundheitsförderung*, 11(1), 53–62. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0523-0>
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry*, 55, 004695801875784. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Gosling, L., Edwards, M., & INTRAC. (2017). *Participatory Learning and Action (PLA)*. <https://www.intrac.org/wp-content/uploads/2017/01/Participatory-learning-and-action.pdf>
- Heijmans, M., Zwikker, H., Van der Heide, I., & Rademakers, J. (2016). NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat.: Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? In *NIVEL*. NIVEL. https://elearning.ntvt.nl/uploads/ntvt/artikel/kennisvraag_zorg_op_maat.pdf
- Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., & De Winter, A. F. (2021). Outcomes and Critical factors for Successful implementation of Organizational health literacy Interventions: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11906. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211906>

- Kotter, J. P. (2014). *Accelerate: Building Strategic Agility for a Faster-Moving World*. Harvard Business Review Press.
- Lemmers, L., & De Greeff, J. (2020). Gezond gedrag en gedragsverandering. In *Gezondheidsbevordering en leefstijl* (2nd ed., pp. 48–59). Boom Uitgevers.
- Loketgezondleven.nl. (n.d.). *Cijfers en feiten gezondheidsverschillen*.
<https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/cijfers-en-feiten>
- Loketgezondleven.nl. (2023). *Cijfers en feiten gezondheidsverschillen*. Retrieved May 3, 2024, from <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/cijfers-en-feiten#:~:text=Gevolgen%20gezondheidsverschillen&text=Gezondheidsverschillen%20zijn%20van%20invloed%20op,hets%20economische%20en%20maatschappelijk%20leven>.
- ManagementSite. (n.d.). *Wat is een change agent? - ManagementSite*. Retrieved March 11, 2024, from <https://www.managementsite.nl/tql/management/verandermanagement/wat-is-een-change-agent>
- Merkus, J. (2023, December 18). *Het model van Lalonde | Uitleg & Voorbeelden*. Scribbr.
<https://www.scribbr.nl/modellen/model-van-lalonde/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Gezondheid breed op de agenda: Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024*. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-4b47ffb9-76f1-4550-8c07-846124b42818/pdf>
- Movisie. (2019, September 4). *Sociaaleconomische verschillen: hoe dichtten we de kloof?* Retrieved March 12, 2024, from <https://www.movisie.nl/artikel/sociaaleconomische-verschillen-hoe-dichten-we-kloof>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). Stand van de zorg 2023. In *NZa.nl*. Retrieved March 10, 2024, from https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_750647_22/
- Nivel. (2022). *Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021*. Retrieved May 4, 2024, from <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004162.pdf>
- Participatory Learning and Action (PLA) | Participatory Methods*. (n.d.).
<https://www.participatorymethods.org/glossary/participatory-learning-and-action-pla>
- Pharos. (2021). *Samenhang armoede, schulden en gezondheid*. Infographic Pharos.
https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2021/11/JH_Pharos_armoede_kaart_print-A4_geen-snijtekens_v2.pdf
- Pharos. (2023, May 9). *Discriminatie in de zorg leidt tot een slechtere gezondheid*. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.pharos.nl/discriminatie-in-de-zorg-gezondheid/>
- Pharos. (2024a). *Alles wat je moet weten over gezondheidsverschillen - Pharos*. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.pharos.nl/weekvandegezondheidsverschillen/alles-wat-je-moet-weten-over-gezondheidsverschillen/>
- Pharos. (2024b, March 18). *Samen aan de slag met Deltaplan tegen Gezondheidsverschillen*. Retrieved May 1, 2024, from <https://www.pharos.nl/nieuws/samen-aan-de-slag-met-deltaplan-tegen->

gezondheidsverschillen/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwrvyxBhAbEiwAEg_KgqGj5g-zdTRmExyPYNAyUtwlx4-V_bqop3mh6xS-yLYUYHoRpmMxProCIDYQAvD_BwE

Pleasant, A. (2014). Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better health and health system performance. *Journal of Health Communication, 19*(12), 1481–1496. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.954083>

Raad van Volksgezondheid&Samenleving. (2020, October 2). *Gezondheidsverschillen voorbij, complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. GezondheidsVerschillen Voorbij. <https://adviezen.raadvsv.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>

Radwan, A. (2020). Lead transformational change, minimize resistance with 8-step model. *Dean and Provost, 21*(7), 1–5. <https://doi.org/10.1002/dap.30693>

RIVM. (2020). *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg : Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten*. <https://doi.org/10.21945/rivm-2020-0060>

Scharwächter, V. (2023, February 23). *Discussie schrijven voor je scriptie | Inclusief voorbeeld*. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/discussie-scriptie/>

Smith, S. G., Curtis, L. M., Wardle, J., Von Wagner, C., & Wolf, M. (2013). Skill Set or Mind Set? Associations between Health Literacy, Patient Activation and Health. *PloS One, 8*(9), e74373. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074373>

Sørensen, K. (2020). Health literacy champions. In *New Approaches to Health Literacy* (pp. 291–302). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30909-1_15

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Słóńska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek Methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (2nd ed.). Boom uitgevers.

Verhoeven, N. (2023). *Thematische analyse: patronen vinden bij kwalitatief onderzoek* (2nd ed.). Boom uitgevers.

Vleeshouwers, L. (2023, October 30). *Hoe gebruik je de Gap-analyse in je scriptie?* Scribbr. <https://www.scribbr.nl/modellen/gap-model-servqual/>

WHO. (n.d.). *Improving health literacy*. Retrieved March 4, 2024, from <https://www.who.int/health-promotion/enhanced-wellbeing/improving-health-literay>

WHO. (2013a). *Health literacy: The Solid Facts*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1241786/retrieve>

WHO. (2013b). *Health literacy: The Solid Facts*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1>

9 Bijlagen

9.1 PLA-tool

PLA-tool Uitleg volgens: <https://www.intrac.org/wpcms/wp-content/uploads/2017/01/Participatory-learning-and-action.pdf>

Participatory Learning and Action (PLA) is a type of qualitative research. It is used to gain an in-depth understanding of a community or situation, and is always conducted with the full and active participation of community members. PLA is applied through a range of participatory tools and approaches. It is also a philosophy that emphasises reversals in power relations between communities and outsiders. Participatory Learning and Action (PLA) is a type of qualitative research, which can be used to gain an in-depth understanding of a community or situation. It is widely used in work involving local communities. PLA is a participatory methodology, and should always be conducted with the full and active participation of community members. The main purpose of PLA is to support people within communities to analyse their own situation, rather than have it analysed by outsiders, and to ensure that any learning is then translated into action (Gosling and Edwards 2003). PLA was originally called Participatory Rural (or Rapid) Appraisal (PRA). It became very popular in the 1980s and 1990s, and has since kept its popularity with many CSOs. PRA was originally designed for use during appraisals and needs assessments in rural areas. However, it can be used at any stage of the project cycle – design, planning, monitoring, review and evaluation – and is now used in urban as well as rural areas. The name was changed to Participatory Learning and Action (PLA) to reflect its broader application, and to emphasise that the process is designed to help set in motion locally-led action. PLA can be described in two different, complementary ways. Firstly, it is a philosophy and a way of thinking that emphasises reversals in power relations between communities and outsiders (such as researchers, evaluators or programme planners). Secondly, it covers a range of participatory tools and approaches that can be used to work, plan and reflect with and alongside communities. PLA as a philosophy PLA is located within a broader field of participatory approaches, which can be described as a “family of approaches, methods, attitudes and behaviours to enable and empower people to share, analyse and enhance their knowledge of life and conditions, and to plan, act, monitor, evaluate and reflect” (Chambers 2008). In its pure form, PLA is a philosophy which emphasises the need for outsiders to learn about situations from insiders. This philosophy seeks to reverse power relations between communities and outsiders. It grew partly in reaction to the top-down planning methodologies of the 1960s and 1970s. The fundamental idea of PLA is that communities are supported to analyse their own situation, make decisions about how to best tackle their problems, and, as a result, feel empowered to take action. However, although the reversal of power relations is considered an important part of PLA, it is not always applied in this way. PLA is frequently – if incorrectly – used for studies that extract data from communities, but do not empower them to use that data. Some of the principles of PLA, derived from the participatory philosophy, are described in the box below. Principles of PLA

- PLA is designed to seek out multiple perspectives and embrace diversity. It is based around group analysis and learning.
- It is designed to be flexible, adaptive and innovative, rather than conforming to top-down or rigid methods of data collection and analysis.
- PLA is designed to encourage people to discuss issues, errors and mistakes in a non-judgemental environment.
- High ethical standards should always be applied within PLA.
- PLA facilitators should act as catalysts rather than as trainers or teachers.
- The languages and concepts of PLA should reflect the way a community thinks, rather than reflecting how those seeking the information think. This means the language and concepts of PLA should be appropriate to the local culture and context.
- PLA is designed to seek out the voices and opinions of the most marginalised communities and people, such as children, women, people of lower caste or status, or people with disabilities.
- PLA is based around triangulation. This means accessing information about the same things in different ways, and from different sources, to ensure it is reliable, and that different viewpoints are recognised.
- PLA is facilitated by multi-disciplinary teams, including people

with different skills and different views. Teams should include members of the communities as well as outsiders. • PLA is designed to provide insights and understanding that helps guide community development, rather than providing evidence that would be seen as rigorous in an academic article. • Analysis and validation is done in real-time with communities. In PLA, teams review findings with communities on a regular basis, and validate data with communities before progressing

9.2 Uitwerking sessie PLA

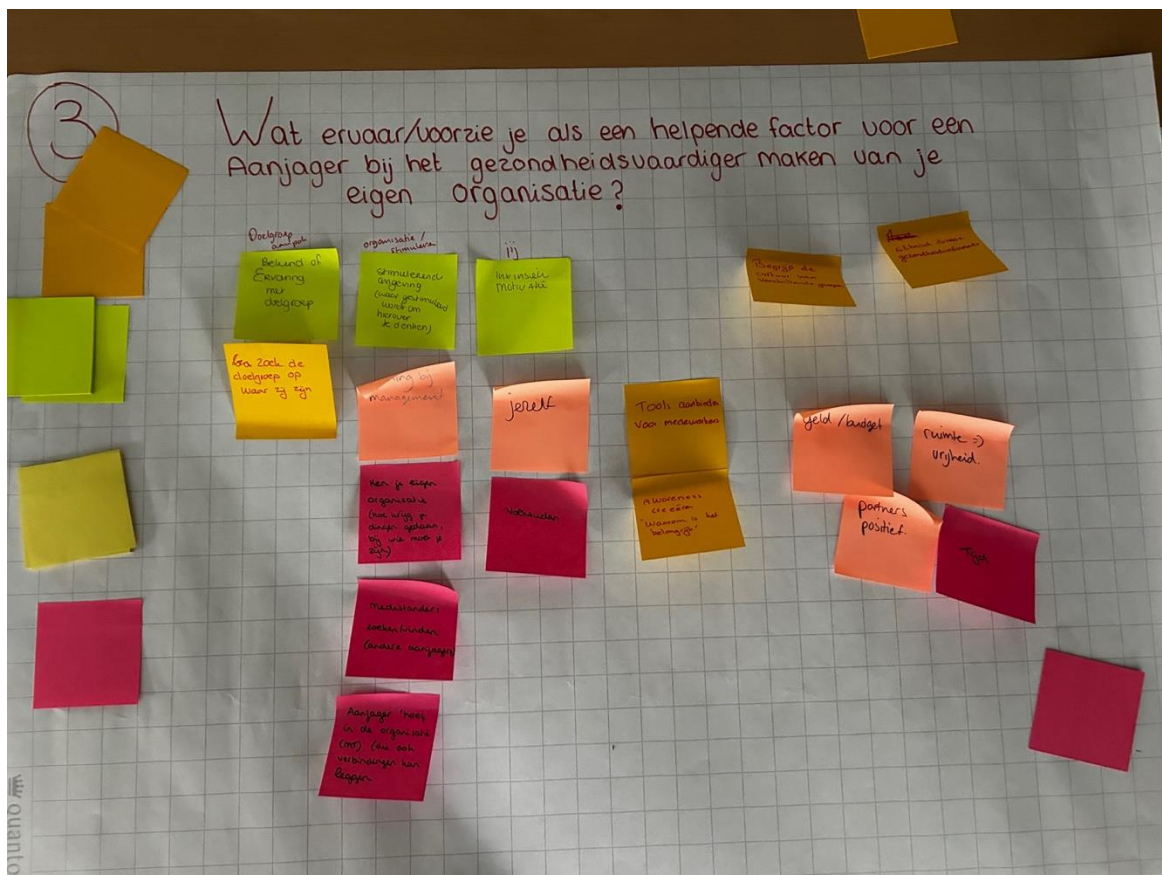
Werkvorm: Dia 7 t/m 10 werkvorm (PLA-tool):

1. Groep verdelen in groepjes van 3 tot 4 personen, het liefst met mensen buiten je organisatie. (groepen deel ik zelf in d.m.v. tellen) en gaat alvast bij elkaar zitten.
2. Elke groep krijgt afhankelijk van groeps grootte, een nummer 1 t/m 4, (nummer van de vraag die ze gaan beantwoorden)
3. Iedereen beantwoordt de vraag in stilte, minimaal 3 antwoorden op de vraag opschrijven op een post it (3pp post its uitdelen).
4. Groep komt samen en plakken alle antwoorden op de flipover
5. Flexibele brainstorm welke antwoorden horen bij elkaar? Thema erbij schrijven
6. Daarna de antwoorden ranken door er paperclips bij te leggen (veel paperclips is heel belangrijk --- weinig paperclips is minder belangrijk) ieder cc 10 paperclips.
7. Resultaat: verschillende antwoorden die zijn gegroepeerd en gerankt.

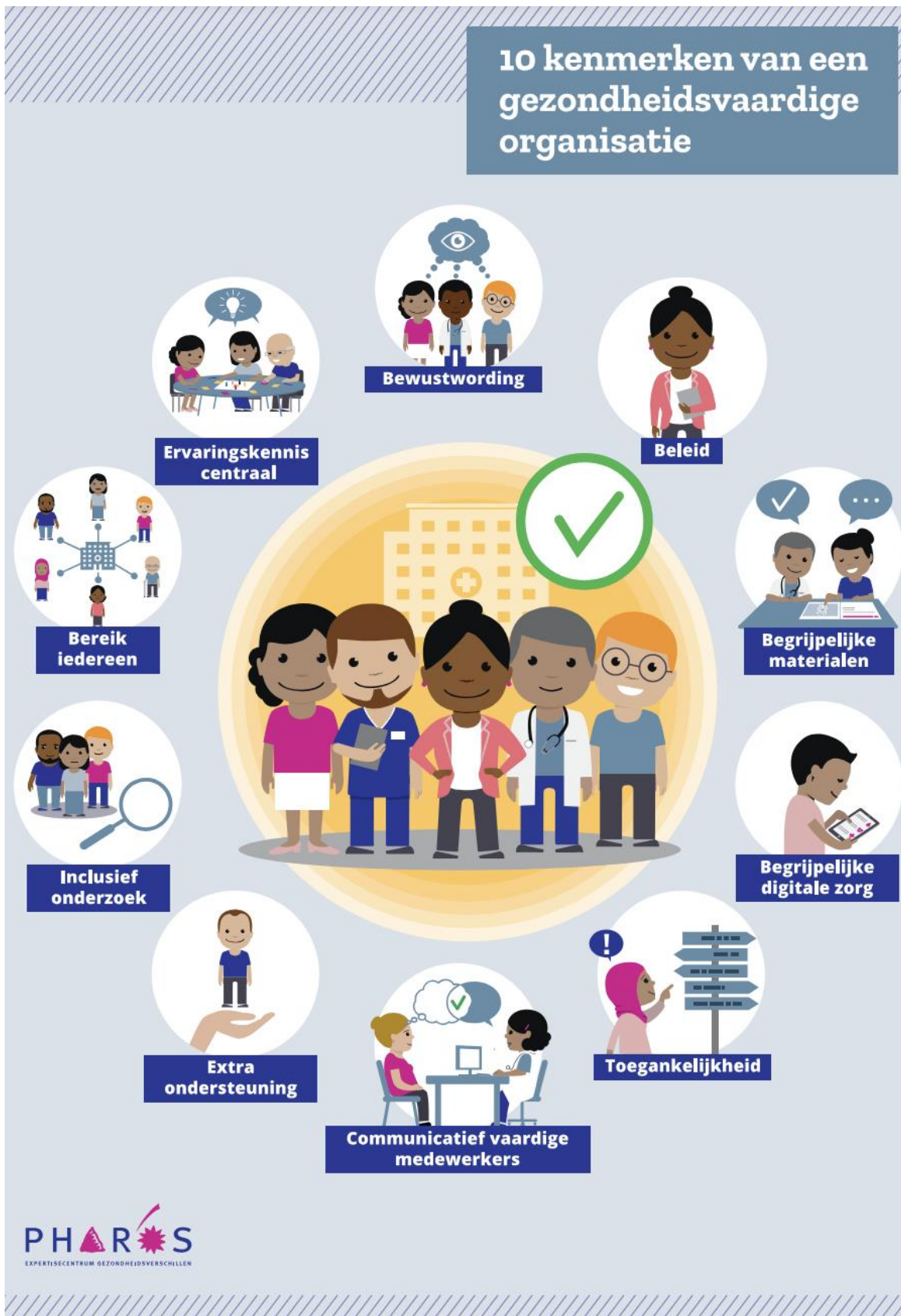
Dia 11 bespreken uitkomsten

- Wat viel hun op?
- Wat was hiervan de reden?
groepjes afgaan en de uitkomsten bespreken.
- Wat zijn de opvallende uitkomsten?

9.3 Foto impressie van de sessie



9.4 Cirkel 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie van Pharos



Wat zijn gezondheidsvaardigheden en wat betekent dat voor jouw organisatie?



1 op de 4 Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Voor hen is informatie en communicatie over zorg en gezondheid te moeilijk. En dat brengt risico's met zich mee, zoals het verkeerd innemen van medicijnen. Het kan ook tot gevolg hebben dat operaties niet door kunnen gaan. Of dat preventieve maatregelen niet iedereen bereiken. Niet-begrijpelijke informatie kan extra druk op de zorg veroorzaken, terwijl begrijpelijke informatie juist bijdraagt aan betere zorg.

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite met het vinden, begrijpen en gebruiken van informatie over gezondheid. Beperkte gezondheidsvaardigheden komen vaker voor onder mensen die laaggeletterd zijn, ouderen, mensen met alleen basisonderwijs of een praktische opleiding en mensen met een migratieachtergrond.

Als organisatie is het belangrijk om rekening te houden met gezondheidsvaardigheden. Door begrijpelijk en toegankelijk te zijn voor iedereen, zorg je voor gelijke kansen op een goede gezondheid. Een organisatie die hier goed in slaagt noemen we een 'gezondheidsvaardige organisatie'. Door te werken aan deze **10 kenmerken** wordt jouw organisatie ook gezondheidsvaardig.



Bewustwording

Maak medewerkers bewust van het bestaan van gezondheidsvaardigheden en het belang om hier rekening mee te houden.



Communicatief vaardige medewerkers

Train je medewerkers in het begrijpelijk communiceren en het toepassen van de terugvraagmethode.



Beleid

Neem het thema gezondheidsvaardigheden op in je beleid, met praktische en financiële afspraken.



Extra ondersteuning

Ook als je alle communicatie hebt vereenvoudigd, blijft er altijd een groep mensen voor wie dit te ingewikkeld is. Bied voor deze groep extra ondersteuning.



Begrijpelijke materialen

Maak je schriftelijke en digitale materialen makkelijk te begrijpen. Test je materiaal onder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.



Inclusief onderzoek

De uitkomst van onderzoek geeft alleen een compleet beeld als iedereen er aan kan mee-doen. Zorg voor begrijpelijke uitnodigingen en vragenlijsten en kijk naar de manier waarop je mensen werft.



Begrijpelijke digitale zorg

Maak eHealth, zoals apps of patiëntportalen, begrijpelijk en gebruiksvriendelijk. Test deze digitale toepassingen onder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.



Bereik iedereen

Zorg ervoor dat je iedereen goed bereikt met je communicatie en zorg. Dit vraagt vaak extra inspanning voor bepaalde groepen mensen.



Toegankelijkheid

Zorg dat je organisatie gemakkelijk toegankelijk is. Denk aan de bewegwijzering in het gebouw, contactinformatie op de website en het telefonische keuzemenu.



Ervaringskennis centraal

Gebruik ervaringskennis van mensen om wie het gaat bij de ontwikkeling van producten, beleid en aanpakken. Zo zorg je dat deze aansluiten bij de behoeften en omstandigheden van de doelgroep.

