Beperkte gezondheidsvaardigheden in de huisartsenpraktijk: exploratie in de literatuur en bij experten als eerste stap ter verbetering van de zorg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Haio: PEETERS Charlotte , KUL
Promotor: VAN ROYEN Paul , U.A.
Praktijkopleider: Demerre Wouter , HAUGLUSTAINE Stephan , NUYTS Sara , VAN DOKKUM Rogier , Vloemans Yves

Context: Gezondheidsvaardigheden (GV) zijn vaardigheden van mensen om gezondheidsgerelateerde informatie te vergaren, te begrijpen en toe te passen om zo weloverwogen keuzes en beslissingen te nemen over hun gezondheid. In België heeft 33% van de bevolking onvoldoende GV, wat inhoudt dat deze groep gekenmerkt wordt door slechtere gezondheidsuitkomsten, hogere mortaliteit, hogere gezondheidskosten en ongelijkheid in gezondheid. Doel van dit onderzoek is om GV in de eerste lijn te exploreren en zo via bewustwording van het thema een eerste stap te zetten in het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Onderzoeksvraag: 1) Vormgeving van het begrip ‘beperkte gezondheidsvaardigheden’ binnen de huisartsgeneeskunde. 2) Ervaren drempels en moeilijkheden. 3) Detectie en signalisatie van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. 4) Aanpassing van zorg.

Methode: We verrichten een literatuuronderzoek volgens het principe van een scoping review. Hiervoor deden we een elektronische search op Pubmed, beperkt tot Engelstalige artikels gepubliceerd in de voorbije drie jaar. Dit werd aangevuld met publicaties uit de elektronische kennisbank van Pharos en het NIVEL. (Grijze) Belgische literatuur voegden we toe aan de hand van een brede zoekterm via Google. In het tweede deel van ons project toetsten we de kennis uit de literatuurstudie af met de werking in de praktijk. Dit veldonderzoek bestond uit een beschrijvend kwalitatief onderzoek aan de hand van focusgroepen met huisartsen (-in-opleiding) en praktijkmedewerkers.

Resultaten: We vonden geen specifieke definitie van gezondheidsvaardigheden binnen de huisartsencontext, maar oordeelden dat de algemene definitie wel bruikbaar is. Niemand van de deelnemers kon deze definitie exact reproduceren, maar de belangrijkste elementen van het concept waren wel gekend. De literatuurstudie bracht drempels op niveau van communicatie, (gebrek aan) opvolging, bewegwijzering en toegang tot tolkendiensten naar boven. Deelnemers van de focusgroepen bevestigden de moeilijkheden omtrent communicatie en opvolging en vulden aan met tijd(sgebrek) als moeilijkheid. Qua praktijk-organisatorische drempels kwam er weinig tot geen input uit de focugroepen. Detectie en signalisatie van beperkt gezondheidsvaardige patiënten gebeurt niet systematisch, noch in de literatuur, noch in de praktijk. De literatuur reikt wel een overzicht aan van patiëntkenmerken geassocieerd met beperkte gezondheidsvaardigheden: lager opleidingsniveau, lage socio-economische status, andere etniciteit/woongebied, laag inkomen, slechte gezondheidstoestand, hogere leeftijd, mannelijk geslacht, niet getrouwd zijn of alleen wonen en depressieve symptomen. We deden enkele praktische suggesties in verband met detectie en signalisatie naar de toekomst toe onder de vorm van een eenvoudige vraag, een rode-vlaggen-systeem en een uniforme codering. In de literatuur vonden we veel bruikbare handvaten voor aanpassing van zorg, dewelke reeds voor een stuk in de praktijk gebruikt worden bv. eenvoudig taalgebruik, ondersteuning met geschreven en visueel materiaal, tijd nemen en nauwere opvolging voorzien.

Conclusie: Met dit kwalitatief onderzoek zetten we via bewustwording van het thema gezondheidsvaardigheden, een eerste stap in de verbetering van kwaliteit van zorg voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten in de Belgische huisartsencontext.