

Serie: Communicatie in de tandartspraktijk. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden



Samenvatting. Bij ongeveer 36% van de Nederlanders is sprake van onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit komt overwegend voor bij patiënten met een lage sociaal-economische status, ouderen en migranten maar ook bij hoger opgeleiden. Tandartsen zijn zich hier vaak niet van bewust. Een patiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden kan moeite hebben met het begrijpen van uitleg die de tandarts geeft of met het lezen van schriftelijke informatie. De tandarts merkt dat misschien niet direct in het contact maar kan wel signalen opvangen die daarop duiden. Die signalen kunnen variëren van het niet volledig invullen van een vragenlijst tot het verkeerd opvolgen van adviezen of stelselmatig niet op de afspraken verschijnen. De tandarts moet daar in zijn taalgebruik rekening mee houden en kan informatiemateriaal zo aanpassen dat het voor iedereen begrijpelijk is. Ook kunnen praktijkmedewerkers zoals balie-assistenten ingelicht worden wat signalen kunnen zijn van beperkte gezondheidsvaardigheden en hoe ze het beste kunnen communiceren met deze patiënten.

Smith AJE. Serie: Communicatie in de tandartspraktijk. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 443-448
 doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.09.19038>

LEERDOELEN

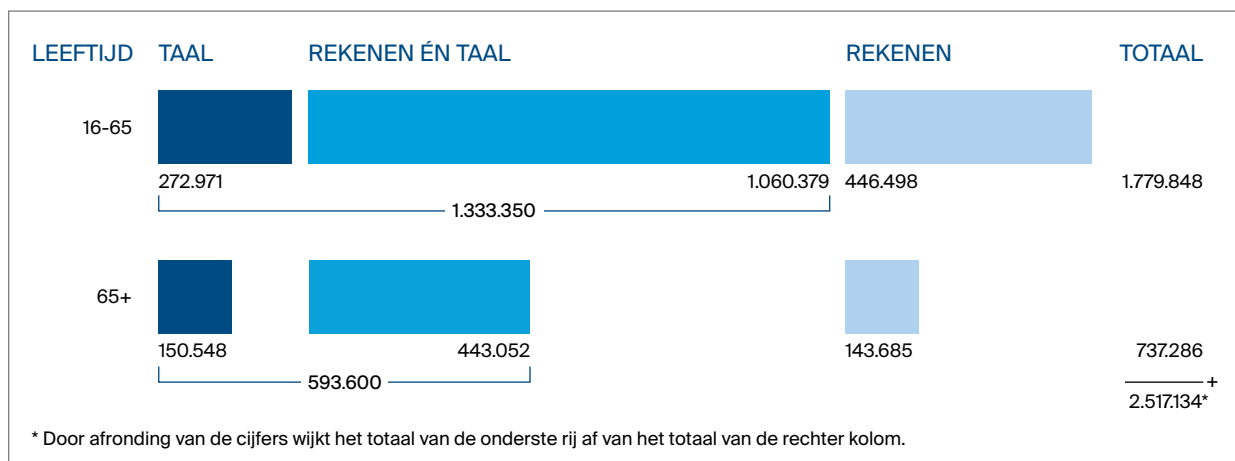
Na het lezen van dit artikel kent u de relatie tussen:

- laaggeletterdheid en gezondheidsvaardigheden;
- laaggeletterdheid en mondgezondheidsgedrag;
- gezondheidsvaardigheden en mondgezondheidsgedrag;
- gezondheidsvaardigheden en mondgezondheid.

INLEIDING

Het is al langer bekend dat er een relatie bestaat tussen sociaal-economische status (SES) en (mond)gezondheid. Mensen met een hoger opleidingsniveau leven niet alleen langer, maar genieten ook relatief langer van een goede gezondheid (Knoops en Van den Brakel, 2010). Cariës en parodontale aandoeningen komen ook vaker voor bij patiënten met een lage SES (Schuller et al, 2013; Schwendike et al, 2015). Recent onderzoek toont aan dat deze onge-

lijkheid in gezondheid vaak verklaard kan worden door verschillen in gezondheidsvaardigheden (Van der Heide et al, 2013). Onder gezondheidsvaardigheden wordt verstaan het vermogen van mensen om informatie te vinden, begrijpen, beoordelen en toe te passen. Met de verwerkte informatie kunnen afwegingen worden gemaakt en beslissingen worden genomen voor het dagelijks leven op het gebied van gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering (Sørensen et al, 2012). Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren hun gezondheid als slechter dan mensen die hierin vaardiger zijn (Berkman et al, 2011). Hoewel gezondheidsvaardigheden van de Nederlandse bevolking gunstig afsteken bij die uit 7 andere Europese landen blijkt toch dat bij 26,9% van de patiënten de gezondheidsvaardigheden problematisch zijn en bij 9,5% zelfs onvoldoende (Sørensen et al, 2015; Heijmans et al, 2018). Bij het verlenen van zorg wordt dit vaak onvoldoende (h)erkend. Artsen en tandartsen blijken vaak de ge-



Afb. 1. Aantal mensen dat moeite heeft met lezen, schrijven, rekenen (bron: algemene rekenkamer, 2016)

zondheidsvaardigheden van hun patiënten te overschatten (Kripalani en Weiss, 2006). Bewustwording van het probleem en training van (tand)artsen kan de gezondheidsvaardigheden van patiënten verbeteren (Kaper et al, 2018).

Dit artikel maakt inzichtelijk hoe beperkte gezondheidsvaardigheden herkend kunnen worden. Het geeft suggesties voor de organisatie van de tandartspraktijk en communicatie met deze patiënten.

DEFINITIE EN DEMOGRAFIE

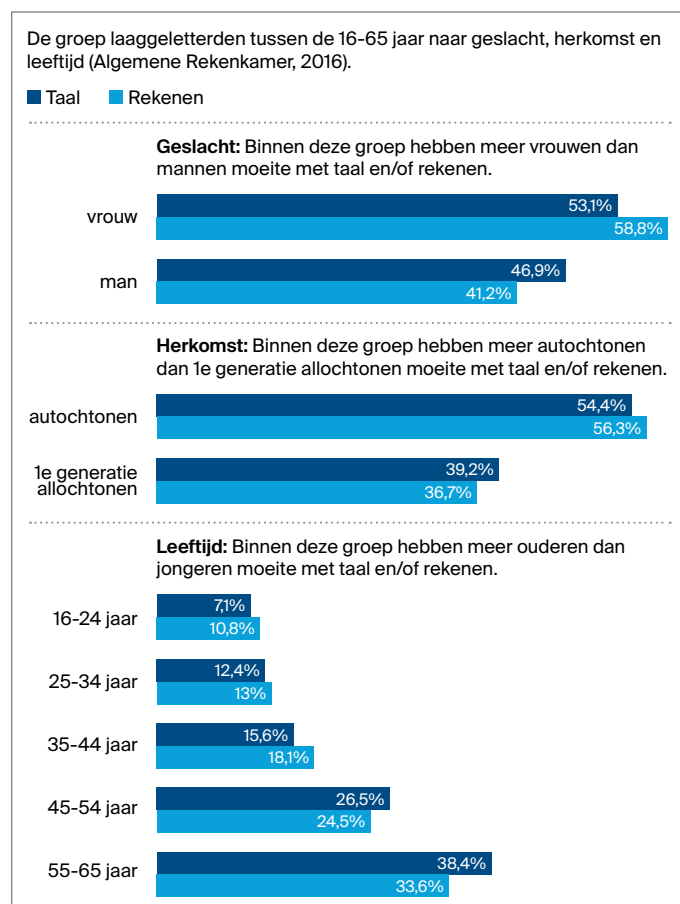
Gezondheidsvaardigheden kunnen grofweg worden onderscheiden in 3 niveaus:

1. Functionele vaardigheden: lees- en schrijfvaardigheden en het vermogen om informatie op te zoeken, bijvoorbeeld op internet.
2. Interactieve vaardigheden: het begrijpen van informatie zoals op een medicijnenbijsluiter, het abstract kunnen denken en vragen durven stellen.
3. Kritische vaardigheden: voor- en nadelen van behandelalternatieven tegen elkaar kunnen afwegen en prioriteiten stellen.

Binnen de groep mensen met beperkte functionele gezondheidsvaardigheden zit een grote groep laaggeletterden. Dit zijn mensen die moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen en halen niet het lees- en schrijfniveau van het vmbo. Uit cijfers van de algemene rekenkamer blijkt dat het aantal laaggeletterden in Nederland toeneemt en geschat wordt op ruim 1,9 miljoen mensen (afb. 1). Deze mensen zullen moeite hebben met het lezen en begrijpen van geschreven gezondheidsinformatie. Laaggeletterdheid komt veelal voor bij laagopgeleiden en daarnaast meer bij ouderen en migranten (afb. 2) (Buisman en Houtkoop, 2014). Iemand uit een andere cultuur die gebrekkig Nederlands spreekt is overigens niet per definitie laaggeletterd. In de eigen taal kan deze patiënt zich vaak wel goed redden.

Hoewel opleidingsniveau en beperkte gezondheidsvaardigheden sterk samenhangen, kunnen hoger opgeleiden ook moeite hebben met verwerken van medische informatie. Tabel 1 laat zien dat er genoeg lager opgeleiden zijn die juist wel goede gezondheidsvaardigheden hebben (Rademakers et al, 2014).

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 36% van de bevolking beperkte gezondheidsvaardigheden heeft (Heijmans et al, 2018). Er bestaat een duidelijke relatie tussen laaggeletterdheid en slechtere (mond)gezondheid waarbij laaggeletterden meer gebruikmaken van (curatieve) gezondheidszorg en minder van preventieve zorg. Bovendien ervaren laaggeletterden de kwaliteit van de zorg die ze krijgen als minder goed (Berkman et al, 2011; Van der Heide en Rademakers, 2015; Baskaradoss, 2018). Uit onderzoek komt naar voren dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden minder gebruikmaken van medische



Afb. 2. Laaggeletterdheid naar leeftijd en herkomst. (bron: algemene rekenkamer 2016)

	Opleidingsniveau		
	basisschool/ vmbo-basis	vmbo-tl/havo/mbo	vwo/hbo/universiteit
Lage gezondheidsvaardigheden	38,0	21,4	9,7
Hoge gezondheidsvaardigheden	62,0	78,7	90,3
Totaal	100	100	100

Tabel 1. Samenhang tussen opleiding en functionele health literacy.

websites, maar informatie over gezondheid vergaren via televisie, sociale media en blogs van beroemde mensen. Zij stellen daar zelfs meer vertrouwen in dan informatie die zij van hun (tand)arts krijgen (Chen et al, 2018).

In de mondzorg rapporteren patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden een slechtere mondgezondheid en bestaat er een verband tussen de beperkte gezondheidsvaardigheden enerzijds en onregelmatig tandartsbezoek en kennis anderzijds (Atchison et al, 2010; Divaris et al, 2011; Holtzman et al, 2014; Wehmeyer et al, 2014). Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de verschillende onderzoeken is geboden. Er wordt namelijk niet altijd een significant verschil gevonden. Meer onderzoek is nodig om definitieve conclusies te trekken (Firmino et al, 2018).

HERKENNEN VAN LAAGGELETTERDHEID EN BEPERKTE GEZONDHEIDSSVAARDIGHEDEN

Er zijn een aantal vragenlijsten ontwikkeld om de gezondheidsvaardigheden van mensen te onderzoeken. In de praktijk is het werken met deze lijsten niet erg praktisch en dus zal de tandarts op andere signalen moeten afgaan (intermezzo 1). Het verkeerd interpreteren van symptomen is een voorbeeld van een dergelijk signaal (casus 1). De patiënt in casus 1 had voordat hij een volledige gebitsprothese kreeg waarschijnlijk vaak gehoord dat hij goed moest poetsen.

INTERMEZZO 1. WELKE SIGNALEN KUNNEN DUIDEN OP BEPERKTE GEZONDHEIDSSVAARDIGHEDEN?

De tandarts kan beperkte gezondheidsvaardigheden bij zijn patiënten herkennen als blijkt dat zij moeite hebben met:

- Het begrijpen van brieven of e-mail.
- Informatie opzoeken op het internet.
- Het goed formuleren van vragen.
- Het benoemen van medicijnen en deze beschrijven in termen van de werking, maar beschrijven naar kleur en vorm.
- Begrijpen van oorzaak en gevolg.
- Het beschrijven van klachten en hoe deze in de tijd zijn opgetreden.
- Het uit elkaar houden van de alternatieven van een behandelplan.
- Hoofd- en bijzaken onderscheiden.
- Het uitvoeren van een behandeladvies zoals het op juiste manier gebruiken van medicijnen of middelen voor reinigen van het gebit.

Dat geldt alleen niet bij een prothesedrukplek. Soms kunnen lage gezondheidsvaardigheden ook blijken als klachten of aandoeningen ondanks instructies niet overgaan zoals in casus 2. Bij verdenking op beperkte gezondheidsvaardigheden zouden een aantal aanvullende vragen gesteld kunnen worden zoals:

- “Iedereen leest, ziet of hoort wel eens iets over het gezond houden van de mond. Dat kan zijn op de radio, tv, sociale media of van vrienden. Hoe zit dat bij u?”
- “Denkt u dat wat u ziet op tv ook voor u geldt?”
- “Hoe weet u wat u moet doen om gezond te blijven?”
- “Van wie vertrouwt u de informatie die u krijgt het meest?”
- “Wat hebt u onthouden van de informatie die u kreeg?”

Dit soort vragen kan duidelijkheid verschaffen over gedrag en kennisniveau en aanknopingspunten bieden om aanvullende informatie te geven of denkbeelden te modificeren.

CASUS 1

Een 45-jarige patiënt heeft een jaar geleden vanwege vergevorderde parodontitis een immediaat-prothese gekregen. Inmiddels is een nieuwe gebitsprothese gemaakt



in verband met botresorptie. De patiënt komt na het plaatsen van de gebitsprothese een aantal keer terug omdat er drukplekken zijn opgetreden. De grootste van de drukplekken in de onderkaak wil maar niet genezen. De tandarts heeft al verschillende keren de gebitsprothese bijgeslepen op de plaats waar deze op de wond drukt. De laatste keer heeft hij zelfs de protheserand zover bijgeslepen dat deze nog onmogelijk in contact kan komen met de drukplek welke er langzamerhand zorgelijk begint uit te zien. Inmiddels ligt zelfs het bot bloot. De patiënt heeft weer een afspraak gemaakt ter controle. Bij intraorale inspectie constateert de tandarts dat er weer geen verandering heeft plaatsgevonden. De tandarts begrijpt het niet en beseft dat er iets anders aan de hand moet zijn. Hij vraagt de patiënt wat hij zelf doet om het genezingsproces te helpen en noemt als voorbeeld zelfmedicatie. De patiënt knikt enthousiast en vertelt dat hij alles doet om het wondje goed schoon te houden. Hij poetst het daarom twee keer per dag. Nadat de tandarts hem heeft uitgelegd dat dit niet zo'n goed idee is, verdwijnt de drukplek na een week.

CASUS 2

Na 10 jaar niet naar de tandarts te zijn geweest vanwege angst heeft een patiënt toch weer een afspraak gemaakt. Dit op aanraden van zijn zus omdat er nu een aantal frontelementen zijn afgebroken. De eerste keer is ze meegekomen. De tandarts constateert dat een aantal gebits-elementen er slecht aan toe zijn. Ook de mondhygiëne van de patiënt laat nogal te wensen over. De tandarts heeft een plan gemaakt om de patiënt te laten wennen en het lukt uiteindelijk om de angst voor een groot deel te overwinnen en het gebit te saneren. Afgezien lokaal verdiepte pockets valt het met het parodontium nog wel mee. De mondhygiënist wordt ingeschakeld om het gebit te reinigen en instructie te geven. Als ze het tandsteen in het onderfront heeft weggehaald, polijst ze de tanden en flost nog even na. Voor de interdentale ruimtes past ze de juiste maat ragers en geeft er een paar mee aan de patiënt samen met een foldertje met mondhygiëne-instructies.



De patiënt krijgt een aantal controleafspraken. Hoewel de mondhygiëne wel wat verbetert, blijft het interdentaal bij de molaren flink bloeden. De patiënt bezweert de mondhygiënist dat hij de ragers gebruikt. Gezien de versleten conditie van de ragers die de patiënt laat zien lijkt hij dat ook wel te doen. De patiënt wordt met nieuwe ragers naar huis gestuurd maar de volgende afspraak laat weer het zelfde beeld zien. De mondhygiënist realiseert zich dat er iets niet goed gaat en vraagt de patiënt nog eens voor te doen hoe hij ragert. Het probleem wordt daarbij snel duidelijk als blijkt dat hij de ragers gebruikt zoals floss. Hij probeert om de interdentale ruimtes via het contactpunt te bereiken.

Laaggeletterdheid kan lastig boven tafel te krijgen zijn (intermezzo 2). Mensen schamen zich er vaak voor dat ze niet goed kunnen lezen en schrijven en zullen dit niet snel toegeven. Een zeer laag opleidingsniveau is een aanwijzing dat er mogelijk een probleem is. De tandarts kan het vermoeden dat zijn patiënt niet goed kan lezen controleren door daar expliciet naar te vragen: *“Hoe gaat het met lezen en schrijven?”* Hij kan dit vooraf laten gaan met een opmerking dat veel Nederlanders daar moeite mee hebben. Hij kan de patiënt ook vragen of de patiënt wel eens moeite heeft om een medicijn bijsluiters of voorlichtingsfolder te begrijpen: *“Taalgebruik in voorlichtingsfolders en formulieren is soms moeilijk en veel mensen hebben moeite deze te begrijpen. Hoe is dat voor u?”*

INTERMEZZO 2. WELKE SIGNALLEN KUNNEN DUIDEN OP LAAG-GELETERDHEID?

- De patiënt vult een gezondheidsvragenlijst niet of onvolledig in of blijkt bij navraag het verkeerde antwoord omcirkeld te hebben.
- De patiënt verzint smoesjes om niet te hoeven lezen/schrijven: *“Ik ben mijn bril vergeten”, “Ik vul het formulier thuis wel in”, “Ik schrijf zo onduidelijk, doet u het maar”*.
- De patiënt spreekt woorden verkeerd uit.
- De patiënt bekijkt een voorlichtingsbrochure niet.
- De patiënt noteert geen afspraken, komt niet, te laat of op een ander moment voor zijn afspraak.
- De patiënt stelt nooit vragen.

INTERVENTIES EN TIPS

Blijkt dat er inderdaad sprake is van beperkte gezondheidsvaardigheden dan zal de behandelaar zijn taalgebruik en voorlichtingsmateriaal daarop moeten afstemmen. Naast het gebruik van eenvoudige woorden, korte zinnen en veel ondersteunende illustraties kan het volgende helpen:

- Maak gebruik van communicatieve vaardigheden die patiënten uitnodigen tot nadenken en delen van informatie. Dat kan door het stellen van open vragen (telkens 1 vraag) en het laten vallen van stiltes waardoor de patiënt gelegenheid wordt gegeven om zijn gedachten op orde te krijgen en met eigen suggesties te komen.
- Formuleer doelen vanuit het perspectief van de patiënt: Dus niet *“Om te voorkomen dat u uw tanden verliest...”* maar *“Om ervoor te zorgen dat u nog een lekker stukje vlees kunt kauwen...”*.
- Plaats context voor inhoud. Dus wel *“U kunt uw tanden en kiezen gezond houden als u veel groenten, thee, melk eet”* in plaats van *“Als u veel groenten, thee, melk eet is dat goed om uw tanden en kiezen gezond te houden”*.
- Geef gedrag gebonden informatie, geen feiten en principes. Dus niet *“Zoetjes in de thee in plaats van suiker helpt gaatjes voorkomen”* maar wel *“Wanneer u minder gaatjes wilt krijgen moet u zoetjes in de thee gebruiken en geen suiker”*.
- Deel informatie op in kleine stukjes.
- Gebruik de *teach-back*-methode om te controleren of de patiënt de informatie heeft begrepen. Deze methode houdt in dat de patiënt wordt gevraagd om nog eens te herhalen wat voor hem het belangrijkste was wat hem zojuist is meegedeeld. Een vraag om een gegeven advies of behandelvoorstel nog eens samen te vatten kan worden ingeleid met: *“Ik wil graag zeker weten dat ik het goed heb uitgelegd ...”* Daarmee kan worden voorkomen dat de patiënt zich overhoord voelt. De tandarts legt dan immers de oorzaak voor een eventueel foutieve of onvolledige samenvatting bij zichzelf.
- Adviseer de patiënt om eventuele vragen die thuis opkomen op te schrijven en die de volgende keer mee te nemen. Vaak hebben patiënten wel vragen maar vergeten ze deze te stellen als ze bij de tandarts in de stoel zitten.

INTERMEZZO 3. COMMUNICATIE ADVIEZEN VOOR (BALIE)MEDEWERKERS VAN TANDARTSPRAKTIJKEN

- Begroet de patiënt warm, met een lach en open houding. Laaggeletterden voelen zich vaak onzeker en niet op hun gemak.
- Gebruik eenvoudige taal maar blijf patiënt als volwassene persoon aanspreken.
- Maak korte zinnen: *"Ik loop naar de kast. Ik pak mijn jas."* (niet: ik loop naar de kast om mijn jas te pakken).
- Gebruik eenvoudige woorden. (niet: 'de jeugd van tegenwoordig' maar 'kinderen van onze school').
- Gebruik zoveel mogelijk de tegenwoordige tijd. *"Ik loop. Ik zit. Ik spreek."*
- Vermijd beeldspraken. (niet: *"Hij lacht als een boer met kiespijn."*)
- Spreek duidelijk en niet te snel. Kies dezelfde woorden die de patiënt gebruikt voor zijn of haar klachten.
- Stel maar 1 vraag tegelijk.
- Beperk de informatie tot 3-5 kernpunten en vertel wat het belangrijkste is.
- Herhaal de belangrijkste punten.
- Moedig patiënten aan om vragen te stellen. *"Welke vragen heeft u nog?"* Niet: *"heeft u nog vragen?"*
- Gebruik de gebiedende wijs: *"neem 3 x keer per dag 1 pil. Bij het opstaan. Tussen de middag en voor het slapen gaan"* (bij instructies antibioticagebruik).

- Laaggeletterden ervaren dit als duidelijk en niet als betuttelend.
- TERUG-VRAAG METHODE. Check door middel van de terug-vraag methode: Vertel dat je wil checken of je het goed hebt uitgelegd.
Let op dat de patiënt vertelt:
 - Wanneer heb ik een afspraak?
 - Bij wie heb ik een afspraak?
 - Hoe gebruik ik de pijnstiller?
 - Wanneer gebruik ik het?
- Terug-vragen, formuleringen: Om zeker te zijn dat ik het goed heb uitgelegd wil ik u het volgende vragen:
 - Hoe gaat u nu straks thuis de ragers gebruiken?
 - Kunt u in eigen woorden mij vertellen wat ik heb gezegd?

Bronnen: LHV toolkit laaggeletterdheid, Toolkit Gezonde taal UMC Utrecht (aangepast voor de tandartspraktijk)

Verdiepingstip: Ander voorbeeld checklist met laaggeletterden (<https://www.knmp.nl/downloads/checklist-communicatie-met-laaggeletterden.pdf>)



- Vermijd beeldspraak en gezegden zoals 'vinger aan de pols houden' of 'er even doorheen bijten'. Dit kan verwarrend zijn en letterlijk worden opgevat wanneer de patiënt de beeldspraak niet kent.

PRAKTIJKORGANISATIE

Naast beter communiceren met de patiënt kan de tandarts ook maatregelen nemen om zijn praktijk aan te passen aan laaggeletterde patiënten of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Bespreek het met de balie-assistenten en stel voor hen een checklist samen voor geschikte communicatie. In intermezzo 3 staat een voorbeeld daarvan. Verwijsbrieven en instructies (bijvoorbeeld voor na een extractie) moeten duidelijk zijn en geen jargon bevatten. Daarnaast kan informatie in de wachtkamer, bijvoorbeeld op posters, zo aangepast worden dat het voor iedereen begrijpelijk is. Voorlichtingsmateriaal dat ter illustratie gebruikt gaat worden, moet van tevoren worden beoordeeld op geschiktheid en zo nodig worden aangepast (zie intermezzo 4).

SLOTOPMERKINGEN

De suggesties in dit artikel om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen en te benaderen, hebben vooral betrekking op functionele en communicatieve gezondheidsvaardigheden. Ze zullen bij deze patiënten leiden tot een beter begrip van mondgezondheid en wat er nodig is om dit op peil te houden. Dit leidt echter niet automatisch tot beter gezondheidsgedrag. Naast het om-

INTERMEZZO 4. PAS VOORLICHTINGSMATERIAAL ZO NODIG AAN

- actieve i.p.v. passieve schrijfstijl
- lengte van de zinnen niet langer dan 30-50 letters/tekens
- korte alinea's met titels die inhoud aankondigen
- geen grote lappen tekst
- goed contrast tussen papier en letters
- voldoende wit tussen woorden en regels
- geen afleiding van tekst door de achtergrond
- simpele (lijn)illustraties
- illustraties ondersteunen tekst en worden naast elkaar weergegeven
- illustraties zijn cultureel sensitief. Dat wil zeggen dat lezers zichzelf kunnen identificeren met mensen die worden afgebeeld. De afgebeelde omgeving of objecten geven de dagelijkse realiteit weer

gaan met informatie spelen ook psychologische factoren en sociale vaardigheden daarbij een rol. Dit hangt af van de mate waarin de patiënt tot actie kan worden aangezet. Daarbij ligt de nadruk op zaken als motivatie, zelfvertrouwen en eigen effectiviteit (de mate waarin men zelf denkt bepaald gedrag te kunnen uitvoeren). Om van begrip naar gedragsverandering te komen zal de tandarts dus ook gebruik moeten maken van motiverende gesprekstechnieken.

LITERATUUR

- * Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent* 2010; 70: 269-275.
- * Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health* 2018; 18: 172.
- * Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155: 97-107.
- * Buisman M, Houtkoop W. Laaggeletterdheid in kaart. Den Bosch/Den Haag: Expertisecentrum beroepsonderwijs en Stichting Lezen & Schrijven, 2014.
- * Chen X, Hay JL, Waters EA, et al. Health literacy and use and trust in health information. *J. Health Commun* 2018; 23: 724-734.
- * Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF jr. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 108.
- * Firmino RT, Martins CC, Faria LDS, et al. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health Dent* 2018; 78: 231-245.
- * Heide I van der, Wang J, Droomers M, Spreuwenberg P, Rademakers J, Uiters EI. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun* 2013;18 suppl 1:172-184.
- * Heide I van der, Ramakers J. Laaggeletterdheid en gezondheid: Stand van zaken. Utrecht: Nivel, 2015.
- * Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Health Literacy in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018.
- * Holtzman JS, Atchison KA, Gironde MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 263-270.
- * Kaper MS, Sixsmith J, Koot JAR. Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 152-158.
- * Knoops K, Brakel M van den. Rijke mensen leven lang en gezond, Inkomensgerelateerde verschillen in gezonde levensverwachting. *Tijdschr Gezondheidswetenschappen* 2010; 88: 17-24.
- * Kripalani S, Weiss B. Teaching about health literacy and clear communication. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 888-890.
- * Rademakers J. Kennissynthese gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel, 2014.
- * Schüller AA, Kempen I van, Vermaire E, et al. Gebit Fit? Een onderzoek naar de mondgezondheid en het tandheelkundig preventief gedrag van

volwassenen in Nederland in 2013. Leiden: TNO, 2014.

- * Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris SI. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2015; 94: 10-18.
- * Sørensen K, Broucke S van den, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
- * Sørensen K, Pelikan JM, Rothlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053-1058.
- * Wehmeyer MM, Corwin CL, Guthmiller JM, Lee JY. The impact of oral health literacy on periodontal health status. *J Public Health Dent* 2014; 74: 80-87.

SUMMARY

Communication in the dental practice. Low levels of literacy and limited health literacy

Approximately 36% of the Dutch population has insufficient or limited health literacy. This disproportionately concerns patients with low socioeconomic status (SES), the elderly and migrants, but also highly-educated patients. Dentists are often unaware of this. A patient with limited health literacy might have trouble with a dentist's explanation or with reading written information. A dentist may not immediately notice this, but can be aware of signals indicating it. Such signals can vary from not completely filling out a questionnaire to wrongly interpreting instructions or systematically not showing up to appointments. The dentist needs to take this into account in his use of language and adapt any informational matter to make it understandable for everyone. Co-workers such as receptionists also need to be informed about signs indicating limited health literacy and how best to communicate with these patients.

BRON

A.J.E. Smith

Uit de afdeling Centrum Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 20 juni 2019

Adres: A.J.E. Smith, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen

a.j.e.smith@umcg.nl

VERANTWOORDING

Voor dit artikel zijn delen tekst overgenomen uit: Smith AJE, Oomen AJM, Truin GJ. Handboek communicatie in de mondzorg. Effectieve gespreksvoering in de dagelijkse praktijk. Houten: Prelum, 2017.