



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

# Gezondheidsvaardigheden in Nederland

Methoden en resultaten van de M-POHL Health Literacy Survey  
2024-2026



## **Gezondheidsvaardigheden in Nederland**

Methoden en resultaten van de M-POHL Health Literacy Survey  
2024-2026

RIVM-briefrapport 2026-0076

## Colofon

© RIVM 2026

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

DOI 10.21945/RIVM-2026-0076

M.P. Fransen (auteur), RIVM  
I. Meulman (auteur), RIVM  
J. Rademakers (auteur), Nivel  
M.J.W.M. Heijmans (auteur), Nivel

Contact:

Mirjam Fransen  
mirjam.fransen@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van het 'World Health Organization action network on Measuring Population and Organizational Health Literacy'.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Gezondheidsvaardigheden in Nederland**

Methoden en resultaten van de M-POHL Health Literacy Survey  
2024-2026

Om keuzes over gezondheid te maken, moeten mensen informatie kunnen vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken. Deze gezondheidsvaardigheden helpen hen om de weg te vinden in de gezondheidszorg en zelf de regie te houden.

Het ministerie van VWS wil weten hoe het gaat met de gezondheidsvaardigheden van de Nederlandse bevolking. Hier kan dan rekening mee worden gehouden bij het maken van beleid voor de gezondheidszorg.

Het RIVM heeft hier in 2025 onderzoek naar gedaan. In een vragenlijst werd gevraagd hoe makkelijk of moeilijk mensen het vinden om informatie te vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken. De vragen gaan over drie soorten informatie:

- Informatie over gezondheidszorg, bijvoorbeeld het beoordelen van voor- en nadelen van verschillende behandelingen.
- Informatie over voorkomen van ziekte, bijvoorbeeld het vinden van informatie over inentingen of bevolkingsonderzoeken.
- Informatie over het verbeteren van gezondheid, bijvoorbeeld het begrijpen van informatie over ongezonde gewoonten, zoals roken of veel alcohol drinken.

In totaal vulden 11.441 mensen de vragenlijst in. Van hen heeft 52,8 procent moeite met het vinden, begrijpen, beoordelen en/of gebruiken van informatie. Vooral het beoordelen van informatie vinden zij moeilijk. Ook het soort informatie maakt uit. Informatie over het verbeteren van gezondheid vinden zij vooral lastig te vinden, begrijpen, beoordelen en/of te gebruiken.

Mensen die moeilijk kunnen rondkomen, werkloos zijn of een laag opleidingsniveau hebben, ervaren de meeste problemen. Zij hebben behoefte aan ondersteuning om hun weg te vinden binnen de gezondheidszorg en aan duidelijkere communicatie.

De gezondheidszorg verandert snel. Daarom is het belangrijk om zicht te blijven houden op gezondheidsvaardigheden. Ook is onderzoek nodig naar hoe beleid en organisatie van de gezondheidszorg beter kan aansluiten op deze gezondheidsvaardigheden.

Kernwoorden: gezondheidsvaardigheden, vragenlijst, bevolking Nederland



## Synopsis

### **Health literacy in the Netherlands**

Methods and results of the M-POHL Health Literacy Survey  
2024-2026

To make decisions about their health, people need to be able to find, understand, appraise and use information. These health literacy skills help them navigate the healthcare system and maintain control over their own health.

The Ministry of Health, Welfare and Sport wants to know how the Dutch population is doing in terms of health literacy. This will enable policymakers to take it into account when formulating healthcare policy.

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) conducted a survey on the subject in 2025. In a questionnaire, people were asked how easy or difficult they find it to locate, understand, assess and use information. The questions covered three types of information:

- Information about healthcare, such as weighing the pros and cons of different treatments.
- Information about disease prevention, such as finding information on vaccinations or population screening programmes.
- Information about improving health, such as understanding information about unhealthy habits like smoking or heavy alcohol consumption.

11,441 people completed the questionnaire. Of these, 52,8 percent reported difficulty finding, understanding, assessing and/or using information. Assessing information was found to be particularly challenging. The type of information also makes a difference. Information about improving health was considered the most difficult to find, understand, assess and/or use.

People who struggle to make ends meet, are unemployed or have a low level of education experience the most difficulties. They need support to navigate the healthcare system. They would also benefit from clearer communication.

Healthcare is changing rapidly. It is therefore important to continue monitoring health literacy. Research is also needed on how healthcare policy and organisation can better align with people's health literacy.

Keywords: health literacy, questionnaire, Dutch population



## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 9**

#### **1 Inleiding — 11**

- 1.1 Wat zijn gezondheidsvaardigheden? — 11
- 1.2 Het belang van gezondheidsvaardigheden — 12
- 1.3 Gezondheidsvaardigheden meten: HLS-EU en M-POHL — 12

#### **2 Methoden — 15**

- 2.1 Vertaling en aanpassing health literacy survey — 15
  - 2.1.1 Procedure vertaling — 15
  - 2.1.2 Cognitieve interviews en expert consultatie — 15
  - 2.1.3 Pilot test — 16
- 2.2 Sampling en dataverzameling — 16
  - 2.2.1 Onderzoekspopulatie en werving — 16
  - 2.2.2 Toestemming en privacy van deelnemers — 17
  - 2.2.3 Variabelen — 17
- 2.3 Analyses — 18

#### **3 Resultaten — 21**

- 3.1 Respons en kenmerken onderzoekspopulatie — 21
- 3.2 Gezondheidsvaardigheden per type vaardigheid en zorgdomein — 23
- 3.3 Gezondheidsvaardigheden en achtergrondkenmerken — 25

#### **4 Conclusie — 29**

- 4.1 Kernbevindingen en discussie — 29
- 4.2 Sterktes en beperkingen — 31
- 4.3 Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek — 31

### **Dankbetuiging — 35**

### **Literatuur — 37**

### **Bijlage 1 HLS<sub>19</sub>-Q47-Nederlands — 39**

### **Bijlage 2 HLS<sub>19</sub>-Q12-Nederlands — 43**

### **Bijlage 3 Representativiteit van de steekproef — 45**

### **Bijlage 4 Correlatie en consistentie HLS<sub>19</sub>-Q47 en HLS<sub>19</sub>-Q12 — 46**

### **Bijlage 5 Bronbestand voor figuur 4 en 5 — 47**

### **Bijlage 6 HLS<sub>19</sub>-Q47 en achtergrondkenmerken: P-waarden — 55**



## Samenvatting

### Inleiding

Gezondheidsvaardigheden zijn cognitieve, sociale en praktische vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid. Zij spelen een belangrijke rol in gezondheid en gezondheidsverschillen binnen de bevolking. Op populatieniveau zijn gezondheidsvaardigheden relevant voor volksgezondheidsbeleid, omdat zij mede bepalen in hoeverre inwoners in staat zijn regie te voeren over hun gezondheid en effectief gebruik te maken van beschikbare preventie- en zorgvoorzieningen. Het meten van gezondheidsvaardigheden binnen de bevolking maakt het mogelijk om verschillen in kaart te brengen en interventies gericht te ontwikkelen. Voor internationale monitoring werd in 2018 het netwerk M-POHL (Measuring Population and Organizational Health Literacy) opgericht onder leiding van de World Health Organization. Dit rapport geeft inzicht in de stand van zaken ten aanzien van gezondheidsvaardigheden van de Nederlandse bevolking en hoe deze samenhangen met achtergrondkenmerken.

### Methoden

De Health Literacy Survey (HLS) die in 2019 vanuit M-POHL is ontwikkeld, werd vertaald en aangepast voor de Nederlandse situatie. De HLS<sub>19</sub>-Q47 bestaat uit 47 zelfrapportage-items die verschillende dimensies van gezondheidsvaardigheden systematisch in kaart brengen. Respondenten geven aan hoe makkelijk of moeilijk zij het vinden om informatie over bijvoorbeeld ziekte, behandeling en medicatie te vinden, uitleg van artsen te begrijpen, de betrouwbaarheid en toepasbaarheid van adviezen en behandelopties te beoordelen. Items gaan ook over omgaan met informatie uit de media, de leefomgeving, gezond gedrag, vaccinaties en medicatie, en met informatie over ongevallen. In de vragenlijst zijn ook gegevens verzameld ten aanzien van gender, leeftijd, opleidingsniveau, NUTS-regio's, stedelijk of landelijk gebied, moeite met financieel rondkomen, geboorteland van de respondent zelf en ouders, en werksituatie. De HLS<sub>19</sub>-Q47 werd tussen 6 juni en 6 juli 2025 uitgezet in een steekproef van inwoners in Nederland. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het onderzoekspanel van Ipsos I&O en een steekproef uit wijken met relatief veel lager opgeleiden en mensen met een migratieachtergrond. Deze wijken werden geselecteerd uit de Basisregistratie Adressen en Gebouwen (BAG).

### Resultaten

De vragenlijst werd door 11.441 respondenten ingevuld, 52,8% van hen gaf aan problemen te ervaren in het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van informatie. Zij ervoeren de meeste problemen met het beoordelen van informatie, en binnen het domein gezondheidsbevordering. Het gaat dan bijvoorbeeld over het beoordelen informatie over gezond leven, vaccinaties, of bevolkingsonderzoeken.

Ruim 2 op de 3 mensen die moeilijk rond kunnen komen, werkloos zijn, en/of primair onderwijs, vmbo of mbo-1 als hoogst behaalde opleiding hebben, gaf aan problemen te ervaren in het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van informatie.

### **Conclusie en implicaties voor beleid en onderzoek**

De bevindingen laten zien dat de huidige inrichting van de gezondheidszorg en informatievoorziening vaak te ingewikkeld is en bij meer dan de helft van de Nederlanders onvoldoende aansluit op hun vaardigheden. Dit vraagt om structurele verbeteringen in de toegankelijkheid, begrijpelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van informatie en zorgprocessen. Organisaties kunnen hun diensten en processen vereenvoudigen, informatie begrijpelijk en toepasbaar aanbieden, communicatie afstemmen op verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden en gezondheidsvaardigheden een centrale plaats geven in beleid, kwaliteitsverbetering en systematische meting. Tegelijkertijd zijn bredere beleidsmaatregelen nodig, zoals het versterken van landelijke randvoorwaarden voor begrijpelijke en toegankelijke zorg, het verankeren van gezondheidsvaardigheden in monitoring en kwaliteitsbeleid en het ontwikkelen van een aanpak die ook sociale en economische kwetsbaarheid adresseert. Onderzoek is nodig om zicht te houden op trends, effectieve interventies en de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen zoals digitalisering en vergrijzing. Binnen M-POHL worden internationale meetinstrumenten verder ontwikkeld en toegepast om organisaties te vergelijken, verbeterpunten te identificeren en beleid te ondersteunen dat inzet op toegankelijke en inclusieve zorg.

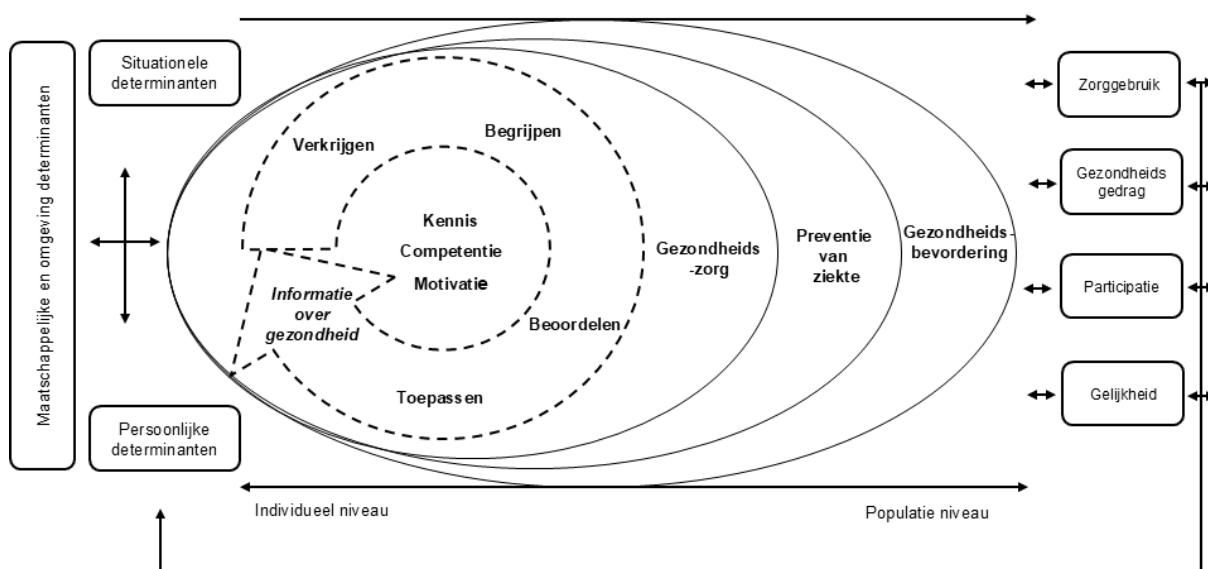
# 1 Inleiding

## 1.1 Wat zijn gezondheidsvaardigheden?

Gezondheidsvaardigheden verwijzen naar het geheel aan cognitieve, sociale en praktische vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid. Het gaat daarbij niet alleen om basisvaardigheden zoals lezen en schrijven, maar ook om het vermogen om gezondheidsinformatie te interpreteren, risico's af te wegen, zorgopties te vergelijken, en effectief te communiceren met zorgverleners. Gezondheidsvaardigheden vormen een dynamisch samenspel tussen individuele capaciteiten en de complexiteit van het zorg- en informatiesysteem (1).

In 2012 ontwikkelde het Europese Health Literacy Consortium een conceptueel model met daarin 12 subdimensies gerelateerd aan competenties om gezondheidsgerelateerde informatie te vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen binnen de domeinen gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering (1).

*Figuur 1 Sørensen's integrale model voor gezondheidsvaardigheden (Nederlandse vertaling gemaakt voor dit rapport)*



## 1.2 Het belang van gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden vormen een belangrijke determinant van gezondheid en gezondheidsverschillen binnen de bevolking (2-4). Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben doorgaans meer moeite met een gezonde leefstijl (5), zelfmanagement van ziekte (6) en het volgen van medicatie instructies (7). Zij worden vaker in het ziekenhuis opgenomen (7), en maken meer gebruik van poliklinische zorg (4, 8). Daarentegen maken ze minder gebruik van preventieve zorg, zoals kankerscreening (9, 10) en vaccinatie (4). Dit leidt niet alleen tot gezondheidsverschillen, maar ook tot hogere zorgkosten (11).

Informatie over gezondheid is vaak ingewikkeld en wordt via (digitale) kanalen aangeboden waar niet iedereen gebruik van kan maken. Dit kwam bijvoorbeeld naar voren in de coronapandemie, waar informatie over gedragsmaatregelen niet iedereen leek te bereiken, en informatie en communicatie onvoldoende afgestemd was op gezondheidsvaardigheden en behoeften van inwoners (12, 13). Ook het nemen van geïnformeerde beslissingen in bijvoorbeeld kanker screening en vaccinatie is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden niet vanzelfsprekend (14). In de curatieve zorg is vooral het afstemmen van communicatie op gezondheidsvaardigheden een uitdaging. Patiënten vinden het vaak moeilijk om hun zorgvraag te uiten, zorgverleners te begrijpen en vragen te stellen. Zorgverleners zijn zich vaak niet bewust van de noodzaak om communicatie af te stemmen en passen strategieën voor het aanpassen van communicatie niet altijd toe (15). Zowel zorgverleners als patiënten ervaren problemen in gezamenlijke besluitvorming (16-19).

Ook de organisatie van zorg, preventie en gezondheidsbevordering, het zorgsysteem, sluit vaak onvoldoende aan op gezondheidsvaardigheden. Denk aan de inrichting van processen in de zorg en aan digitale zorgtoepassingen die voor veel mensen niet toegankelijk zijn. Het meten van gezondheidsvaardigheden binnen de bevolking maakt het mogelijk om verschillen in kaart te brengen en interventies gericht te ontwikkelen. Daarmee vormen gezondheidsvaardigheden een essentiële schakel tussen gezondheidsbeleid, gezondheidszorg en de dagelijkse gezondheidspraktijk van burgers.

## 1.3 Gezondheidsvaardigheden meten: HLS-EU en M-POHL

Er bestaan verschillende instrumenten om gezondheidsvaardigheden te meten in populaties van burgers, cliënten en patiënten. Sommige instrumenten zijn gebaseerd op zelfrapportage, terwijl andere gebruikmaken van taakgebaseerde metingen die feitelijke vaardigheden toetsen (20). Op basis van het conceptuele model van Sørensen (Figuur 1) is de eerste Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47) ontwikkeld. Dit is een vragenlijst met 47 zelfrapportage-items die verschillende dimensies van gezondheidsvaardigheden systematisch in kaart brengt. Respondenten geven per item aan in hoeverre ze het heel makkelijk, makkelijk, moeilijk of heel moeilijk vinden om een bepaalde vaardigheid uit te voeren. Zie tabel 1 voor een overzicht van het aantal items per domein en vaardigheid.

Tabel 1 Verdeling van HLS-EU-Q47 items per domein en vaardigheid

Domein /Vaardigheid	Vinden	Begrijpen	Beoordelen	Toepassen	Totaal
<b>Gezondheidszorg</b>	4	3	5	4	<b>16</b>
<b>Preventie</b>	4	4	3	4	<b>15</b>
<b>Gezondheidsbevordering</b>	5	4	4	3	<b>16</b>
<b>Totaal</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>47</b>

De HLS-EU-Q47 is in 2011 afgenomen onder 925 inwoners in Nederland en ongeveer 1000 inwoners van zeven andere Europese landen (21). Later is in Nederland ook een subset met 16 items periodiek toegepast binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (HLS-EU-Q16). Uit de meest recente Nivel-metingen komt naar voren dat het percentage Nederlanders dat problemen ervaart met het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van gezondheidsinformatie rond 35% is (22).

Voor internationale monitoring is in 2018 het netwerk M-POHL (Measuring Population and Organizational Health Literacy) opgericht onder leiding van de World Health Organization. Tussen 2019 en 2021 coördineerde M-POHL een nieuwe ronde van metingen (HLS<sub>19</sub>), waaraan Nederland niet deelnam. De HLS-EU-Q47 is geactualiseerd om beter aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld ten aanzien van gebruik maken van informatie uit de media en digitale bronnen. Ook zijn zinsconstructies vereenvoudigd en verduidelijkt. Daarnaast is een nieuwe subset van 12 items geselecteerd, waarbij elk item één dimensie in het conceptuele model representeert (HLS<sub>19</sub>-Q12) (23).

In 2024 startte M-POHL een tweede meetronde waar Nederland wel aan deel nam. Dit rapport gaat over de dataverzameling in Nederland, die loopt van 2024 tot 2026.

Specifieke doelen waren:

1. Vertalen en aanpassen van de HLS<sub>19</sub> voor dataverzameling in de Nederlandse context
2. Achterhalen van gezondheidsvaardigheden in een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking
3. Beschrijven hoe deze gezondheidsvaardigheden samenhangen met achtergrondkenmerken in de Nederlandse bevolking



## 2 Methoden

### 2.1 Vertaling en aanpassing health literacy survey

#### 2.1.1 *Procedure vertaling*

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van de HLS<sub>19</sub>-Q47. De originele 47 Engelstalige items zijn volgens de M-POHL procedure vertaald naar het Nederlands. Twee aparte vertalingen zijn verricht door het projectteam en door een professioneel vertaalbureau. Hierbij is de bestaande Nederlandse vertaling van items uit de HLS-EU geraadpleegd. Deze twee vertalingen zijn gecombineerd tot één versie door middel van een consensus proces binnen het projectteam.

Bij twijfel of de aanpassing mogelijk gevolgen heeft voor de betekenis van de items, is het internationale coördinatie centrum van M-POHL om advies gevraagd. De consensus versie is vervolgens door het vertaalbureau terugvertaald in het Nederlands. Op deze manier is gecontroleerd of de items dezelfde betekenis en meeteigenschappen behouden als het origineel.

#### 2.1.2 *Cognitieve interviews en expert consultatie*

De vertaalde versie van de HLS<sub>19</sub>-Q47 werd kwalitatief getest op begrijpelijkheid, toepasbaarheid en relevantie voor de Nederlandse context in twee groepsinterviews en expert consultaties. Hierbij werden ook de M-POHL procedures gebruikt die in elk land van toepassing zijn.

De eerste groep bestond uit drie vrouwelijke taalambassadeurs (40-70 jaar) van Stichting ABC. Dit is een organisatie van en voor laaggeletterden in Nederland. Zij verzorgen onder andere voorlichting en testpanels voor gemeenten en organisaties over begrijpelijke communicatie. Op basis van de feedback van deze groep is de vragenlijst zo vereenvoudigd dat de betekenis van de items behouden blijft. Waar mogelijk werden moeilijke woorden vervangen door alternatieven, zoals inenting in plaats van vaccinaties. Ook werd de leesbaarheid van zinnen verbeterd door het onderwerp bij elkaar te houden. De centrale vraag 'Hoe makkelijk of moeilijk vindt u het om ...' werd vervangen door de vraag 'Hoe makkelijk of moeilijk is het volgende voor u? Op deze manier is de constructie '.. om te' aan het begin van elke stelling voorkomen. Ook bood dit de mogelijkheid om de stelling te beginnen met het werkwoord in kwestie (vinden, begrijpen, beoordelen, toepassen). Na deze aanpassingen werd de vragenlijst voorgelegd aan een groep van drie vrouwen van Marokkaanse herkomst (40-50 jaar met laag, gemiddeld en hoog opleidingsniveau).

In beide groepen kwam naar voren dat deelnemers moeite hadden met het grote aantal stellingen waarin inhoudelijk weinig onderscheid zit. Daarom zijn de stellingen voor het huidige onderzoek geordend per onderwerp: media; omgeving; gezond blijven; vaccinatie & medicatie; en ziekte & ongeval. De volgorde van de verkorte versie (HLS<sub>19</sub>-Q12) werd niet aangepast in verband met de internationale vergelijkbaarheid van het onderzoek.

Tot slot werd de vragenlijst voorgelegd aan experts van het lectoraat 'begrijpelijk communiceren' van Hogeschool Zuyd. Op basis hiervan werden nog enkele zinsconstructies aangepast en moeilijke woorden vervangen door alternatieven op B1 niveau. Zie bijlage 1 voor de uiteindelijke versie 'HLS<sub>19</sub>-Q47', en bijlage 2 voor de subset van 12 items die de 'HLS<sub>19</sub>-Q12' vormen.

### 2.1.3

#### *Pilot test*

Aan de HLS<sub>19</sub>-Q47 werden vragen toegevoegd over achtergrondkenmerken, gezondheid en gebruik van gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering (zie dataverzameling). De volledige vragenlijst werd vervolgens getest op bruikbaarheid in het Ipsos I&O onderzoekspanel. In totaal werden 200 leden van het panel uitgenodigd om de vragenlijst digitaal in te vullen. Daarnaast werd de respons op de uitnodigingsbrief getest onder de algemene bevolking. Hiervoor werden drie wijken met een relatief hoog percentage lager opgeleiden en mensen met een migratieachtergrond geselecteerd uit de Basisregistratie Adressen en Gebouwen (BAG). Zij ontvingen een uitnodigingsbrief vanuit Ipsos I&O. Er werden twee varianten getoetst. De eerste variant was formeler van aard en de tweede variant informeler.

De response in het I&O onderzoekspanel was 55%. De respons op de BAG-steekproef was 6%. Er bleek geen verschil in respons tussen de formele en minder formele brief. De pilot gaf geen aanleiding om de vragenlijst aan te passen. Wel werd besloten om in plaats van Ipsos enveloppen en briefpapier gebruik te maken van enveloppen en briefpapier van het RIVM. Dit is gedaan met het doel de respons te verhogen. De gemiddelde invulduur van de vragenlijst was 15 minuten.

## 2.2

### **Sampling en dataverzameling**

#### 2.2.1

##### *Onderzoekspopulatie en werving*

De vragenlijst werd door Ipsos I&O uitgezet in een steekproef van inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder binnen hun onderzoekspanel. In vergelijking met de algemene Nederlandse populatie zitten er relatief weinig mensen met een migratieachtergrond en lager opleidingsniveau in dit panel. Daarom werd er ook gebruik gemaakt van een BAG steekproef. Hiervoor werden 60 Nederlandse wijken geselecteerd met een relatief hoog percentage mensen met een migratieachtergrond en lager opleidingsniveau. Hieruit werd een aselecte steekproef op woonadressen getrokken.

Van 6 juni tot en met 6 juli 2025 konden uitgenodigde panelleden en inwoners uit de geselecteerde wijken de vragenlijst invullen. Panelleden ontvingen een mail met een link naar de vragenlijst. Er werd twee keer een herinnering verstuurd naar de geselecteerde panelleden. Inwoners uit de BAG-steekproef ontvingen een schriftelijke uitnodiging met de mogelijkheid de vragenlijst op papier of online in te vullen. Na twee weken volgde een schriftelijke herinnering. Inwoners uit de BAG-steekproef ontvingen een vergoeding van 5 euro als zij de vragenlijst volledig ingevuld terugstuurden.

### 2.2.2 *Toestemming en privacy van deelnemers*

Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst werden deelnemers geïnformeerd over het doel van het onderzoek en werd toestemming gevraagd voor deelname en gegevensverwerking. Hierbij werd aangegeven dat deelname vrijwillig is en dat er maatregelen werden genomen zodat antwoorden niet naar personen te herleiden zijn. De data die Ipsos I&O heeft verzameld zijn gepseudoniseerd aangeleverd aan het RIVM en werden in geaggregeerde vorm gerapporteerd.

Het Klinisch Expertise Centrum van het RIVM oordeelde dat uitvoering van het onderzoek niet valt onder de vigerende wet Medisch-Wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) of onder de voorwaarden van de Europese Verordening 2001/20/EG betreffende de uitvoering van klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

### 2.2.3 *Variabelen*

In de vragenlijst werden eerst vragen gesteld over achtergrondkenmerken: gender, leeftijd, opleidingsniveau, postcode en huisnummer (voor NUTS-regio, stedelijk of landelijk gebied).

Daarna werd de subset van 12 items (HLS<sub>19</sub>-Q12, bijlage 2) voorgelegd met hierin vier vragen over het vinden van informatie over symptomen van ziektes, behandeling van ziekte, wat te doen bij een medisch noodgeval, en professionele hulp bij ziekte. De daaropvolgende vier vragen gaan over begrijpen van informatie van artsen, bijsluiters, medische noodgevallen, gebruik van een geneesmiddel. De laatste vier vragen gaan over het beoordelen van voor- en nadelen van behandelingen, of informatie van artsen van toepassing is, of advies van een andere arts verkregen moet worden en of informatie in de media betrouwbaar is.

Na de HLS<sub>19</sub>-Q12 volgde de rest van de items van de HLS<sub>19</sub>-Q47 (bijlage 1): Drie vragen over het begrijpen van bijsluiters; vinden van informatie over omgaan met ongezonde gewoontes; en het begrijpen van informatie op verpakkingen van eten en drinken. Daarop volgden vragen over het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen per inhoudelijk thema: Drie vragen over media, zes vragen over omgeving, negen vragen over gezond blijven, zes vragen over vaccinatie en medicatie, en acht vragen over ziektes en ongevallen. Respondenten gaven per item aan in hoeverre ze het heel makkelijk, makkelijk, moeilijk of heel moeilijk vonden om een bepaalde vaardigheid uit te voeren.

De vragenlijst werd afgesloten met vragen over moeite met financieel rondkomen, geboorteland van de respondent zelf en diens ouders, en werksituatie (zie Tabel 2 voor antwoord categorieën).

## 2.3 Analyses

Verschillen in achtergrondkenmerken tussen de panel steekproef en de BAG steekproef werden geanalyseerd door middel van een chi-squared test met Rao & Scott's tweede-order correctie. Daarnaast werd de representativiteit van de steekproef in kaart gebracht door de verdeling van achtergrondkenmerken in de steekproef te vergelijken met de verdeling van achtergrondkenmerken in de Nederlandse populatie. Dit is gedaan voor de achtergrondkenmerken waarvoor de verdeling in de Nederlandse populatie van 18 jaar en ouder bekend was bij het Centraal Bureau voor de Statistiek.

De antwoorden op de items van de Q12 en Q47 werden gecodeerd als 1 "Heel moeilijk", 2 "Moeilijk", 3 "Makkelijk", en 4 "Heel makkelijk". Vervolgens werden gezondheidsvaardigheden berekend volgens de p-type score en geschaald naar een range van 0-100 (23):

$$\text{Gezondheidsvaardigheden} = \left( \frac{\bar{x} - 1}{3} \right) \times 100$$

Waarbij  $\bar{x}$  het gemiddelde is van de numerieke waarden van de gezondheidsvaardigheden items. Er werd een maximum van 20% missende waarden per respondent toegestaan om een score voor gezondheidsvaardigheden te berekenen, wat neerkomt op minimaal 10/12 antwoorden voor de HLS<sub>24</sub>-Q12 en 38/47 antwoorden voor de HLS<sub>24</sub>-Q47.

De scores werden volgens de M-POHL afkappunten geordend in vier categorieën: Ontoereikende (score 0-50); problematisch (>50-66.67); voldoende (>66.67-83.33); excellent (>83.33-100). Deze afkappunten zijn conceptueel vastgesteld op basis van het oorspronkelijke HLS-EU-Q47 model en de vier labels zijn overgenomen om internationale vergelijkbaarheid en methodologische continuïteit te waarborgen. Uitkomsten van de HLS<sub>19</sub>-Q47 werden berekend voor informatie vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen binnen de domeinen gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Door middel van Cronbach's alpha werd de interne consistentie van de HLS<sub>19</sub>-Q47, en de subschalen voor vaardigheden en domeinen berekend.

Om de representativiteit van de resultaten te vergroten zijn de antwoorden gewogen naar leeftijd, gender en regio. Hiervoor zijn wegingsfactoren berekend op basis van de verdeling in de Nederlandse bevolking. Deze factoren zijn toegepast op de dataset en berekeningen, zodat groepen die over- of ondervertegenwoordigd zijn, correcter meewegen in de berekeningen. Hierbij krijgt iedere respondent een wegingsfactor toegekend. Door deze weging verschilt het totaalbeeld soms van de ongewogen resultaten.

De relatie tussen achtergrondkenmerken van de populatie en HLS<sub>19</sub>-Q47 scores voor informatie vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen werd beschreven aan de hand van frequentietabellen. Hiervoor werd het percentage mensen met ontoereikende of problematische gezondheidsvaardigheden per groep gerapporteerd. De verschillen tussen de groepen werden statistisch getoetst door middel van chi-kwadrat testen.

Binnen de M-POHL 2024-2026 meting maakten de meeste andere landen gebruik van de subset van 12 items (HLS<sub>19</sub>-Q12), in plaats van de uitgebreidere HLS<sub>19</sub>-Q47. In het kader van internationale vergelijkbaarheid en mogelijke toepassing van de HLS<sub>24</sub>-Q12 in toekomstige Nederlandse onderzoeken, berekenden we ook de HLS<sub>19</sub>-Q12 score, en de Pearson correlaties met de HLS<sub>19</sub>-Q47. Ook werd Cronbach's alpha berekend voor het meten van de interne consistentie tussen de 12 items en de subschalen.



## 3 Resultaten

### 3.1 Respons en kenmerken onderzoekspopulatie

De vragenlijst is digitaal uitgezet onder 19.956 panelleden van Ipsos I&O. Van deze panelleden hebben 10.094 de vragenlijst volledig ingevuld (respons percentage: 51%; 10.276 na weging). De andere uitgenodigde panelleden zijn de vragenlijst niet gestart (38%), hebben deze onderbroken (7%), incompleet ingevuld (3%), of geen toestemming gegeven (2%). Daarnaast is de vragenlijst schriftelijk verspreid onder 9.999 inwoners uit de BAG-steekproef, van wie 1.347 de vragenlijst invulden (respons percentage van 13%; 1.165 na weging).

Tabel 2 beschrijft de gewogen achtergrondkenmerken van de respondenten. De BAG-steekproef en de panelresponses verschillen statistisch significant van elkaar voor de verdeling van leeftijd, opleidingsniveau, NUTS-regio, moeite met rondkomen, geboorteland, geboorteland ouders en werksituatie.

De verdeling van achtergrondkenmerken voor de steekproef en de Nederlandse bevolking is beschreven in bijlage 3 (tabel 3). Ten opzichte van de Nederlandse populatie bevat de ongewogen steekproef relatief meer vrouwen, mensen in de leeftijd 50-69 en 70+, mensen met een Hbo of wo-opleiding, mensen geboren in Nederland, mensen waarvan één van beide of beide ouders in een ander land is/zijn geboren, en mensen woonachtig in Noord-Nederland.

Tabel 2 Gewogen kenmerken van de respondenten, naar steekproef, n (%)

Kenmerken	Totaal	BAG- steekproef	Panel	p-waarde <sup>1</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Totaal</b>	11.441 (100)	1.165 (100)	10.276 (100)	
<b>Geslacht</b>				0,2
Man	5.639 (49,3)	552 (47,4)	5.086 (49,5)	
Vrouw	5.775 (50,5)	611 (52,5)	5.164 (50,2)	
Niet-binair	27 (0,2)	1 (0,1)	26 (0,3)	
<b>Leeftijd</b>				<0,001
18-29	3.118 (27,3)	194 (16,7)	2.923 (28,4)	
30-49	2.549 (22,3)	186 (16,0)	2.363 (23,0)	
50-69	2.900 (25,4)	291 (25,0)	2.609 (25,4)	
70+	2.874 (25,1)	493 (42,3)	2.381 (23,2)	
<b>Opleidingsniveau</b>				<0,001
Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	2.034 (17,9)	351 (31,0)	1.683 (16,4)	
Havo, vwo, mbo 2-4	3.705 (32,5)	325 (28,7)	3.380 (33,0)	
Hbo, wo	5.645 (49,6)	457 (40,3)	5.188 (50,6)	
Onbekend	57	31	25	
<b>Stedelijkheid</b>				0,006
Voorname­lijk stedelijk	6.856 (59,9)	651 (55,9)	6.204 (60,4)	
Voorname­lijk landelijk of gemiddeld	4.585 (40,1)	513 (44,1)	4.072 (39,6)	

<b>Kenmerken</b>	<b>Totaal</b>	<b>BAG- steekproef</b>	<b>Panel</b>	<b>p-waarde<sup>1</sup></b>
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>NUTS-regio</b>				<0,001
Zuid-Nederland	1.138 (10,0)	185 (15,9)	953 (9,3)	
West-Nederland	2.395 (20,9)	211 (18,1)	2.184 (21,3)	
Noord-Nederland	5.461 (47,7)	491 (42,2)	4.970 (48,4)	
Oost-Nederland	2.446 (21,4)	277 (23,8)	2.169 (21,1)	
<b>Rondkomen</b>				<0,001
Heel moeilijk	134 (1,2)	18 (1,6)	115 (1,1)	
Moeilijk	291 (2,6)	50 (4,4)	241 (2,4)	
Redelijk moeilijk	988 (8,8)	146 (12,8)	842 (8,3)	
Redelijk makkelijk	3.287 (29,2)	355 (31,2)	2.931 (29,0)	
Makkelijk	3.542 (31,5)	316 (27,8)	3.225 (31,9)	
Heel makkelijk	3.009 (26,7)	254 (22,3)	2.755 (27,3)	
Onbekend	191	25	166	
<b>Geboorteland</b>				<0,001
Nederland	10.713 (94,0)	991 (86,7)	9.722 (94,8)	
In een ander land	686 (6,0)	152 (13,3)	534 (5,2)	
Onbekend	43	22	21	
<b>Geboorteland ouders</b>				<0,001
Beide in Nederland	9.743 (86,0)	911 (81,1)	8.832 (86,5)	
Een van beide in een ander land	893 (7,9)	45 (4,0)	849 (8,3)	
Beide in een ander land	693 (6,1)	168 (14,9)	525 (5,1)	
Onbekend	112	41	71	
<b>Werk situatie</b>				<0,001
Werkzaam in loondienst	5.357 (47,1)	359 (31,8)	4.999 (48,8)	
ZZP'er/ freelancer	457 (4,0)	63 (5,6)	394 (3,8)	
Werkloos/ werkzoekend/ bijstand	249 (2,2)	37 (3,3)	212 (2,1)	
Gepensioneerd of VUT	3.396 (29,9)	504 (44,8)	2.892 (28,2)	
Arbeidsongeschikt	536 (4,7)	45 (4,0)	491 (4,8)	
Studerend / schoolgaand	945 (8,3)	46 (4,1)	899 (8,8)	
Huisvrouw / huisman	272 (2,4)	39 (3,5)	233 (2,3)	
Anders	151 (1,3)	32 (2,9)	119 (1,2)	
Onbekend	77	39	39	

<sup>1</sup>chi-squared test met Rao & Scott's tweede-order correctie

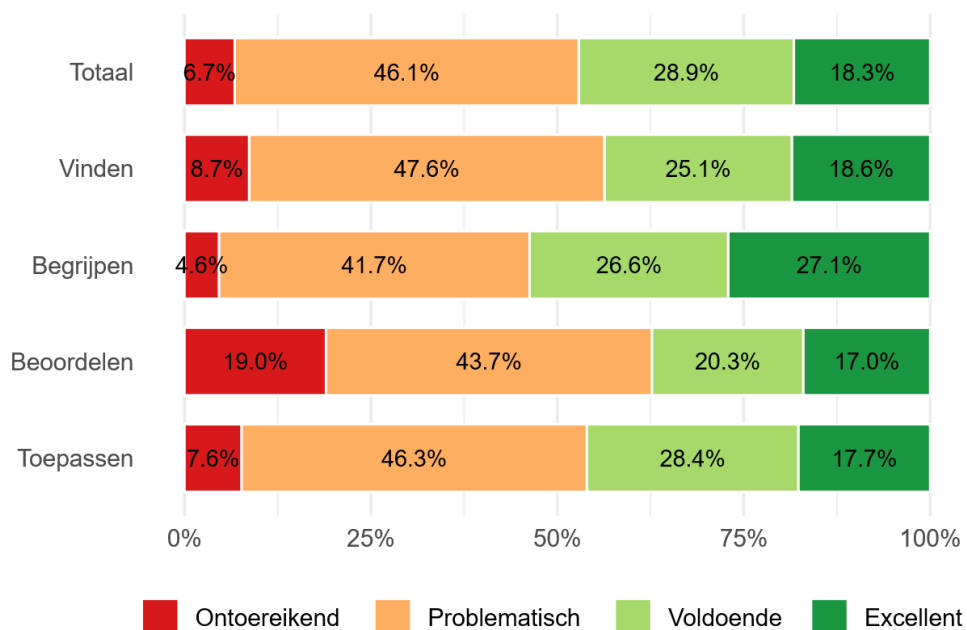
### 3.2 Gezondheidsvaardigheden per type vaardigheid en zorgdomein

Volgens de HLS<sub>19</sub>-Q47 heeft 52,8% van de respondenten problemen bij het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van informatie. In figuur 2 is dit aangegeven als 'ontoereikend' (rood) of 'problematisch' (oranje).

Bijna 63% (62,7%) van de respondenten vond het moeilijk of heel moeilijk om informatie te beoordelen. Het gaat hier bijvoorbeeld over het afwegen van voor- en nadelen van vaccinatie of medische behandelingen, of het beoordelen van de betrouwbaarheid van informatie in de media. Ook het beoordelen wanneer controle van een arts nodig is, of wanneer het advies van een andere arts ingewonnen moet worden, zijn vaardigheden die bij 'beoordelen' horen. Bij het begrijpen van informatie gaf 46,5% van de respondenten aan dit (heel) moeilijk te vinden, bij vinden van informatie was dit 56,3% en bij toepassen van informatie 53,9%.

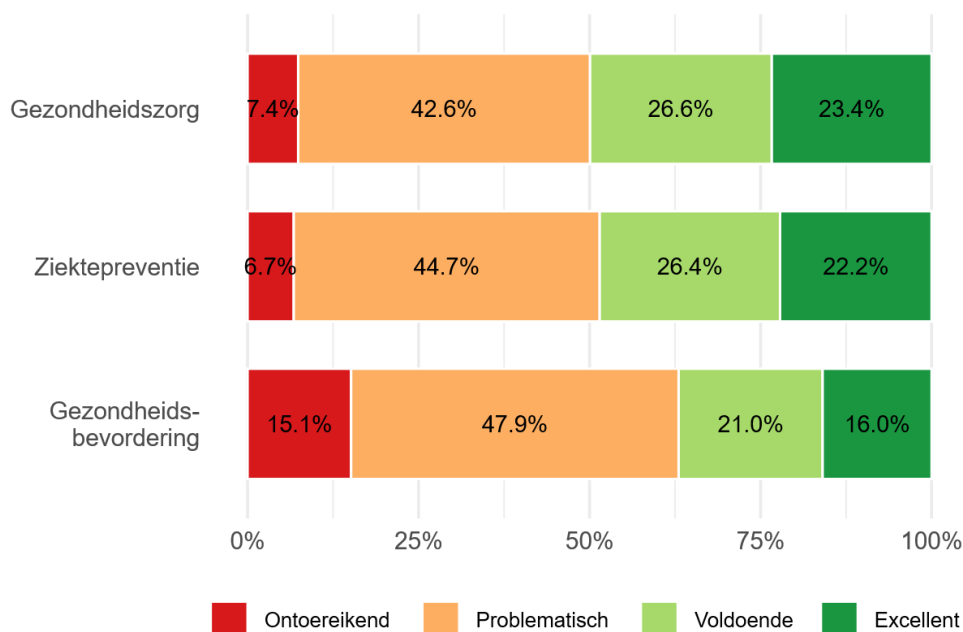
De interne consistentie tussen de 47 items en tussen de items in de verschillende subschalen is hoog (zie bijlage 4, tabel 4). Dit suggereert dat de items het onderliggende construct op een betrouwbare manier meten.

Figuur 2 Gezondheidsvaardigheden op basis van de HLS<sub>19</sub>-Q47



Figuur 3 laat zien dat de meeste problemen werden ervaren binnen het domein van gezondheidsbevordering (63,0%). Het gaat hier bijvoorbeeld over het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van informatie over gezond leven, gezondheidsrisico's, gezonde leefomgeving, inentingen, of bevolkingsonderzoeken. Respondenten gaven aan minder problemen te ervaren in de andere domeinen. In totaal gaf 50,0% aan problemen te ervaren in het domein van gezondheidszorg, en 51,4% in het domein ziektepreventie.

Figuur 3 Gezondheidsvaardigheden per zorgdomein op basis van de HLS<sub>19</sub>-Q47



Resultaten van gezondheidsvaardigheden op basis van de HLS<sub>24</sub>-Q12 zijn terug te vinden in tabel 5 van bijlage 4. Volgens de HLS<sub>19</sub>-Q12 is het percentage ontoereikende of problematische gezondheidsvaardigheden 46,6%. Ook volgens de HLS<sub>19</sub>-Q12 ervaren de meeste mensen moeite met het beoordelen van informatie (59,6%). Het percentage ontoereikend/problematisch was het hoogste binnen het domein van preventie (57,9%).

De Pearson-correlatiecoëfficiënten tussen HLS<sub>19</sub>-Q12 en HLS<sub>19</sub>-Q47 zijn terug te vinden in tabel 6 van bijlage 4. De correlatie tussen de HLS<sub>19</sub>-Q47 en de HLS<sub>19</sub>-Q12 is 0,92. Dit betekent dat de correlatie hoog is. De interne consistentie voor de HLS<sub>19</sub>-Q12 is hoog voor de algemene schaal en acceptabel voor de subschalen (zie tabel 7, bijlage 4).

### 3.3 Gezondheidsvaardigheden en achtergrondkenmerken

Figuur 4 en 5 laten de gezondheidsvaardigheden (per vaardigheid en domein) naar achtergrondkenmerken zien. Een volledig uitgeschreven versie van deze figuren is te vinden in bijlage 5. De p-waarden voor de verschillen tussen groepen zijn weergegeven in bijlage 6 (tabel 8).

Het percentage ontoereikende of problematische gezondheidsvaardigheden is het hoogste onder respondenten die (heel) moeilijk financieel rondkomen. In totaal gaf 72,5% van de mensen die heel moeilijk rondkomen aan problemen te ervaren met het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie. Dit was 35,8% van de mensen die heel gemakkelijk rondkomen. Problemen werden door mensen die moeilijk rondkomen vooral ervaren met het toepassen van informatie (79,0%), en binnen het domein gezondheidsbevordering (84,9%). Verschillen tussen de groepen waren statistisch significant ( $P \leq 0,001$ ) voor de totaalscore en voor alle subscores op vaardigheden en domeinen.

Ook mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn, gaven relatief vaker aan problemen te ervaren, respectievelijk 64,9% en 63,2% scoorde ontoereikend of problematisch op gezondheidsvaardigheden. Bij hen werden ook de meeste problemen gevonden in het domein gezondheidsbevordering (71,2%; 71,8%) en met het beoordelen van informatie (69,5%; 70,1%). Verschillen tussen de werksituatie groepen waren statistisch significant ( $P \leq 0,001$ ) voor de totaalscore en voor alle subscores.

Verschillen in gezondheidsvaardigheden werden ook gevonden tussen opleidingsniveaus. Ook deze verschillen waren significant ( $P \leq 0,001$ ) voor de totaalscore en voor alle subscores. Mensen met primair onderwijs, een vmbo of mbo-1 opleiding ervoeren vaker problemen (65,1%) dan mensen met havo, vwo, mbo 2-4 (56,5%) of mensen met hbo of wo opleiding (45,9%). Zij ondervonden de meeste problemen met het beoordelen (72,2%) van informatie, en in het domein gezondheidsbevordering (73,3%).

We vonden ook leeftijdsverschillen, waarbij vooral ouderen (70+) problemen rapporteerden (58,5%) en de jongste leeftijdsgroep (18-29 jaar) minder vaak problemen rapporteerde (50,2%). Ook ouderen ervoeren vooral problemen in het domein van gezondheidsbevordering (67,3%). Verschillen tussen de leeftijdsgroepen waren significant ( $P \leq 0,001$ ) voor de totaalscore en voor alle subscores.

Van de mensen die niet in Nederland zijn geboren, gaf 57,1% aan problemen te ervaren in gezondheidsvaardigheden, dit was 52,6% bij mensen die wel in Nederland zijn geboren. Verschillen waren significant ( $P \leq 0,05$ ) voor de totaalscore en voor de subscores voor 'verkrijgen' en 'toepassen'. De vaardigheden 'begrijpen', en 'beoordelen' verschilden niet significant van mensen die in Nederland zijn geboren. Mensen die niet in Nederland zijn geboren ervoeren de meeste problemen in het domein gezondheidsbevordering (65,8%). Deze subscore verschilde niet significant van mensen die wel in Nederland zijn geboren. Het verschil in subscores binnen de domeinen 'gezondheidszorg' en 'preventie' waren

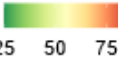
wel significant ( $P \leq 0,05$ ). Mensen waarvan beide ouders in een ander land zijn geboren ervaren vaker problemen (58,1%) dan mensen waarvan een van beide ouders in een ander land is geboren (52,4%) of mensen waarvan beide ouders in Nederland zijn geboren (52,5%). Alleen de verschillen in de subscores voor 'begrijpen' en de domeinen waren significant ( $P \leq 0,05$ ).

In vergelijking met de andere regio's, is het percentage ontoereikende of problematische gezondheidsvaardigheden hoger in Oost-Nederland (57,5%). De verschillen tussen de NUTS-regio's waren significant ( $P \leq 0,01$ ). Ook is het percentage lager in stedelijk gebied (51,4%) dan in gemiddeld of voornamelijk landelijk gebied (55,0%). Deze verschillen waren significant ( $P \leq 0,05$ ).

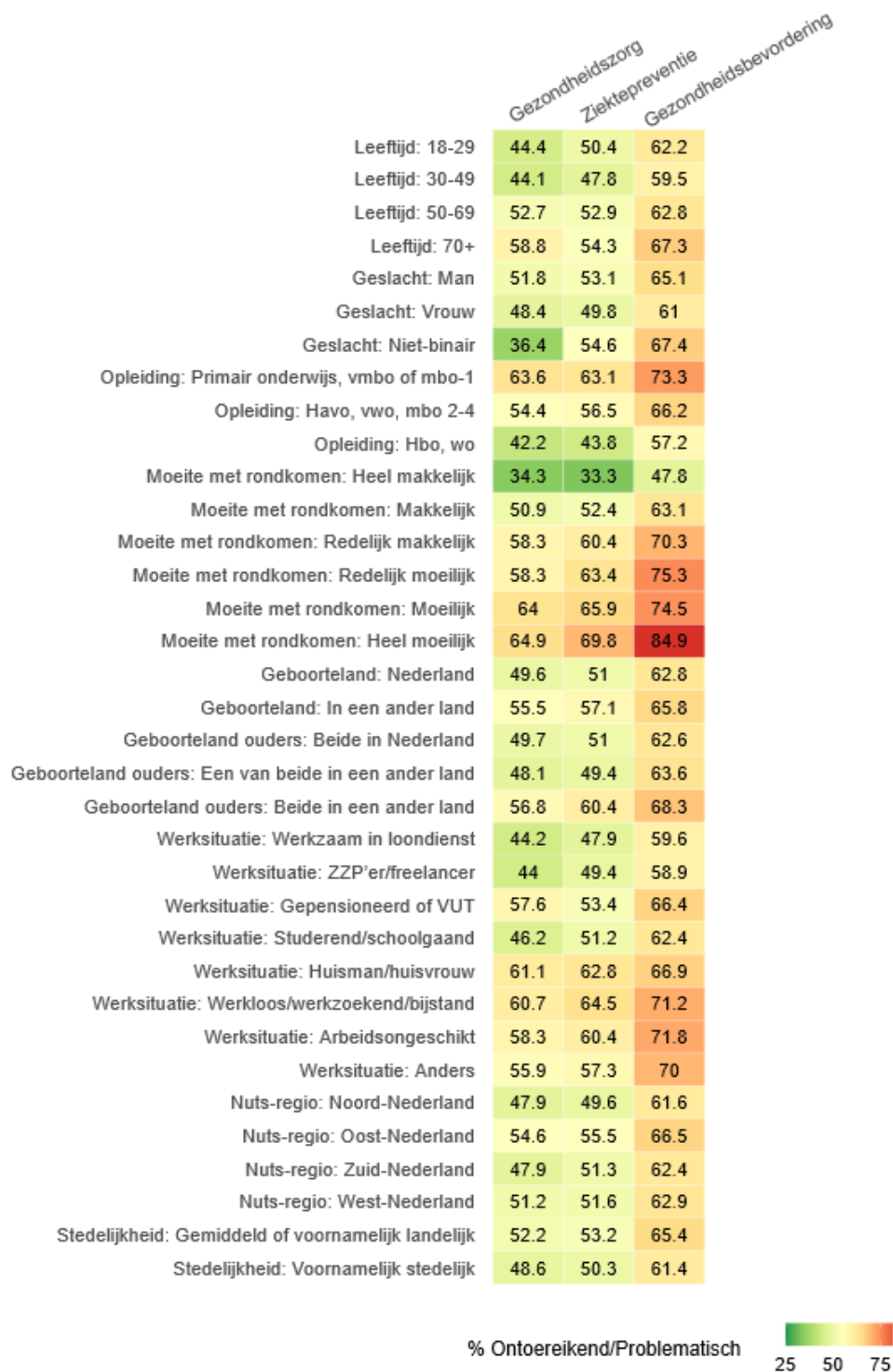
Verschillen tussen vrouwen en mannen waren significant voor de totaal score ( $P \leq 0,001$ ; 50,9% versus 54,9%) en voor alle subscores, behalve voor de vaardigheid 'toepassen'.

Figuur 4 Gezondheidsvaardigheden naar achtergrondkenmerken

	Totaal	Vinden	Begrijpen	Beoordelen	Toepassen
Leeftijd: 18-29	50.2	53.8	38.5	62.5	52.6
Leeftijd: 30-49	48.5	51.4	41.1	59.8	50.8
Leeftijd: 50-69	54	57.1	50.3	62.8	54.8
Leeftijd: 70+	58.5	62.6	55.2	65.4	57.4
Geslacht: Man	54.9	58.4	48.5	64.6	54.2
Geslacht: Vrouw	50.9	54.2	44.2	60.8	53.6
Geslacht: Niet-binair	48.5	48.5	25.5	66.2	64.8
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	65.1	68.3	62.1	72.2	63.8
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	56.5	59.9	52.8	65.8	58
Opleiding: Hbo, wo	45.9	49.4	36.1	57.1	47.5
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	35.8	40.6	30.3	46.9	37.2
Moeite met rondkomen: Makkelijk	54	57.2	47.9	63.8	53.2
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	60.9	63.5	54.1	70.4	62.6
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	64.1	67.9	56.4	71.3	67.4
Moeite met rondkomen: Moeilijk	68	70.1	55.5	76.8	70.5
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	72.5	73.6	59.8	73.5	79
Geboorteland: Nederland	52.6	56	46.1	62.4	53.5
Geboorteland: In een ander land	57.1	60.8	48.5	65.5	59.6
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	52.5	56.1	46.4	62.2	53.4
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	52.4	54.4	41.6	62.3	52.7
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	58.1	60.9	51.1	67	62.6
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	48.1	51.5	40.9	59.7	49.9
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	49.5	51.4	39.2	58.1	50.5
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	57.6	61.6	54.3	65	56.6
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	51.5	54.2	39.8	64.2	52.5
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	61	64	56.6	69	64.1
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	64.9	68.3	51.9	69.5	67.4
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	63.2	64.4	54	70.1	67
Werksituatie: Anders	59.1	66.1	55.1	64.6	63.2
Nuts-regio: Noord-Nederland	50.5	54.7	43.8	61	52
Nuts-regio: Oost-Nederland	57.5	60.2	51.3	66.1	57.7
Nuts-regio: Zuid-Nederland	52.6	56.5	46.7	62.2	54
Nuts-regio: West-Nederland	53.5	55.9	46.7	63.2	54.6
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	55	58.4	49.6	64.5	55.3
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	51.4	54.9	44.1	61.4	53

% Ontoereikend/Problematisch  25 50 75

Figuur 5 Gezondheidsvaardigheden per domein naar achtergrondkenmerken



## 4 Conclusie

### 4.1 Kernbevindingen en discussie

Gezondheidsvaardigheden zijn cognitieve, sociale en praktische vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid te vinden, begrijpen, beoordelen en toe te passen bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid. Op populatieniveau zijn gezondheidsvaardigheden relevant voor volksgezondheidsbeleid, omdat zij mede bepalen in hoeverre inwoners in staat zijn regie te voeren over hun gezondheid en effectief gebruik te maken van voorzieningen voor gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

Het meten van gezondheidsvaardigheden binnen de bevolking maakt het mogelijk om risicogroepen te identificeren, ongelijkheden in kaart te brengen en interventies te ontwikkelen om zorg en preventie af te stemmen op gezondheidsvaardigheden. Voor dit huidige onderzoek in Nederland hebben we de internationale Engelstalige HLS met 47 items vertaald en aangepast voor gebruik in Nederland. In totaal vulden 11.441 mensen deze HLS<sub>19</sub>-Q47 in. Uit de resultaten komt naar voren dat 52,8% van de populatie problemen ervaart in het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van informatie in de context van gezondheidsbevordering, ziektepreventie en gezondheidszorg. Zij ervaarden de meeste problemen in de context van gezondheidsbevordering, en met het beoordelen van gezondheidsgerelateerde informatie.

Uit de eerdere HLS-EU (Q47) die in 2011 bij 975 mensen in Nederland is afgenomen kwam een percentage van 29,7% problematische of ontoereikende gezondheidsvaardigheden naar voren (21). Dit verschil is voor een deel toe te schrijven aan methodologische verschillen. De HLS-EU is destijds afgenomen onder een kleinere steekproef waarbij gebruik werd gemaakt van persoonlijke interviews. Persoonlijke interviews kunnen leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Aan de andere kant kunnen vragenlijsten ervoor zorgen dat alleen mensen die kunnen lezen deelnemen aan het onderzoek. Ook is het mogelijk dat niet alle vragen goed worden begrepen. De verschillen kunnen ook verklaard worden door het feit dat de hedendaagse complexe zorgsystemen met toenemende digitalisering een groter beroep doen op gezondheidsvaardigheden van mensen, waardoor zij ook daadwerkelijk meer problemen ervaren.

Uit de HLS-EU-Q16 die binnen het Nivel Consumentenpanel wordt afgenomen komt naar voren dat het percentage mensen met ontoereikende vaardigheden fluctueert over de jaren heen. In 2012 was dit 29%, in 2017 36%, in 2021 25% en in 2023 was het 35% (22). In 2026 is door het Nivel gebruik gemaakt van de HLS<sub>19</sub>-Q12, zoals vertaald en aangepast in het huidige project. Hieruit komt naar voren dat 44,3% van de panelleden problematische of ontoereikende vaardigheden hebben. Dit is vergelijkbaar met de 46,6% die uit onze analyses van de Q12 naar voren komt.

De correlatie tussen de uitkomsten van de HLS<sub>19</sub>-Q47 en de subset met 12 items (HLS<sub>19</sub>-Q12) was hoog (0,92). De Q12 leidt echter wel tot een lager percentage dat wordt gecategoriseerd als problematische of ontoereikende gezondheidsvaardigheden. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de eerdere selectie van de items in de HLS<sub>19</sub>-Q47 die gebaseerd was op het conceptuele raamwerk, en op het feit dat de HLS<sub>19</sub>-Q12 een kleiner aantal vragen omvat (23). De subschalen omvatten 3 tot 4 items. Daarom is het van belang om de betrouwbaarheid in acht te nemen bij interpretatie van de scores per vaardigheid en per domein. De HLS<sub>19</sub>-Q12 is dus geen inhoudelijke equivalent van de HLS<sub>19</sub>-Q47, maar door de sterke psychometrische eigenschappen vormt de schaal in zijn geheel een betrouwbare en compacte maat voor gezondheidsvaardigheden (23).

De HLS<sub>19</sub>-Q47 uitkomsten laten zien dat het percentage ontoereikende of problematische gezondheidsvaardigheden het hoogste is onder mensen die moeilijk rond kunnen komen, mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn, en mensen die alleen primair onderwijs, vmbo of mbo-1 hebben afgerond. Twee op de drie van deze respondenten gaf aan problemen te ervaren, vooral met het beoordelen van gezondheidsgerelateerde informatie, en vooral in het domein gezondheidsbevordering.

Gezondheidsvaardigheden lijken het sterkst samen te hangen met ervaren armoede. Een mogelijke verklaring is dat armoede en financiële stress tijd, energie, digitale toegang en cognitief functioneren beperken, waardoor informatie lastiger te begrijpen is en zorg moeilijker te navigeren. Ook mensen met primair onderwijs, vmbo of mbo-1 als hoogst behaalde opleiding en werklozen rapporteerden vaker problemen. Deze drie kenmerken (armoede, opleiding, werk) zijn niet onafhankelijk van elkaar en liggen in elkaars verlengde. Dit laat zien dat gezondheidsvaardigheden ingebed zijn in bredere sociale en economische omstandigheden.

We vonden ook verschillen in gezondheidsvaardigheden tussen respondenten die wel en niet in Nederland waren geboren (respectievelijk 57,1% en 52,6%). In eerder onderzoek met het Nivel consumentenpanel werden kleine tot geen verschillen gevonden in gezondheidsvaardigheden tussen mensen met en zonder migratie achtergrond. Deze onderzochte groepen waren echter klein (89 panelleden met een migratie achtergrond versus 885 panelleden zonder migratie achtergrond) (24). Grotere verschillen in gezondheidsvaardigheden werden gevonden onder 2088 jongvolwassenen (18-25 jaar) die deelnamen aan de Amsterdamse multi-etnische cohort studie 'HELIUS'. De 413 deelnemers zonder migratie achtergrond scoorden significant hoger op gezondheidsvaardigheden dan mensen met migratie achtergrond. Deelnemers met een Turkse, Marokkaanse en Ghanese achtergrond scoorden het laagste, ook na correctie voor sociaaleconomische achtergrond (25). Het verschil in bevindingen tussen Nivel en HELIUS kan mogelijk verklaard worden doordat gezondheidsvaardigheden binnen HELIUS niet gemeten werden op basis van zelfrapportage, maar aan de hand van een test, de Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (25).

## 4.2 Sterktes en beperkingen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de HLS<sub>19</sub>-Q47, een gestandaardiseerd internationale vragenlijst die volgens geldende procedures vertaald en aangepast is voor de Nederlandse situatie. De vragenlijst is afgenomen in een steekproef van 11.441 respondenten waarbij gebruik is gemaakt van een BAG steekproef om de diversiteit in de onderzoekspopulatie te verhogen. Doordat andere landen een vergelijkbaar protocol volgen, kunnen we de resultaten in de toekomst met hen vergelijken.

De hoge Cronbach's alpha-waarden van de verschillende schalen van de HLS<sub>19</sub>-Q47 suggereren dat de items het onderliggende construct op een betrouwbare manier meten. Tegelijkertijd wijzen de zeer hoge waarden erop dat sommige items mogelijk sterk overlappen in inhoud. Het kan daarom zinvol zijn om te onderzoeken of bepaalde items redundant zijn of te veel op elkaar lijken.

In de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met het cross-sectionele design van dit onderzoek. Trends worden pas zichtbaar door herhaalde metingen over meerdere jaren. De resultaten tonen verbanden, maar geen causaliteit. Daarnaast moet in de interpretatie rekening worden gehouden met het feit dat aan respondenten werd gevraagd hoe moeilijk of makkelijk zij bepaalde taken vinden. Dit meet ervaren moeilijkheid, niet objectieve vaardigheid. Daardoor kunnen verschillen in zelfinschatting de resultaten beïnvloeden.

Tot slot is de vragenlijst hoogstwaarschijnlijk alleen ingevuld door mensen die kunnen lezen, waardoor mensen met de laagste gezondheidsvaardigheden waarschijnlijk ontbreken.

## 4.3 Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de huidige inrichting van de gezondheidszorg onvoldoende aansluit bij de vaardigheden van meer dan de helft van de Nederlanders. Dit vraagt om structurele verbeteringen in de toegankelijkheid, begrijpelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van informatie en zorgprocessen. In dit kader is 'organizational health literacy' een belangrijk aangrijpingspunt. Het WHO-Action Network M-POHL beschrijft een gezondheidsvaardige organisatie als een organisatie die het mensen gemakkelijker maakt om informatie en (zorg)aanbod te vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken.

Voor organisaties houdt dat in:

- **Vereenvoudig diensten en processen**  
Zorgen voor eenvoudige toegang tot informatie, zorgprocessen en ondersteunende diensten. Dit omvat fysieke toegankelijkheid, digitale toegankelijkheid en begrijpelijke navigatie in de organisatie.
- **Bied informatie begrijpelijk en bruikbaar aan**  
Aanbieden van informatie in een vorm die mensen kunnen begrijpen, beoordelen en toepassen. Dit betekent heldere taal, visuele ondersteuning, logische structuur en informatie die aansluit bij verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden.

Dit kan door eindgebruikers te betrekken bij de ontwikkeling van documenten, materialen en diensten.

- **Stem communicatie af op gezondheidsvaardigheden**  
Maak gebruik van 'best practices' bij alle vormen van communicatie, en investeer in training, tools en ondersteuning voor medewerkers, zodat zij effectief kunnen communiceren met mensen met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden.
- **Gezondheidsvaardigheden centraal stellen en meten**  
Leiderschap, beleid en kwaliteitsverbetering zijn gericht op toegankelijkheid, inclusiviteit en gebruiksvriendelijkheid. M-POHL ontwikkelt meetinstrumenten waarmee organisaties hun responsiviteit kunnen meten, vergelijken en verbeteren.

Naast aangrijpingspunten voor organisaties, hebben de bevindingen bredere implicaties voor beleid. Voor duurzame verbetering is beleid nodig dat de randvoorwaarden versterkt waarbinnen organisaties opereren. Daarnaast vraagt de sterke samenhang tussen gezondheidsvaardigheden, armoede, opleidingsniveau en arbeidspositie om een bredere beleidsaanpak die verder reikt dan de zorgsector.

Concrete handelingsperspectieven voor beleid zijn:

- **Versterk randvoorwaarden voor toegankelijkheid**  
Zorg voor een omgeving waarin begrijpelijke communicatie en toegankelijke zorgprocessen de norm zijn. Dat betekent dat landelijke richtlijnen nodig zijn voor begrijpelijke communicatie en digitale toegankelijkheid, zodat organisaties weten welke standaarden zij moeten hanteren. Ook vraagt dit om het opnemen van begrijpelijke communicatie in kwaliteitskaders, toezicht en accreditatie, zodat toegankelijkheid niet afhankelijk blijft van lokale initiatieven maar onderdeel wordt van de reguliere kwaliteitscyclus. Daarnaast is het belangrijk dat beleid de vereenvoudiging van zorgprocessen stimuleert, bijvoorbeeld via programma's voor passende zorg en het verminderen van administratieve lasten. Tot slot moet worden geborgd dat digitale zorg toegankelijk blijft, zodat digitalisering niet leidt tot nieuwe ongelijkheden.
- **Veranker in monitoring en kwaliteitsbeleid**  
Om effectief beleid te kunnen voeren, is structurele kennis nodig over de ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden in Nederland. Dit vraagt om het verankeren van gezondheidsvaardigheden in nationale monitoring, zoals binnen M-POHL, zodat trends over tijd zichtbaar worden en kunnen worden gekoppeld aan maatschappelijke ontwikkelingen zoals digitalisering, vergrijzing en migratie. Daarnaast is aanvullend onderzoek nodig naar effectieve interventies en naar digitale gezondheidsvaardigheden, zodat beleid kan worden gebaseerd op wat aantoonbaar werkt. Ook is het van belang dat gezondheidsvaardigheden en standaarden voor gezondheidsvaardige organisaties worden opgenomen in kwaliteitsstandaarden en beleidsmonitoring, zodat toegankelijkheid en begrijpelijkheid structureel worden meegenomen in de beoordeling van zorgkwaliteit.

- **Richt beleid expliciet op sociale en economische kwetsbaarheid**

De sterke samenhang tussen gezondheidsvaardigheden, armoede, opleiding en arbeidspositie laat zien dat gezondheidsvaardigheden niet losstaan van bredere sociale en economische omstandigheden. Daarom is een integrale beleidsaanpak nodig die verder reikt dan de zorgsector. Dit houdt in dat programma's moeten worden ontwikkeld die gezondheidsvaardigheden koppelen aan armoedebestrijding, onderwijs en werk, zodat mensen in kwetsbare posities beter worden ondersteund. Dit vraagt om versterkte samenwerking tussen zorg, het sociaal domein, onderwijs en werkgevers.

Voor toekomstig beleid is het relevant om inzicht te krijgen in hoe gezondheidsvaardigheden zich in de tijd ontwikkelen, welke interventies effectief blijken en hoe maatschappelijke veranderingen zoals digitalisering en vergrijzing deze vaardigheden beïnvloeden. Het ligt daarom voor de hand om gezondheidsvaardigheden blijvend te monitoren. Gezondheidsvaardigheden kunnen systematisch worden meegenomen in onderzoek naar gebruik van gezondheidszorg, ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsuitkomsten. Regionale verschillen in gezondheidsvaardigheden moeten verder in kaart worden gebracht, zodat regio-specifieke aanbevelingen geformuleerd kunnen worden. Mogelijkheden hiervoor worden momenteel nader onderzocht. Met de groei van digitale zorg is aanvullend onderzoek naar digitale gezondheidsvaardigheden en naar strategieën om de toegankelijkheid van digitale zorg te waarborgen van groot belang.

Binnen het WHO-Action Network M-POHL werken RIVM en Nivel mee aan de doorontwikkeling, vertaling en toepassing van internationale standaarden voor het meten van gezondheidsvaardigheden. In de komende jaren zullen wij deze instrumenten in Nederlandse zorginstellingen inzetten om inzicht te krijgen in de mate waarin organisaties aansluiten bij mensen met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden en om verbeterpunten te identificeren. Dit maakt het mogelijk om de Nederlandse situatie te vergelijken met andere landen, om verbeterpunten te identificeren en om beleid te ondersteunen dat gericht is op toegankelijke, begrijpelijke en inclusieve zorg. Meer informatie hierover is te verkrijgen via de auteurs van dit rapport.



## Dankbetuiging

We danken Stichting ABC en interviewdeelnemers hartelijk voor hun hulp bij het cognitief testen van de vragenlijst. Ook het lectoraat begrijpelijk communiceren van Zuyd Hogeschool dank voor de advisering en Acolad voor ondersteuning bij de vertaling. Ook dank aan Ipsos I&O voor de prettige samenwerking in de dataverzameling, en aan alle respondenten voor het invullen van de vragenlijst. Tot slot hartelijk dank aan onze voormalige collega Tessa Jansen die betrokken was bij de opzet en uitvoering van de dataverzameling.



## Literatuur

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
2. 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(2):97–107.
3. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int*. 2019;34(5):e1–e17.
4. Schönegger R, Von Reibnitz C, Wiesinger HP. Health literacy and healthcare utilisation in universal healthcare systems: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2025;35.
5. Buja A, Grotto G, Montecchio L, De Battisti E, Sperotto M, Bertoncetto C, et al. Association between health literacy and dietary intake of sugar, fat and salt: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2021;24(8):2085–97.
6. Van der Gaag M, Heijmans M, Spoiala C, Rademakers J. The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illn*. 2022;18(2):234–54.
7. Mantwill S, Schulz PJ. Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data. *Patient Educ Couns*. 2015.
8. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):394.
9. Baccolini V, Isonne C, Salerno C, Giffi M, Migliara G, Mazzalai E, Villari P. The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2022;155:106927.
10. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2014;94(2):149–57.
11. Tusoni F, Iagnemma A, Mastrantonio R, Muselli M, Fabiani L, Necozone S. What is the impact of health literacy on healthcare costs? A systematic review and evidence synthesis. *Bmj Open*. 2025;15(12).
12. Fransen MP, Gorter A, Jansen, T. Gezondheidsvaardigheden in een pandemie. Uitdagingen en strategieën voor organisatie en beleid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM; 2024.
13. Knottnerus B, Heijmans, M., Rademakers, J. Inclusieve coronapreventie: uitdagingen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bij informatie en maatregelen in het kader van COVID-19. . Utrecht: Nivel; 2021.

14. Woudstra AJ, Smets EMA, Verdam MGE, Fransen MP. The Role of Health Literacy in Explaining the Relation between Educational Level and Decision Making about Colorectal Cancer Screening. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23).
15. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267782.
16. Oosterveld M, Noordman J, Rademakers J. Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer. Ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Nivel; 2019.
17. Richter R, Giroldi E, Jonkmans M, Linskens J, Rademakers J, van der Weijden T, Jansen J. Option talk and risk communication with people with limited health literacy: A qualitative focus group study with key stakeholders. *PLoS One*. 2025;20(8):e0330191.
18. Roodbeen RTJ, Noordman J, Boland G, van Dulmen S. Shared Decision Making in Practice and the Perspectives of Health Care Professionals on Video-Recorded Consultations With Patients With Low Health Literacy in the Palliative Phase of Their Disease. *MDM Policy Pract*. 2021;6(1):23814683211023472.
19. Murugesu L, Damman OC, Derksen ME, Timmermans DRM, de Jonge A, Smets EMA, Fransen MP. Women's Participation in Decision-Making in Maternity Care: A Qualitative Exploration of Clients' Health Literacy Skills and Needs for Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3).
20. Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, Essink-Bot ML. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun*. 2011;16 Suppl 3:134–49.
21. Van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013;13:179.
22. Heijmans M, Cariot, L., Brabers, A.E.M., Rademakers, J. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden – feiten en cijfers 2023. Nivel, Utrecht 2024.
23. Pelikan JM, Link T, Strassmayr C, Waldherr K, Alferts T, Boggild H, Griebler R, Lopatina M, Mikšová D, Nielsen MG, Peer S, Vrdelja M. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS(19)-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21).
24. Van der Gaag M, van der Heide I, Spreeuwenberg PMM, Brabers AEM, Rademakers J. Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):350.
25. Blom IM, Cohen ES, Eshuis LV, Woudstra AJ, Snijder MB, Kunst AE, Fransen MP. Ethnic Differences in Health Literacy Among Young Adults in Amsterdam. *Health Lit Res Pract*. 2018;2(4):e192–e204.

Bijlage 1 HLS<sub>19</sub>-Q47-NederlandsHLS<sub>19</sub>-Q47-NL\_ Dutch

Het vinden van begrijpelijke, betrouwbare, en bruikbare informatie over gezondheid is niet altijd eenvoudig.

Hoe makkelijk is het omgaan met informatie over gezondheid voor u?

Geef bij elke stelling aan:

heel makkelijk

makkelijk

moeilijk

heel moeilijk

Hoe makkelijk of moeilijk is het volgende voor u?	Heel makkelijk	Makkelijk	Moeilijk	Heel moeilijk
Vinden van informatie over symptomen van ziektes.				
Vinden van informatie over behandeling van ziektes.				
Vinden van informatie over wat u moet doen bij een medisch noodgeval.				
Uitzoeken waar u professionele hulp kunt krijgen als u ziek bent. (Bijvoorbeeld van een arts, verpleegkundige, apotheker of psycholoog.)				
Begrijpen wat uw arts tegen u zegt.				
Begrijpen van de bijsluiter bij een geneesmiddel. (De informatie of handleiding bij een geneesmiddel.)				
Begrijpen van informatie over wat u moet doen bij een medisch noodgeval.				
Begrijpen van de uitleg over het gebruik van een geneesmiddel.				
Beoordelen hoe de informatie van uw arts op u van toepassing is.				
Beoordelen van voordelen en nadelen van verschillende behandelingen.				
Beoordelen of u advies van een andere arts moet vragen.				
Beoordelen of informatie in de media over ziekte betrouwbaar is. (Bijvoorbeeld informatie in kranten, tv of internet.)				
Gebruiken van informatie van uw arts om te beslissen over uw ziekte.				
Opvolgen van handleidingen over geneesmiddelen.				
Bellen van een ambulance bij een medisch noodgeval.				

<b>Hoe makkelijk of moeilijk is het volgende voor u?</b>	<b>Heel makkelijk</b>	<b>Makkelijk</b>	<b>Moeilijk</b>	<b>Heel moeilijk</b>
Opvolgen van advies van uw arts of apotheker.				
Vinden van informatie over het omgaan met ongezonde gewoontes. (Bijvoorbeeld roken, weinig bewegen, teveel alcohol drinken.)				
Vinden van informatie over omgaan met psychische problemen. (Bijvoorbeeld over stress, depressie of angst.)				
Vinden van informatie over inenting(en) voor u of uw gezin.				
Vinden van informatie over het omgaan met risico's voor de gezondheid. (Bijvoorbeeld overgewicht, hoge bloeddruk of een hoog cholesterol.)				
Begrijpen van informatie over ongezonde gewoonten. (Bijvoorbeeld roken, weinig lichaamsbeweging of te veel alcohol drinken.)				
Begrijpen waarom u of uw gezin inenting(en) nodig heeft.				
Begrijpen van informatie over testen of onderzoeken. (Bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek darmkanker, onderzoek bloedsuikerspiegel.)				
Beoordelen of informatie over ongezonde gewoontes betrouwbaar is. (Bijvoorbeeld roken, weinig lichaamsbeweging of te veel alcohol drinken.)				
Beoordelen wanneer u voor controle naar een arts moet.				
Beoordelen welke inenting(en) u of uw gezin nodig heeft.				
Beoordelen welke testen of onderzoeken u moet laten doen. (Bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek darmkanker, onderzoek bloedsuikerspiegel.)				
Beoordelen of informatie in de media over risico's voor gezondheid betrouwbaar is. (Bijvoorbeeld informatie in kranten, tv of internet.)				
Beslissen of u een griepvaccinatie moet halen.				
Gebruik van adviezen van familie en vrienden om uzelf te beschermen tegen ziekte.				
Gebruiken van informatie in de media om te beslissen hoe u zich tegen ziekte kunt beschermen. (Bijvoorbeeld informatie in kranten, tv of internet.)				
Vinden van informatie over gezond leven. (Bijvoorbeeld over lichaamsbeweging en gezond eten.)				
Vinden van informatie over activiteiten die goed zijn voor uw geestelijke gezondheid en hoe u zich voelt. (Bijvoorbeeld ontspanning, lichaamsbeweging, yoga.)				

<b>Hoe makkelijk of moeilijk is het volgende voor u?</b>	<b>Heel makkelijk</b>	<b>Makkelijk</b>	<b>Moeilijk</b>	<b>Heel moeilijk</b>
Uitzoeken hoe uw buurt gezonder kan worden. (Bijvoorbeeld minder lawaai en vervuiling, aanleg van groen, recreatiemogelijkheden.)				
Vinden van informatie over veranderingen in wetten die invloed hebben op de gezondheid van u of uw gezin. (Bijvoorbeeld: nieuwe bevolkingsonderzoeken, veranderingen bij gezondheidsdiensten, tabaksprijzen of rookverbod.)				
Vinden van informatie over het verbeteren van gezondheid op het werk, op school of in de buurt.				
Begrijpen van advies van familie en vrienden over uw gezondheid.				
Begrijpen van informatie op verpakkingen van eten en drinken.				
Begrijpen van informatie in de media over het verbeteren van gezondheid. (Bijvoorbeeld informatie in kranten, tv of internet.)				
Begrijpen van informatie over hoe u geestelijk gezond kunt blijven.				
Beoordelen hoe uw buurt invloed kan hebben op uw gezondheid en hoe u zich voelt.				
Beoordelen hoe uw woonsituatie van invloed is op uw gezondheid en op hoe u zich voelt.				
Beoordelen welke gewoonten invloed hebben op uw gezondheid. (Bijvoorbeeld eten, alcohol drinken en lichaamsbeweging.)				
Beslissingen nemen om u beter te voelen en gezonder te worden.				
Lid worden van een sportclub als u lichamelijk actief wil zijn.				
Iets veranderen aan uw manier van leven om gezonder te worden of om u beter te voelen. (Bijvoorbeeld andere baan, verhuizen, vrije tijd anders besteden.)				
Deelnemen aan activiteiten die gezondheid en welzijn in uw buurt verbeteren. (Bijvoorbeeld zorgen voor minder lawaai en vervuiling, aanleg van groen, recreatie.)				

**Please cite as: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) & Netherlands Institute for Health Services Research (Nivel) for HLS<sub>24</sub> (2025): HLS<sub>19</sub>-Q47-NL\_Dutch. The Dutch instrument for measuring general health literacy. M-POHL. Utrecht, The Netherlands**

**Meer informatie over de ontwikkeling en het gebruik van de HLS<sub>19</sub>-Q47**

[HLS19 International Report on the methodology, results and recommendations](#)

[Using the HLS19 instruments | M-POHL](#)

**Contactpersonen Nederland:**

Dr Mirjam Fransen [mirjam.fransen@rivm.nl](mailto:mirjam.fransen@rivm.nl)

Dr Monique Heijmans [m.heijmans@nivel.nl](mailto:m.heijmans@nivel.nl)

\* Voor de dataverzameling in Nederland in 2024 zijn de items in een andere volgorde afgenomen. Na de subset van 12 items die de HLS19-Q12 vormen (bijlage 2), volgden 3 items over het begrijpen van bijsluiters; vinden van informatie over omgaan met ongezonde gewoontes; en het begrijpen van informatie op verpakkingen van eten en drinken. De overige 32 items werden gerangschikt naar onderwerp. Voor meer informatie over deze indeling kunt u contact opnemen met de 1e auteur van dit rapport.

Bijlage 2 HLS<sub>19</sub>-Q12-NederlandsHLS<sub>19</sub>-Q12-NL\_ Dutch

Het vinden van begrijpelijke, betrouwbare, en bruikbare informatie over gezondheid is niet altijd eenvoudig.

Hoe makkelijk is het omgaan met informatie over gezondheid voor u?

Geef bij elke stelling aan:

heel makkelijk

makkelijk

moeilijk

heel moeilijk

Hoe makkelijk of moeilijk is het volgende voor u?	Heel makkelijk	Makkelijk	Moeilijk	Heel moeilijk
Uitzoeken waar u professionele hulp kunt krijgen als u ziek bent. (Bijvoorbeeld van een arts, verpleegkundige, apotheker of psycholoog.)				
Begrijpen van informatie over wat u moet doen bij een medisch noodgeval.				
Beoordelen van voordelen en nadelen van verschillende behandelingen.				
Opvolgen van advies van uw arts of apotheker.				
Vinden van informatie over omgaan met psychische problemen. (Bijvoorbeeld over stress, depressie of angst.)				
Begrijpen van informatie over testen of onderzoeken. (Bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek darmkanker, onderzoek bloedsuikerspiegel.)				
Beoordelen of informatie over ongezonde gewoontes betrouwbaar is. (Bijvoorbeeld roken, weinig lichaamsbeweging of te veel alcohol drinken.)				
Gebruiken van informatie in de media om te beslissen hoe u zich tegen ziekte kunt beschermen. (Bijvoorbeeld informatie in kranten, tv of internet.)				
Vinden van informatie over gezond leven. (Bijvoorbeeld over lichaamsbeweging en gezond eten.)				
Begrijpen van advies van familie en vrienden over uw gezondheid.				
Beoordelen hoe uw woonsituatie van invloed is op uw gezondheid en op hoe u zich voelt.				
Beslissingen nemen om u beter te voelen en gezonder te worden.				

### **Meer informatie over de ontwikkeling en het gebruik van de HLS<sub>19</sub>-Q12:**

Pelikan et al. (2022): Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS<sub>19</sub>-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19/21:14129. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14129>

[Using the HLS19 instruments | M-POHL - WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy](#)

<https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet%20HLS19-Q12.pdf>

Please cite as: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) & Netherlands Institute for Health Services Research (Nivel) for HLS24 (2025): HLS<sub>19</sub>-Q12-NL\_Dutch. The Dutch short instrument for measuring general health literacy. M-POHL. Utrecht, The Netherlands

Contactpersonen Nederland:

Dr Mirjam Fransen [mirjam.fransen@rivm.nl](mailto:mirjam.fransen@rivm.nl)

Dr Monique Heijmans [m.heijmans@nivel.nl](mailto:m.heijmans@nivel.nl)

## Bijlage 3 Representativiteit van de steekproef

Tabel 3 Beschrijving van de ongewogen steekproef en Nederlandse populatie naar achtergrondkenmerken, % (n)

Kenmerken	Steekproef <sup>1</sup>	Nederlandse populatie <sup>1,2</sup>	p-waarde <sup>3</sup>
	% (n)	% (n)	
<b>Totaal</b>	11.441	14.752.605	
<b>Geslacht</b>			<0,001
Man	47,56% (5.428)	49,41% (7.289.745)	
Vrouw	52,44% (5.985)	50,59% (7.462.860)	
Niet-binair	28	0	
<b>Leeftijd</b>			<0,001
18-29	9,65% (1.104)	18,95% (2.795.226)	
30-49	23,95% (2.740)	30,60% (4.514.966)	
50-69	40,26% (4.606)	32,22% (4.752.683)	
70+	26,14% (2.991)	18,23% (2.689.730)	
<b>Opleiding<sup>4</sup></b>			<0,001
Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	21,36% (2.430)	27,41% (4.082.000)	
Havo, vwo, mbo 2-4	34,75% (3.953)	35,77% (5.328.000)	
Hbo, wo	43,89% (4.993)	36,82% (5.485.000)	
Onbekend	65	102.000	
<b>Geboorteland</b>			<0,001
Nederland	93,82% (10.693)	81,32% (11.994.762)	
In een ander land	6,18% (704)	18,68% (2.756.060)	
Onbekend	44	0	
<b>Geboorteland ouders</b>			<0,001
Beide in Nederland	86,85% (9.851)	88,53% (10.618.469)	
Een van beide in een ander land	7,22% (819)	6,45% (773.577)	
Beide in een ander land	5,93% (673)	5,02% (602.716)	
Onbekend	98	0	
<b>Regio</b>			<0,001
Zuid-Nederland	11,86% (1.357)	21,37% (3.152.570)	
West-Nederland	21,50% (2.460)	47,74% (7.042.241)	
Noord-Nederland	46,73% (5.346)	9,93% (1.464.552)	
Oost-Nederland	19,91% (2.278)	20,96% (3.091.459)	

<sup>1</sup>% (n)

<sup>2</sup>Data afkomstig van CBS Statline

<sup>3</sup>Pearson's Chi-squared test

<sup>4</sup>Opleiding in de Nederlandse populatie betreft de bevolking van 15-70 jaar, afgerond op duizendtallen.

Bijlage 4 Correlatie en consistentie HLS<sub>19</sub>-Q47 en HLS<sub>19</sub>-Q12Tabel 4 Interne consistentie van de HLS<sub>19</sub>-Q47 en subschalen

Subschaal	Items	Cronbach's alpha
Vinden	13	0,92
Begrijpen	11	0,91
Beoordelen	12	0,91
Toepassen	11	0,86
Gezondheidszorg	16	0,93
Preventie	15	0,92
Gezondheidsbevordering	16	0,92
Totaal	47	0,97

Tabel 5 Resultaten gezondheidsvaardigheden op basis van HLS<sub>19</sub>-Q12

	Ontoereikend	Problematisch	Voldoende	Excellent
Totaal	677 (5.9%)	4654 (40.7%)	3075 (26.9%)	3035 (26.5%)
Vinden	738 (6.4%)	5169 (45.2%)	2265 (19.8%)	3269 (28.6%)
Begrijpen	619 (5.4%)	5531 (48.3%)	1965 (17.2%)	3325 (29.1%)
Beoordelen	1260 (11.0%)	5560 (48.6%)	1832 (16.0%)	2789 (24.4%)
Toepassen	1027 (9.0%)	5716 (50.0%)	1986 (17.4%)	2712 (23.7%)
Zorg	984 (8.6%)	4716 (41.2%)	1795 (15.7%)	3946 (34.5%)
Preventie	1586 (13.9%)	5039 (44.0%)	1413 (12.4%)	3402 (29.7%)
Gezondheidsbevordering	1356 (11.9%)	5030 (44.0%)	1358 (11.9%)	3696 (32.3%)

Tabel 6 Gewogen correlatie tussen HLS<sub>19</sub>-Q12 en HLS<sub>19</sub>-Q47

Domein	Pearson correlatiecoëfficiënt
Totaal	0,92
Vinden	0,84
Begrijpen	0,87
Beoordelen	0,85
Toepassen	0,85
Zorg	0,85
Preventie	0,87
Gezondheidsbevordering	0,87

Tabel 7 Interne consistentie van de HLS<sub>19</sub>-Q12 en subschalen

Subschaal	Items	Cronbach's alpha
Vinden	3	0,71
Begrijpen	3	0,71
Beoordelen	3	0,71
Toepassen	3	0,67
Gezondheidszorg	4	0,79
Preventie	4	0,80
Gezondheidsbevordering	4	0,79
Totaal	12	0,90

## Bijlage 5 Bronbestand voor figuur 4 en 5

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Leeftijd: 18-29	Totaal	50,2
Leeftijd: 18-29	Vinden	53,8
Leeftijd: 18-29	Begrijpen	38,5
Leeftijd: 18-29	Beoordelen	62,5
Leeftijd: 18-29	Toepassen	52,6
Leeftijd: 18-29	Gezondheidszorg	44,4
Leeftijd: 18-29	Ziektepreventie	50,4
Leeftijd: 18-29	Gezondheidsbevordering	62,2
Leeftijd: 30-49	Totaal	48,5
Leeftijd: 30-49	Vinden	51,4
Leeftijd: 30-49	Begrijpen	41,1
Leeftijd: 30-49	Beoordelen	59,8
Leeftijd: 30-49	Toepassen	50,8
Leeftijd: 30-49	Gezondheidszorg	44,1
Leeftijd: 30-49	Ziektepreventie	47,8
Leeftijd: 30-49	Gezondheidsbevordering	59,5
Leeftijd: 50-69	Totaal	54
Leeftijd: 50-69	Vinden	57,1
Leeftijd: 50-69	Begrijpen	50,3
Leeftijd: 50-69	Beoordelen	62,8
Leeftijd: 50-69	Toepassen	54,8
Leeftijd: 50-69	Gezondheidszorg	52,7
Leeftijd: 50-69	Ziektepreventie	52,9
Leeftijd: 50-69	Gezondheidsbevordering	62,8
Leeftijd: 70+	Totaal	58,5
Leeftijd: 70+	Vinden	62,6
Leeftijd: 70+	Begrijpen	55,2
Leeftijd: 70+	Beoordelen	65,4
Leeftijd: 70+	Toepassen	57,4
Leeftijd: 70+	Gezondheidszorg	58,8
Leeftijd: 70+	Ziektepreventie	54,3
Leeftijd: 70+	Gezondheidsbevordering	67,3
Geboorteland: Nederland	Totaal	52,6
Geboorteland: Nederland	Vinden	56
Geboorteland: Nederland	Begrijpen	46,1
Geboorteland: Nederland	Beoordelen	62,4
Geboorteland: Nederland	Toepassen	53,5
Geboorteland: Nederland	Gezondheidszorg	49,6

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Geboorteland: Nederland	Ziektepreventie	51
Geboorteland: Nederland	Gezondheidsbevordering	62,8
Geboorteland: In een ander land	Totaal	57,1
Geboorteland: In een ander land	Vinden	60,8
Geboorteland: In een ander land	Begrijpen	48,5
Geboorteland: In een ander land	Beoordelen	65,5
Geboorteland: In een ander land	Toepassen	59,6
Geboorteland: In een ander land	Gezondheidszorg	55,5
Geboorteland: In een ander land	Ziektepreventie	57,1
Geboorteland: In een ander land	Gezondheidsbevordering	65,8
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Totaal	58,1
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Vinden	60,9
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Begrijpen	51,1
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Beoordelen	67
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Toepassen	62,6
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Gezondheidszorg	56,8
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Ziektepreventie	60,4
Geboorteland ouders: Beide in een ander land	Gezondheidsbevordering	68,3
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Totaal	52,5
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Vinden	56,1
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Begrijpen	46,4
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Beoordelen	62,2
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Toepassen	53,4
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Gezondheidszorg	49,7
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Ziektepreventie	51
Geboorteland ouders: Beide in Nederland	Gezondheidsbevordering	62,6
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Totaal	52,4
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Vinden	54,4
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Begrijpen	41,6
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Beoordelen	62,3
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Toepassen	52,7
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Gezondheidszorg	48,1
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Ziektepreventie	49,4
Geboorteland ouders: Een van beide in een ander land	Gezondheidsbevordering	63,6
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Totaal	65,1
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Vinden	68,3
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Begrijpen	62,1
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Beoordelen	72,2
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Toepassen	63,8
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Gezondheidszorg	63,6

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Ziektepreventie	63,1
Opleiding: Primair onderwijs, vmbo of mbo-1	Gezondheidsbevordering	73,3
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Totaal	56,5
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Vinden	59,9
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Begrijpen	52,8
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Beoordelen	65,8
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Toepassen	58
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Gezondheidszorg	54,4
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Ziektepreventie	56,5
Opleiding: Havo, vwo, mbo 2-4	Gezondheidsbevordering	66,2
Opleiding: Hbo, wo	Totaal	45,9
Opleiding: Hbo, wo	Vinden	49,4
Opleiding: Hbo, wo	Begrijpen	36,1
Opleiding: Hbo, wo	Beoordelen	57,1
Opleiding: Hbo, wo	Toepassen	47,5
Opleiding: Hbo, wo	Gezondheidszorg	42,2
Opleiding: Hbo, wo	Ziektepreventie	43,8
Opleiding: Hbo, wo	Gezondheidsbevordering	57,2
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Totaal	48,1
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Vinden	51,5
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Begrijpen	40,9
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Beoordelen	59,7
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Toepassen	49,9
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Gezondheidszorg	44,2
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Ziektepreventie	47,9
Werksituatie: Werkzaam in loondienst	Gezondheidsbevordering	59,6
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Totaal	61
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Vinden	64
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Begrijpen	56,6
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Beoordelen	69
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Toepassen	64,1
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Gezondheidszorg	61,1
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Ziektepreventie	62,8
Werksituatie: Huisman/huisvrouw	Gezondheidsbevordering	66,9
Werksituatie: Anders	Totaal	59,1
Werksituatie: Anders	Vinden	66,1
Werksituatie: Anders	Begrijpen	55,1
Werksituatie: Anders	Beoordelen	64,6
Werksituatie: Anders	Toepassen	63,2
Werksituatie: Anders	Gezondheidszorg	55,9

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Werksituatie: Anders	Ziektepreventie	57,3
Werksituatie: Anders	Gezondheidsbevordering	70
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Totaal	57,6
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Vinden	61,6
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Begrijpen	54,3
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Beoordelen	65
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Toepassen	56,6
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Gezondheidszorg	57,6
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Ziektepreventie	53,4
Werksituatie: Gepensioneerd of VUT	Gezondheidsbevordering	66,4
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Totaal	49,5
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Vinden	51,4
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Begrijpen	39,2
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Beoordelen	58,1
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Toepassen	50,5
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Gezondheidszorg	44
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Ziektepreventie	49,4
Werksituatie: ZZP'er/freelancer	Gezondheidsbevordering	58,9
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Totaal	51,5
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Vinden	54,2
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Begrijpen	39,8
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Beoordelen	64,2
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Toepassen	52,5
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Gezondheidszorg	46,2
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Ziektepreventie	51,2
Werksituatie: Studerend/schoolgaand	Gezondheidsbevordering	62,4
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Totaal	63,2
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Vinden	64,4
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Begrijpen	54
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Beoordelen	70,1
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Toepassen	67
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Gezondheidszorg	58,3
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Ziektepreventie	60,4
Werksituatie: Arbeidsongeschikt	Gezondheidsbevordering	71,8
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Totaal	64,9
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Vinden	68,3
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Begrijpen	51,9
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Beoordelen	69,5
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Toepassen	67,4
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Gezondheidszorg	60,7

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Ziektepreventie	64,5
Werksituatie: Werkloos/werkzoekend/bijstand	Gezondheidsbevordering	71,2
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Totaal	68
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Vinden	70,1
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Begrijpen	55,5
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Beoordelen	76,8
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Toepassen	70,5
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Gezondheidszorg	64
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Ziektepreventie	65,9
Moeite met rondkomen: Moeilijk	Gezondheidsbevordering	74,5
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Totaal	54
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Vinden	57,2
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Begrijpen	47,9
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Beoordelen	63,8
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Toepassen	53,2
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Gezondheidszorg	50,9
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Ziektepreventie	52,4
Moeite met rondkomen: Makkelijk	Gezondheidsbevordering	63,1
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Totaal	64,1
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Vinden	67,9
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Begrijpen	56,4
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Beoordelen	71,3
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Toepassen	67,4
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Gezondheidszorg	58,3
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Ziektepreventie	63,4
Moeite met rondkomen: Redelijk moeilijk	Gezondheidsbevordering	75,3
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Totaal	60,9
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Vinden	63,5
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Begrijpen	54,1
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Beoordelen	70,4
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Toepassen	62,6
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Gezondheidszorg	58,3
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Ziektepreventie	60,4
Moeite met rondkomen: Redelijk makkelijk	Gezondheidsbevordering	70,3
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Totaal	72,5
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Vinden	73,6
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Begrijpen	59,8
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Beoordelen	73,5
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Toepassen	79
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Gezondheidszorg	64,9

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Ziektepreventie	69,8
Moeite met rondkomen: Heel moeilijk	Gezondheidsbevordering	84,9
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Totaal	35,8
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Vinden	40,6
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Begrijpen	30,3
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Beoordelen	46,9
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Toepassen	37,2
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Gezondheidszorg	34,3
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Ziektepreventie	33,3
Moeite met rondkomen: Heel makkelijk	Gezondheidsbevordering	47,8
Geslacht: Vrouw	Totaal	50,9
Geslacht: Vrouw	Vinden	54,2
Geslacht: Vrouw	Begrijpen	44,2
Geslacht: Vrouw	Beoordelen	60,8
Geslacht: Vrouw	Toepassen	53,6
Geslacht: Vrouw	Gezondheidszorg	48,4
Geslacht: Vrouw	Ziektepreventie	49,8
Geslacht: Vrouw	Gezondheidsbevordering	61
Geslacht: Man	Totaal	54,9
Geslacht: Man	Vinden	58,4
Geslacht: Man	Begrijpen	48,5
Geslacht: Man	Beoordelen	64,6
Geslacht: Man	Toepassen	54,2
Geslacht: Man	Gezondheidszorg	51,8
Geslacht: Man	Ziektepreventie	53,1
Geslacht: Man	Gezondheidsbevordering	65,1
Geslacht: Niet-binair	Totaal	48,5
Geslacht: Niet-binair	Vinden	48,5
Geslacht: Niet-binair	Begrijpen	25,5
Geslacht: Niet-binair	Beoordelen	66,2
Geslacht: Niet-binair	Toepassen	64,8
Geslacht: Niet-binair	Gezondheidszorg	36,4
Geslacht: Niet-binair	Ziektepreventie	54,6
Geslacht: Niet-binair	Gezondheidsbevordering	67,4
Nuts-regio: Noord-Nederland	Totaal	50,5
Nuts-regio: Noord-Nederland	Vinden	54,7
Nuts-regio: Noord-Nederland	Begrijpen	43,8
Nuts-regio: Noord-Nederland	Beoordelen	61
Nuts-regio: Noord-Nederland	Toepassen	52
Nuts-regio: Noord-Nederland	Gezondheidszorg	47,9

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Nuts-regio: Noord-Nederland	Ziektepreventie	49,6
Nuts-regio: Noord-Nederland	Gezondheidsbevordering	61,6
Nuts-regio: Oost-Nederland	Totaal	57,5
Nuts-regio: Oost-Nederland	Vinden	60,2
Nuts-regio: Oost-Nederland	Begrijpen	51,3
Nuts-regio: Oost-Nederland	Beoordelen	66,1
Nuts-regio: Oost-Nederland	Toepassen	57,7
Nuts-regio: Oost-Nederland	Gezondheidszorg	54,6
Nuts-regio: Oost-Nederland	Ziektepreventie	55,5
Nuts-regio: Oost-Nederland	Gezondheidsbevordering	66,5
Nuts-regio: West-Nederland	Totaal	53,5
Nuts-regio: West-Nederland	Vinden	55,9
Nuts-regio: West-Nederland	Begrijpen	46,7
Nuts-regio: West-Nederland	Beoordelen	63,2
Nuts-regio: West-Nederland	Toepassen	54,6
Nuts-regio: West-Nederland	Gezondheidszorg	51,2
Nuts-regio: West-Nederland	Ziektepreventie	51,6
Nuts-regio: West-Nederland	Gezondheidsbevordering	62,9
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Totaal	52,6
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Vinden	56,5
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Begrijpen	46,7
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Beoordelen	62,2
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Toepassen	54
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Gezondheidszorg	47,9
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Ziektepreventie	51,3
Nuts-regio: Zuid-Nederland	Gezondheidsbevordering	62,4
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Totaal	55
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Vinden	58,4
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Begrijpen	49,6
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Beoordelen	64,5
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Toepassen	55,3
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Gezondheidszorg	52,2
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Ziektepreventie	53,2
Stedelijkheid: Gemiddeld of voornamelijk landelijk	Gezondheidsbevordering	65,4
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Totaal	51,4
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Vinden	54,9
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Begrijpen	44,1
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Beoordelen	61,4
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Toepassen	53
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Gezondheidszorg	48,6

<b>Achtergrondkenmerk</b>	<b>Domein</b>	<b>Percentage ontoereikend/ problematisch</b>
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Ziektepreventie	50,3
Stedelijkheid: Voornamelijk stedelijk	Gezondheidsbevordering	61,4

Bijlage 6 HLS<sub>19</sub>-Q47 en achtergrondkenmerken: P-waarden

Tabel 8 P-waarden voor verschillen in gezondheidsvaardigheden naar achtergrondkenmerk

	Totaal	Vaardigheid				Domein		
		Vinden	Begrijpen	Beoordelen	Toepassen	Zorg	Preventie	Bevordering
Geslacht	0,002	0,001	0,000	0,002	0,538	0,004	0,011	0,001
Leeftijd	0,000	0,000	0,000	0,007	0,001	0,000	0,001	0,000
Opleiding	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Stedelijkheid	0,001	0,002	0,000	0,004	0,038	0,001	0,010	0,000
NUTS-regio	0,000	0,002	0,000	0,003	0,001	0,000	0,001	0,005
Rondkomen	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Geboorteland zelf	0,046	0,030	0,292	0,155	0,006	0,010	0,006	0,160
Geboorteland ouders	0,062	0,081	0,007	0,111	0,000	0,007	0,000	0,043
Werksituatie	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

mei 2026

De zorg voor morgen  
begint vandaag