KU LEUVEN

CONSULTANCYRAPPORT DOOR LEUVEN INTERDISCIPLINARY LANGUAGE INSTITUTE IN OPDRACHT VAN KOM OP TEGEN KANKER

Co-creatie van een communicatiemodel

Taleo

Inclusieve gezondheidscommunicatie met focus op zorggebruikers met beperkte gezondheidsvaardigheden In opdracht van Kom op tegen Kanker

Melina De Dijn, Sinem Bilican, Geert Brône, Antoon Cox, Eline Dancet, Miryam de Lhoneux, Fabienne Dobbels, Mohamed Irfan, Karen Lahousse, Birgitta Meex, Jeroen Meulemans, Elke Peters, Ellen Rombouts, Nicolas Ruytenbeek, Heidi Salaets, Birgitte Schoenmakers, Lies Sercu, Tim Van de Cruys, Sofie Van Pelt, Elke Van Steendam en Heidi Verplaetse

Ondersteund door: LILI KU Leuven

31 januari 2026

Inhoud

Inleiding: doel, proces en aard van het rapport 5

1 Verhouding tot bestaande projecten & communicatiemodellen in de zorg en focus van Taleo 7

1.1 Bestaande projecten 7
1.1.1 Pharos expertisecentrum 7
1.1.2 Toolbox Laaggeletterdheid (Neohuisartsenzorg) 7
1.1.3 Nota Vlaams Instituut Gezond Leven 8
1.1.4 Toolkit Laaggeletterdheid van de LHV 8
1.1.5 Managing Language Barriers in Unplanned Care 9
1.1.6 Projecten onderzoekseenheid 'Equity in Health Care' 9
1.1.7 Mental HEALTH 4 ALL 9
1.1.8 Right2Health 10
1.2 Taleo binnen het paradigma van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming 10
1.3 Specifieke focus en brede kijk van Taleo 11

2 Taleo: 6 communicatiepijlers 13

2.1 Inleiding 13
2.2 Pijler 1: Eenvoudige mondelinge taal gebruiken 14
2.2.1 Waarom? 14
2.2.2 Taleo-principes: eenvoudige mondelinge taal gebruiken 14
2.3 Pijler 2: Visuele ondersteuning en gebaren gebruiken 17
2.3.1 Waarom? 17
2.3.2 Taleo-principes: visuele ondersteuning en gebaren gebruiken 17
2.4 Pijler 3: Toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken 21
2.4.1 Waarom? 21
2.4.2 Taleo-principes: toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken 22
2.5 Pijler 4: Informatie vertalen, hertalen of een tolk inzetten 25
2.5.1 Waarom? 25
2.5.2 Taleo-principes: informatie vertalen, hertalen of een tolk inzetten 26
2.6 Pijler 5: Vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid tonen 30
2.6.1 Waarom? 30
2.6.2 Taleo-principes: vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid tonen 31
2.7 Pijler 6: Begrip toetsen en geïnformeerde keuzes bevorderen 35
2.7.1 Waarom? 35
2.7.2 Taleo-principes: Begrip toetsen en geïnformeerde keuzes bevorderen 35

3 Checklist voor zorgverleners 38

4 Kadering van de Taleo-pijlers en principes en mogelijke vervolgtrajecten ... 41

4.1 Kadering van Taleo en vervolgonderzoek naar de effectiviteit van/tevredenheid over/ de gecombineerde pijlers en principes 41
4.2 Voorstellen voor een digitale tool gebaseerd op de Taleo-pijlers en -principes 42

5 Conclusie 45

***Bio's van de experten* 47**

Referenties bij Secties 1, 3, 4 en 5 53

Inleiding: doel, proces en aard van het rapport

Taleo is een project van Kom op tegen Kanker. De naam ‘Taleo’ verwijst impliciet naar taal als fundament van zorgcommunicatie en naar verhaal (*tale*) als middel om ervaringen begrijpelijk te maken. Daarnaast klinkt *Taleo* toegankelijk en gebruiksvriendelijk, wat past bij de ambitie om complexe informatie eenvoudig en laagdrempelig aan te bieden. De naam is bewust breed gehouden, zodat hij inzetbaar is in zowel curatieve als preventieve zorgcontexten.

Dit rapport is het resultaat van een consultancyopdracht van het *Leuven Interdisciplinary Language Institute* (LILI – KU Leuven) in opdracht van Kom op tegen Kanker. LILI werd gevraagd om het Taleo-project te versterken met expertise inzake de communicatie tussen zorgverleners en volwassenen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ondervinden moeilijkheden bij het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid en zorg. Deze groep omvat relatief vaker kortgeschoolde personen, mensen met een zwakke gezondheid, ouderen en mensen met een migratieachtergrond. Het hoofddoel van Taleo is om het één-op-ééncontact tussen zorgverlener en patiënt te verbeteren, met als ultiem streven de kwaliteit van de zorg voor personen met beperkte gezondheidsvaardigheden te verhogen.

De consultancyopdracht ging van start op 17 juni 2025 met de voorstelling aan de onderzoekers van LILI van de eerste versie van het Taleo-model zoals het werd uitgewerkt door Kom op tegen Kanker. Deze presentatie werd verzorgd door Kaat Van Bosstraeten van Kom op tegen Kanker, in aanwezigheid van Naziha Maher, Els Broothaers en Els Meerbergen, eveneens verbonden aan Kom op tegen Kanker. Vervolgens gaven onderzoekers aangesloten bij het Leuven Interdisciplinary Language Institute (LILI) hun feedback op het model via individuele nota’s. De betrokken onderzoekers waren: Geert Brône, Antoon Cox, Miryam de Lhoneux, Karen Lahousse, Birgitta Meex, Elke Peters, Ellen Rombouts, Heidi Salaets, Lies Sercu, Heidi Verplaetse, Sofie Van Pelt, Tim Van de Cruys, Nicolas Ruytenbeek. Op basis van deze individuele nota’s werd een synthese opgesteld door LILI, die dan tijdens een interne inputvergadering op 8 oktober 2025 werd besproken om de synthese verder te verfijnen. Daarnaast werd extra input verzameld van drie experts van faculteit Geneeskunde: Eline Dancet, Jeroen Meulemans en Birgitte Schoenmakers. Op 12 november vond een terugkoppeling plaats over de eerste versie van de feedback van LILI over Taleo. LILI verzamelde op dat moment ook weer input van Kom op tegen Kanker die werd verwerkt in de eindversie van dit rapport. Vanuit Kom op tegen Kanker waren toen aanwezig: Laure-Marie Van Doorslaer, Naziha Maher, Els Meerbergen, Els Broothaers, Gwen Vanderstraeten, Jolien Vercruysse, Ann Van Hecke, Sofie Isebaert, Charlotte Donche, Myriam Lesenne en Ellen Coussement. Het proces werd nadien verder versterkt door aanvullende bijdragen van experts: Elke Van Steendam (expert schrijfvaardigheid), Fabienne Dobbels (Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde), Sinem Bilican en Ifran Mohammed (MALBUC-project). De deadline voor de eindrapportering valt eind januari 2026, waarna op 24 februari 2026 ook een mondelinge terugkoppeling ter plaatse bij Kom op Tegen Kanker gepland staat om de resultaten en aanbevelingen te bespreken.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In Sectie 1 bespreken we verwante projecten en modellen waartoe we ons verhouden en waarin interessante tools te vinden zijn voor zorgverleners en zorginstellingen, die als inspiratiebron dienen voor dit rapport. In Sectie 2 introduceren we het Taleo-model met zes communicatiepijlers die essentieel zijn in de communicatie tussen zorgverleners en zorggebruikers met beperkte gezondheidsvaardigheden. In Sectie 3 presenteren we een praktische checklist die zorgverleners houvast kan geven bij de toepassing van deze pijlers in de praktijk. In Sectie 4 kaderen we Taleo verder als communicatiemodel, formuleren we voorstellen voor vervolgonderzoek en beschrijven we mogelijke pistes voor een digitale gespreksondersteuningstool die Kom op tegen Kanker kan ontwikkelen op basis van dit model. Tot slot brengen we in Sectie 5 de belangrijkste inzichten samen in een algemene conclusie.

Dit rapport is opgezet als een praktisch en toepasbaar instrument en niet als een theoretische uiteenzetting. Referenties zijn waar nodig opgenomen, maar worden bij de beschrijving van de pijlers van het model in aparte kaders geplaatst voor lezers die zich verder willen verdiepen, zodat de kerntekst vlot en direct bruikbaar blijft. De inhoud van dit rapport wordt beschouwd als een co-creatie van LILI en Kom op tegen Kanker, waarbij beide partners hun expertise en ervaringen samenbrengen. Het rapport heeft tot doel een inhoudelijke en conceptuele basis aan te reiken voor verdere ontwikkeling binnen Kom op tegen Kanker in het kader van het Taleo-project. Op basis van dit model kan Kom op tegen Kanker verder werken aan bijkomende ondersteuning voor zorgverleners in hun communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, mogelijk in de vorm van een digitale tool.

1 Verhouding tot bestaande projecten & communicatiemodellen in de zorg en focus van Taleo

1.1 Bestaande projecten

Bij het ontwikkelen van nieuwe initiatieven is het essentieel om rekening te houden met bestaande modellen en projecten. We werken immers niet in isolatie, maar moeten ons verhouden tot de kennis, ervaringen en best practices die al bestaan op het gebied van gespreksondersteuning en gezondheidsvaardigheden. Gezien de omvang en diversiteit van het veld is het niet mogelijk om een volledig overzicht te geven; om het rapport toegankelijk en overzichtelijk te houden, beperken we ons tot **enkele toonaangevende modellen, projecten** en initiatieven die illustratief zijn voor de huidige werkwijze en inspiratie kunnen bieden voor verdere ontwikkeling.

1.1.1 Pharos expertisecentrum

Pharos is een toonaangevend Nederlands expertisecentrum dat zich inzet voor het terugdringen van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezondheids-vaardigheden. Een kerngebied van Pharos is het versterken van gezondheids-vaardigheden, met bijzondere aandacht voor mensen met beperkte geletterdheid. Dit omvat het vermogen om gezondheidsinformatie te begrijpen, geïnformeerde beslissingen te nemen en effectief te handelen in het eigen zorgtraject. Pharos ontwikkelt kennis en materialen die organisaties en professionals ondersteunen om deze groep beter te bereiken en te begeleiden. Daarnaast hanteert Pharos een holistische benadering van zorgorganisaties, waarbij niet alleen individuele zorgverleners, maar de gehele organisatie wordt ondersteund om toegankelijk en begrijpelijk te werken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit concept van de gezondheidsvaardige organisatie helpt organisaties hun structuren, processen en communicatie aan te passen zodat iedereen optimale zorg kan ontvangen. Een belangrijk onderdeel van deze aanpak is het ontwikkelen van communicatievaardige medewerkers, wat aansluit bij initiatieven zoals Taleo waarbij effectieve en begrijpelijke communicatie centraal staat. Door medewerkers te trainen in heldere communicatie kunnen zorgorganisaties beter inspelen op de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, waardoor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren. Door deze combinatie van diepgaande kennis over laaggeletterdheid en gezondheidsvaardigheden en een praktische, organisatorische aanpak draagt het werk van Pharos bij aan het terugdringen van gezondheidsverschillen en het verbeteren van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen.

1.1.2 Toolbox Laaggeletterdheid (Neohuisartsenzorg)

Een belangrijk hulpmiddel op het gebied van laaggeletterdheid in de eerstelijnszorg is de Toolbox ‘Aanpak laaggeletterdheid in de eerstelijn’ van Neohuisartsenzorg. Deze Toolbox

is ontwikkeld op basis van de ervaringen van de Werkgroep Laaggeletterdheid in Lindenholt (WGCL) en vertaalt die praktijkervaring naar een algemeen toepasbare aanpak. Het doel van de aanpak in Lindenholt was om ervoor te zorgen dat patiënten zowel de mondelinge als schriftelijke communicatie van zorgverleners beter konden begrijpen, informatie op de website toegankelijker werd, patiënten de weg in het pand makkelijker konden vinden en zich er welkom voelden. Daarnaast werd laaggeletterdheid bespreekbaar gemaakt bij patiënten, met het oog op het bevorderen van zelfredzaamheid en het ondersteunen van vervolgtrajecten om (beter) te leren lezen en schrijven.

De Toolbox is opgebouwd rond vier pijlers: bewustwording, communicatie, herkennen/bespreekbaar maken en borgen. Bij elke pijler zijn praktisch uitvoerbare stappen en ondersteunend materiaal uitgewerkt, zodat organisaties en zorgverleners concreet aan de slag kunnen. Binnen de pijler communicatie bevat de Toolbox specifieke oefeningen om de spreekvaardigheid van zorgverleners te versterken. Zo helpt de Toolbox onder andere bij het bewustworden van blinde vlekken voor moeilijke woorden, het oefenen van het geven van eenvoudige uitleg en het toepassen van de terugvraagmethode om zeker te zijn dat patiënten de informatie begrijpen.

1.1.3 Nota Vlaams Instituut Gezond Leven

Het Vlaams Instituut Gezond Leven richt zich op het ondersteunen van professionals én het brede publiek bij het bevorderen van een gezonde levensstijl. Het instituut biedt toegankelijke tools en kant-en-klare projecten voor een breed scala aan professionals, van diëtisten en huisartsen tot leerkrachten en gezondheidsambtenaren. Specifiek voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden heeft het instituut de nota “Werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden: wat kan je doen als professional?” ontwikkeld. Deze nota biedt praktische richtlijnen en tips om zowel mondelinge gesprekken als schriftelijke materialen begrijpelijker en toegankelijker te maken. Door deze aanbevelingen kunnen professionals informatie en advies op een duidelijke, concrete en bruikbare manier overbrengen, waardoor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter worden bereikt en ondersteund.

1.1.4 Toolkit Laaggeletterdheid van de LHV

Een vierde relevant initiatief is de Toolkit Laaggeletterdheid van de Landelijke Huisartsenvereniging in Nederland (LHV). Deze toolkit richt zich specifiek op de praktijk van zorgverleners en biedt concrete handvaten om laaggeletterdheid bij patiënten te herkennen en hier effectief op in te spelen. In de sectie “Tijdens het spreekuur” wordt expliciet ingegaan op de communicatie van de zorgverlener: hoe kan informatie over bijvoorbeeld verwijzingen naar de tweede lijn of het gebruik van geneesmiddelen begrijpelijk worden overgebracht? Door gebruik te maken van de richtlijnen en oefeningen in deze toolkit kunnen zorgverleners hun praktijk en de geleverde zorg toegankelijker maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, en zo bijdragen aan een betere patiëntbetrokkenheid en zelfredzaamheid.

1.1.5 Managing Language Barriers in Unplanned Care

Het MaLBUC-project (Managing Language Barriers in Unplanned Care) is een interdisciplinair onderzoeksproject dat zich richt op de complexiteit van taalbarrières in ongeplande zorgcontexten (bv. de spoedafdeling). Het onderzoekt deze uitdaging zowel vanuit het perspectief van patiënten als van zorgverleners, met aandacht voor hoe taal, communicatie en gezondheidsvaardigheden de kwaliteit en veiligheid van zorg beïnvloeden. MaLBUC is een samenwerking tussen de onderzoeksgroep *Interpreting Studies* en het *Department of Public Health and Primary Care (ACHG & Emergency Care)* van KU Leuven. Binnen het project werd onder meer onderzoek uitgevoerd naar gezondheidsvaardigheden, taal- en communicatie-ervaringen in de zorg en kennis rond basis levensreddende handelingen. Als zodanig vormt MaLBUC een relevante wetenschappelijke achtergrond voor projecten die inzetten op het verbeteren van communicatie in de zorgpraktijk. De resultaten van het project tonen dat gerichte communicatietraining met aandacht voor non-verbale signalen en gedeelde taal het klinisch begrip bij zorgverleners versterkt, en dat belangrijke drempels tot mentale zorg — zoals stigma, taalproblemen, financiële en culturele factoren — vragen om multidisciplinaire samenwerking, betere tolkvoorzieningen en beleidsmaatregelen om de toegankelijkheid te vergroten.

1.1.6 Projecten onderzoekseenheid ‘Equity in Health Care’

De onderzoekseenheid Equity in (Primary) Health Care van de Universiteit Gent richt zich op het bevorderen van rechtvaardigheid in de gezondheidszorg. De eenheid heeft een dubbele missie: enerzijds het verdiepen van wetenschappelijke inzichten in sociale ongelijkheden in gezondheid, zorgtoegang, zorgprocessen en zorguitkomsten, en anderzijds het actief bijdragen aan het aanpakken van deze ongelijkheden via onderwijs, onderzoek en beleidsadvies. De onderzoeksgroep is interdisciplinair samengesteld en wordt geleid door prof. dr. Sara Willems, hoogleraar met een leerstoel in equity in health care. De eenheid werkt rond thema’s zoals toegankelijkheid van zorg, diversiteit, discriminatie, sociale kwetsbaarheid, patiëntveiligheid, gezondheid als mensenrecht en community-oriented primary care. Dit gebeurt via een sterke verwevenheid van onderwijs (in geneeskunde en gezondheidswetenschappen), nationaal en internationaal onderzoek en samenwerking met zorg- en beleidsactoren, met bijzondere aandacht voor kwetsbare en diverse populaties in de eerstelijnszorg. Binnen deze onderzoekseenheid werd ook het IMPRODISE-project ontwikkeld, waarbij een tool werd ontworpen om gezondheidsprofessionals te ondersteunen bij het ontwikkelen van vaardigheden voor het bieden van diversiteitssensitieve zorg aan alle patiënten in een steeds diverser Europa.

1.1.7 Mental HEALTH 4 ALL

Het project **Mental HEALTH 4 ALL** was een driejarig, multidisciplinair Europees onderzoeksproject dat gericht was op het verbeteren van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor derdelanders met een beperkte taalvaardigheid in de taal van het gastland. Academische en niet-academische partners, waaronder taalkundigen, (klinisch en sociaal) psychologen, communicatiewetenschappers, migranten- en zorgorganisaties

en publieke tolken, werkten samen aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een evidence-based, meertalige en cultureel sensitief digitaal informatie- en communicatieplatform met o.a. ook videomaterialen. Dit platform werd getest in diverse Europese zorgcontexten en bood een duurzame e-healthoplossing om taal- en cultuurbarrières in de mentale gezondheidszorg te verkleinen en de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare migrantengroepen te versterken.

1.1.8 Right2Health

Right2Health onderzoekt welke communicatiestrategieën het meest effectief zijn tijdens medische consultaties met taalbarrières, voor wie ze werken en met welk doel, en welke impact ze hebben op de zorguitkomsten van patiënten met een migratieachtergrond. Het project volgt een interdisciplinaire onderzoeksaanpak, waarbij kennis uit communicatiewetenschappen, linguïstiek en vertaalkunde wordt gecombineerd. Op basis van de onderzoeksresultaten is een 'decision aid' of beslishulp MediLanguage (medilanguage.com), ontwikkeld en geëvalueerd. Deze online tool is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met huisartsen en migrantenpatiënten. MediLanguage ondersteunt Turks sprekende patiënten en hun huisartsen bij het maken van weloverwogen keuzes over de meest geschikte tolk- of vertaalstrategie tijdens een consult. Momenteel wordt de tool in de praktijk getest in verschillende pilootprojecten met huisartsen en Turks sprekende patiënten in heel Nederland.

1.2 Taleo binnen het paradigma van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming

Het Taleo-model bouwt voort op het binnen de geneeskunde breed gedragen ideaal van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming ('*patient centered care*'/'*shared decision making*'), waarin de patiënt wordt benaderd als een actieve partner in de eigen behandeling. Het kader van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming is goed ingeburgerd in de zorgpraktijk en vormt een vast onderdeel van de opleiding van zorgverleners, waarbij goede en begrijpelijke communicatie een centrale plaats inneemt.

De principes van gedeelde besluitvorming zijn in de wetenschappelijke literatuur uitgebreid beschreven. In een overzichtsstudie waarin veertig modellen van gedeelde besluitvorming werden geanalyseerd, werden 24 kerncomponenten geïdentificeerd (Bomhof-Roordink et al., 2019). De meest voorkomende elementen betreffen het bespreken van behandelopties, het in kaart brengen van patiëntvoorkeuren, het afstemmen van informatie op de patiënt, het gezamenlijk afwegen van opties en het bewustmaken van keuzemogelijkheden (Bomhof-Roordink et al., 2019). In de meerderheid van deze modellen worden zowel de zorgverlener als de patiënt expliciet als actieve actoren beschouwd, wat het interactieve karakter van gedeelde besluitvorming onderstreept.

Ook patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren deze benadering als de meest aangewezen aanpak (Noordman et al., 2022). Taleo vertrekt daarom expliciet vanuit de principes van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming. Tegelijkertijd blijkt dat

het beoordelen en vergelijken van verschillende medische behandelingen — een essentieel onderdeel van gedeelde besluitvorming — vaak als (zeer) moeilijk wordt ervaren (Charafeddine et al., 2023–2024). Het is dan ook cruciaal om in deze besluitvormingsprocessen bijzondere aandacht te besteden aan duidelijke en toegankelijke communicatie, zodat ook patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden daadwerkelijk kunnen profiteren van gedeelde besluitvorming.

Taleo sluit dus aan bij de kernprincipes van deze benadering en legt, zonder deze volledig te herhalen, specifieke accenten die bijzonder relevant zijn voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het positioneert zich daarmee niet als een alternatief voor bestaande modellen van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming, maar als een praktisch versterkende toepassing ervan, gericht op het verbeteren van de communicatie tussen zorgverlener en de patiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden, met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en begrijpelijkheid.

1.3 Specifieke focus en brede kijk van Taleo

Recente schattingen geven aan dat tot 31% van de Vlaamse bevolking beperkte gezondheidsvaardigheden heeft (zie Braekman en Hermans, 2024; Charafeddine 2018, 2023/2024)[1]. Tot deze groep behoren mensen die moeite hebben met lezen en schrijven of met het gebruik van digitale media (18% van de Vlamingen; cf. Dewulf et al., 2024) en ook personen met een migratieachtergrond en kortgeschoolde personen. Ook personen met een zwakke gezondheid en ouderen behoren tot de risicogroepen: net deze groepen hebben vaak de grootste zorgbehoefte, terwijl zij vaak over beperktere vaardigheden beschikken om in een steeds complexer wordend gezondheidszorgsysteem hun weg te vinden.

Gezondheidsvaardigheden vormen een complex en multidimensionaal geheel van capaciteiten waarmee mensen gezondheidsinformatie kunnen vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen bij beslissingen over zorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering (Twickler et al., 2009). Beperkte gezondheidsvaardigheden hebben aantoonbare gevolgen voor onder meer therapietrouw, zelfmanagement en preventief gedrag, en is daarmee een belangrijke determinant van gezondheid (Batterham 2016, Gezondheidsenquête 2023–2024). Deze gevolgen tonen het belang van gerichte aandacht voor gezondheidsvaardigheden binnen de zorgpraktijk.

Met Taleo sluiten we dus nadrukkelijk aan bij bestaande modellen en initiatieven rond persoonsgerichte zorg, gedeelde besluitvorming en gezondheidsvaardigheden.

[1] In de preventiebarometer (Braekman en Hermans, 2023) wordt het aantal patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden geschat op 18,5%. Een lagere inschatting vinden we bij Charafeddine en collega's (2023-2024) in de gezondheidsenquête (i.e. 13,5%), maar de auteurs vermoeden dat er een effect was van enquêtemoeheid op hun resultaten. Sciensano 2020 maakt dan weer een hogere inschatting van de patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden in Vlaanderen, nl. 29%. In de gezondheidsenquête van 2018 vinden we eveneens een percentage van 30,8% voor patiënten met onvoldoende tot beperkte gezondheidsvaardigheden.

Tegelijkertijd kiest Taleo voor een duidelijke en afgebakende focus: **het gesprek tussen zorgverleners (zoals artsen, verpleegkundigen en oncocoaches) en patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden**. Het doel van Taleo is om zorgverleners concrete en direct toepasbare handvatten te bieden om deze communicatie te verbeteren. Daarbij gaan we expliciet in op het *hoe* en het *wat* van begrijpelijke communicatie: we beperken ons niet tot algemene aanbevelingen, maar concretiseren ze en splitsen ze op in toepasbare strategieën. Dit resulteert in een breed scala aan praktische tips, die we om het model hanteerbaar te houden, samenbrengen in een **checklist voor zorgverleners** (zie Sectie 3).

Hoewel Taleo dus vertrekt vanuit een expliciete focus op zorggebruikers met beperkte gezondheidsvaardigheden, is het model niet uitsluitend voor deze groep bedoeld. Laagdrempelige, duidelijke en ondersteunende communicatie komt alle patiënten ten goede, ongeacht hun achtergrond, opleidingsniveau of gezondheidstoestand[2]. Daarom pleiten we ervoor om de pijlers en principes van het Taleo-model breder toe te passen in de **communicatie met álle zorggebruikers**. Het model is opgevat als een flexibel kader dat zorgverleners ondersteunt om hun communicatie af te stemmen op de behoeften van verschillende doelgroepen, met als uitgangspunt dat begrijpelijke communicatie geen uitzondering zou mogen zijn, maar de standaard in elke zorgrelatie (zie ook Pander Maat & Gravekamp, 2022).

[2] LILI begreep uit de communicatie met Kom op tegen Kanker dat de ontwikkeling van dit model niet uitsluitend gericht was op kankerpatiënten en heeft dit ook meegenomen bij het opstellen van dit rapport.

2 Taleo: 6 communicatiepijlers

2.1 Inleiding

In wat volgt presenteren we het Taleo-model. Dit model bouwt in belangrijke mate verder op de initiële denkoefening van Kom op tegen Kanker, met bijvoorbeeld een duidelijke focus op zorg- en hulpverleners, aandacht voor visuele ondersteuning en het belang van offline informatie. Taleo vormt tegelijk een inhoudelijke onderbouwing en verdere uitwerking van deze denklijnen, aangevuld en versterkt door wetenschappelijke inzichten. Het model is het resultaat van een nauwe samenwerking waarbij zowel Kom op tegen Kanker als LILI hun **academische en praktijkgerichte expertise** samenbrengen.

In de onderstaande tekst kiezen we bewust voor een beknopte en heldere uiteenzetting. We formuleren de pijlers en Taleo-principes zonder uitgebreide toelichting, om het document hanteerbaar te houden en ruis te vermijden. De principes zijn daarbij zo geformuleerd dat ze maximaal toegankelijk zijn voor de doelgroep waarop dit model uiteindelijk gericht is: zorgverleners. Ze spreken hen rechtstreeks aan en zijn concreet en herkenbaar geformuleerd.

Om diezelfde helderheid te bewaken, werken we binnen het model niet met in-tekstverwijzingen naar de literatuur. In plaats daarvan voegen we onder elke pijler een beperkte selectie van kernreferenties toe voor lezers die de wetenschappelijke onderbouwing verder willen raadplegen. Zo combineren we een duidelijke en toegankelijke presentatie van de pijlers en principes met transparantie over hun wetenschappelijke basis.

Tot slot bouwen we in dit model geen vaste volgorde in tussen de verschillende pijlers. De pijlers zijn niet lineair opgevat en kunnen op uiteenlopende momenten en cycli binnen het gesprek tussen zorgverlener en zorggebruiker relevant zijn. Zo kan visuele ondersteuning — bijvoorbeeld via gebaren, schetsen of afbeeldingen — gedurende het hele gesprek een meerwaarde bieden, en niet enkel op één specifiek moment. Ook de terugvraagmethode wordt idealiter niet enkel op het einde van het gesprek, maar net doorheen het gesprek ingezet (zie verder). De pijlers zijn dan ook bedoeld als samenhangende bouwstenen die flexibel inzetbaar zijn, afhankelijk van de context en de noden van de zorgverlener en de zorggebruiker.

In Sectie 3 reiken we wel een checklist aan die een zekere temporaliteit volgt. Deze checklist ondersteunt zorgverleners om het model op een gestructureerde en doelgerichte manier toe te passen in de praktijk, zonder afbreuk te doen aan de flexibiliteit van de afzonderlijke pijlers, met name:

Pijler 1: Eenvoudige mondelinge taal gebruiken

Pijler 2: Visuele ondersteuning en gebaren gebruiken

Pijler 3: Toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken

Pijler 4: Informatie vertalen, hertalen of een tolk inzetten

Pijler 5: Vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid tonen

Pijler 6: Begrip toetsen en geïnformeerde keuzes bevorderen.

2.2 Pijler 1: Eenvoudige mondelinge taal gebruiken

2.2.1 Waarom?

- Een gebrek aan begrip kan ontstaan door (1) terminologie; (2) de connotatie van woorden; (3) verwarring door de verschillende betekenissen van woorden.
- Veel mensen (breder dan de groep van zorggebruikers met beperkte geletterdheid) begrijpen medische termen niet.
- Patiënten overschatten vaak hun eigen begrip van medische informatie.
- Voor zorgverleners is het niet gemakkelijk om in te schatten of de informatie begrijpelijk geformuleerd is.

2.2.2 Taleo-principes: eenvoudige mondelinge taal gebruiken

2.2.2.1 Gebruik taal die vaak en in alledaagse situaties gebruikt wordt.

- ✓ Gebruik hoogfrequente woorden
- ✓ Gebruik korte woorden
- ✓ Gebruik eenvoudige, korte zinnen
- ✓ Gebruik een taalniveau dat ook een 11- of 12-jarige kan begrijpen.
- ✓ Overweeg aansluitende taal te gebruiken door de terminologie over te nemen die de patiënt gebruik (bv. Ook eens ‘uw suiker’ zeggen in plaats van diabetes of suikerziekte).

  [ISO 24495-1:2023 – *Plain language*]

2.2.2.2 *Let op met medische of technische terminologie.*

- ✓ Vermijd medische of technische termen
- ✓ Verduidelijk terminologie:
  - ✓ Wees consequent: gebruik steeds dezelfde volgorde om nieuwe termen uit te leggen (i.e. eerst de term en pas nadien de uitleg; of omgekeerd)
  - ✓ Geef heldere, eenvoudige definities

2.2.2.3 *Let op met woorden met verschillende betekenissen (polysemie).*

- ✓ Let op met woorden die naast een frequente betekenis ook een technische/medische betekenis hebben

  Bv. ‘positief’/‘gevorderd’: in een alledaagse context hebben deze woorden een positieve betekenis, maar in een medische context geldt het omgekeerde.

2.2.2.4 *Wees spaarzaam met woorden die nuance aanbrengen*

- ✓ Let op met woorden zoals ‘misschien’ of ‘zou’. Deze woorden kunnen ruis op de boodschap opleveren. Toch moet communicatie soms voorzichtig gebeuren in de medische context (bv. omdat er geen absolute zekerheid is over genezing of het succes van een ingreep). Scheid in die gevallen inhoudelijke informatie af van het meegeven van nuance, zodat beide begrepen worden door de zorggebruiker. Bv.
  Inhoud: “De behandeling heeft als doel de tumor te verkleinen.”
  Nuance: “We kunnen vooraf niet met zekerheid zeggen hoe goed het zal werken bij u.”
- ✓ Houd de boodschap zo direct mogelijk met aandacht voor wat de vervolgstappen zijn of wat de patiënt moet doen.

2.2.2.5 *Geef stap voor stap uitleg over wat de zorggebruiker moet doen.*

- ✓ Doe geen vage oproep tot actie maar beschrijf concrete stappen.

  Bv. In plaats van ‘eet gezonder’, geeft u een duidelijk stappenplan “Start met alleen water als dorstdrank; voeg in week 2 dagelijks 100 gram groente toe aan twee maaltijden; vervang in week 3 witte producten door volkoren; beperk vanaf week 4 snacks; evalueer na één maand.”

2.2.2.6 *Let op met woorden met een negatieve connotatie.*

- ✓ Woorden met een negatieve connotatie (bv. terminaal) kunnen een emotionele reactie opwekken en zo het verdere begrip van de patiënt verstoren.

2.2.2.7 Denk na over hoe u spreekt: standaardtaal of informeel taalgebruik

In Vlaanderen spreken we niet altijd standaardtaal (of Algemeen Nederlands, AN), maar kiezen we vaak voor een meer informeel taalgebruik (i.e. we spreken elkaar bv. soms aan met 'ge/gij', zeggen 'da' ipv 'dat', etc.)

- ✓ Wanneer u merkt dat de zorggebruiker moeite heeft om u te begrijpen wanneer u Nederlands spreekt, probeer dan zelf standaardtaal eerder dan informele taal te gebruiken. Lessen voor anderstaligen mikken meestal op de standaardtalige variant.
- ✓ Als u merkt dat een patiënt zelf informele taal of bepaalde woordenschat gebruikt, kunt u daarin in zekere mate meegaan/die woordenschat overnemen, indien u dat wenst. Onderzoek toont aan dat dat vertrouwen kan opwekken bij de gesprekspartner.

Ondersteunend videomateriaal voor mondelinge gesprekstechnieken in de zorg vindt u hier

► Pharos 'Gesprekstechnieken in de zorg': link

► Heerlijk helder in de zorg: link

► Webinars Nivel: link

► Eerstelijnszone Gent – Mondelinge communicatie: link

Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes bij Pijler 1 'Eenvoudig mondeling taalgebruik gebruiken'

De Gueldre, K., De Dijn, M., & Van De Mieroop, D. (Te verschijnen). Taalbeleid en taalpraktijk bij de rekrutering van anderstalige kandidaten in Vlaanderen. In S. Slembrouck & A. S. Ghyselen (Red.), *Taalbeleid in de praktijk: Hoe Vlaanderen omgaat met meertaligheid*. Acco.

Gebruiker Centraal. (z.j.). *Toolkit Taal*. https://toolkittaal.gebruikercentraal.nl/

Hersh, L., Salzman, B., & Snyderman, D. (2015). Health literacy in primary care practice. *American Family Physician, 92*(2), 118–124.

Holden, C. E., Wheelwright, S., Harle, A., & Wagland, R. (2021). The role of health literacy in cancer care: A mixed studies systematic review. *PLOS ONE, 16*(11), e0259815.

International Organization for Standardization. (2023). *Plain language. Part 1: Governing principles and guidelines (ISO Standard 24495-1:2023)*. https://www.iso.org/standard/78907.html

Jansen, C., et al. (2021). *Leren communiceren*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Mohamed, R., Kittle, K., Nour, S., et al. (2024). Interventions to improve laypeople's ability to identify trustworthy online health information: An integrative systematic review. *PLOS Digital Health, 3*(11), e0000638.

Organi, Z. K., Nazarenia, M., & Aghaee, F. (2024). Understanding the challenges of language barriers in healthcare. *Interdisciplinary Studies in Society, Law, and Politics, 3*(3), 28–35.

Team Taaladvies. (2024). *Basistips voor heerlijke heldere communicatie*. https://www.vlaanderen.be/publicaties/basistips-voor-heerlijk-heldere-communicatie

2.3 Pijler 2: Visuele ondersteuning en gebaren gebruiken

2.3.1 Waarom?

- Informatie wordt beter begrepen en onthouden wanneer die beschikbaar is in verschillende vormen: naast mondeling ook visueel en schriftelijk.
- Nieuwe woorden of woordbetekenissen (bv. van medische terminologie) kunnen door afbeeldingen verduidelijkt en verworven worden. Bv. Het woord *tumor* kan verduidelijkt worden met een eenvoudige afbeelding van een orgaan waarop een gezwel zichtbaar is, zodat duidelijk wordt dat het om een abnormale massa cellen gaat.
- Wanneer het gaat over gedrag en situaties in de toekomst (bv. vragen die patiënten zich zouden kunnen stellen in de toekomst, de manier waarop een screening zal gebeuren) is visuele informatie noodzakelijk.

2.3.2 Taleo-principes: visuele ondersteuning en gebaren gebruiken

2.3.2.1 Gebruik visuele materialen

✓ Ondersteun uw uitleg met afbeeldingen, brochures, posters, pictogrammen, etc.

Het visuele en het mondelinge gaan hand in hand: u legt uit wat u toont en u toont wat u uitlegt. Pictogrammen zijn bv. in zichzelf niet volledig inzichtelijk, maar mondelinge uitleg en pictogrammen kunnen samen wel de boodschap overbrengen.

✓ Bespreek tijdsgerelateerde zaken (bv. start van symptomen, planning behandeling) met een kalender bij de hand.

Wanneer startte uw pijn? Hoe bouwt u de medicatie af? Deze zaken worden gemakkelijker besproken wanneer men van visuele ondersteuning (bv. een kalender) gebruik kan maken.

✓ Ondersteun uw uitleg met infographics: alles op één chart.

Infographics zijn effectief omwille van het modality effect: informatie wordt beter verwerkt wanneer zowel het visuele als het verbale kanaal wordt gebruikt. Bij de opmaak van infographics houdt men rekening met:

- *Het split-attention-effect treedt op wanneer informatie die samen hoort (zoals tekst en bijbehorende afbeelding) apart wordt weergegeven, waardoor men de aandacht moet verdelen en meer mentale moeite moet doen om de informatie te integreren.*
- *Het redundantieprincipe stelt dat het herhalen van dezelfde informatie in meerdere vormen het leren kan verstoren, omdat het extra mentale inspanning vraagt en zo de cognitieve belasting verhoogt.*

Voor de patiënt is het dus beter als beeld en eventuele schriftelijke informatie geïntegreerd en niet-herhalend samen aangeboden worden.

- Plaats informatie en beelden die bij elkaar horen, dicht bij elkaar.
- Vermijd heen-en-weer kijken, maar label elementen rechtstreeks op een afbeelding.
- Vermijd herhaling van dezelfde informatie in beeld en tekst: geïntegreerd aanbieden van informatie betekent dat beeld en tekst elkaar aanvullen in plaats van hetzelfde te herhalen, zodat de zorggebruiker de boodschap sneller begrijpt en cognitieve overbelasting wordt vermeden. Combineer tekst en beeld doordacht zodat ze elkaar aanvullen en niet herhalen of los staan van elkaar.

✓ Maak stap voor stap een schets terwijl u de uitleg geeft.

Wanneer u een patiënt uitleg geeft, kunt u een tekening maken van wat u uitlegt. Omdat u stap voor stap schetst, is het voor de patiënten steeds duidelijk over welk deel van de tekening u uitleg geeft zodat zij gemakkelijker kunnen volgen.

✓ Toon medische materialen

Wanneer dit relevant is, kunt u bepaalde materialen (bv. implantaat, medicatie, verzorging, etc.) tonen aan de patiënt.

2.3.2.2 Zet gebaren in tijdens het gesprek.

✓ Leg uit ‘met handen en voeten’.

Onderzoek toont aan dat gebaren begrip (bv. van taalleerders) kunnen ondersteunen.

- ✓ Maak uw gebaren gerust groot, dat versterkt het effect.
- ✓ Beeld uit (bv. groot/klein).

✓ Wijs zaken aan op het eigen lichaam.

- ✓ Of: Indien gepast: op het lichaam van de patiënt

✓ Wijs naar bepaalde zaken op een afbeelding om gezamenlijke aandacht te creëren).

Een patiënt kan het overzicht tijdelijk verliezen. Door expliciet aan te duiden over welk element op de afbeelding u het heeft, kan de patiënt opnieuw aanhaken.

2.3.2.3 Bevraag de non-verbale signalen van de zorggebruiker

✓ Keer u tijdens het gesprek naar de zorggebruiker (en bv. niet te vaak naar uw computerscherm).

✓ Knikt de patiënt, dan betekent dat niet automatisch dat de patiënt u heeft begrepen. Ga na of de patiënt u begreep (cf. ook 2.7.2.1).

✓ Wees gevoelig voor stiltes: die kunnen een signaal zijn van onbegrip.

✓ Houd de reacties van de zorggebruiker in het oog. *Self-adaptors,* zoals het aanraken van het gezicht, friemelen aan kleding of het corrigeren van het kapsel, kunnen een teken zijn van spanning of ongemak.

✓ Pikt u een bepaald non-verbaal signaal op (bv. wenkbrauwen die omhoog gaan), toets uw interpretatie dan af bij de patiënt.

Lichaamstaal kan een belangrijk signaal zijn, maar is niet steeds eenduidig te interpreteren: een glimlach kan verschillende, soms zelf tegenstrijdige zaken signaleren, bv. blijdschap maar ook ongemak. Wees u ook bewust van mogelijke interculturele verschillen op vlak van lichaamstaal, stiltes, ...

- ✓ Zeg bv.: ‘Het lijkt alsof u twijfelt, kan dat kloppen?’

Good practices voor het inzetten van visuele hulpmiddelen vindt u hier:

► CDC Visual Communication Resources: link

► Mayo Clinic Libraries visual and foreign language aids: link

► Pharos voorlichtingsmaterialen en beeldverhalen: link

► Praatkaarten Hematon: link

► Visitaal voor pictogrammen: link

► Zanzu: link

Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes bij Pijler 2 ‘Visuele ondersteuning en gebaren gebruiken’

Andries, F., Meissl, K., Vries, C. D., Feyaerts, K., Oben, B., Sambre, P., Vermeerbergen, M., & Brône, G. (2023). Multimodal stance-taking in interaction — A systematic literature review. *Frontiers in Communication, 8*, 1187977. https://doi.org/10.3389/fcomm.2023.1187977

Ayres, P., & Sweller, J. (2021). The split-attention principle in multimedia learning. In R. E. Mayer (Ed.), *The Cambridge handbook of multimedia learning* (3rd ed., pp. 199–211). Cambridge University Press.

Beukeleers, I., Theys, L., Salaets, H., Wermuth, C., Schouten, B., & Brône, G. (2025). Exploring the semiotic complexity of the information exchange process in healthcare interpreting: How gestural omissions and additions can impact the amount and type of information exchanged. *Parallèles, 37*(1), 124–153. https://doi.org/10.17462/para.2025.01.08

Davidsen, A. S., Lindell, J. F., Hansen, C., et al. (2022). General practitioners' experiences in consultations with foreign language patients after the introduction of a user's fee for professional interpretation: A qualitative interview study. *BMC Primary Care, 23*(1), 103. https://doi.org/10.1186/s12875-022-01718-7

Kalyuga, S., & Sweller, J. (2014). The redundancy principle in multimedia learning. In R. E. Mayer (Ed.), *The Cambridge handbook of multimedia learning* (pp. 247–262). Cambridge University Press.

Lopez-Ozieblo, R. (2025). The dual functions of adaptors. *Languages, 10*(9), 231. https://doi.org/10.3390/languages10090231

Mayer, R. E. (2003). The promise of multimedia learning: Using the same instructional design methods across different media. *Learning and Instruction, 13*(2), 125–139. https://doi.org/10.1016/S0959-4752(02)00016-6

Mayer, R. E., & Fiorella, L. (2021). *The Cambridge handbook of multimedia learning* (3rd ed.). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108894333

Mayer, R., & Moreno, R. (2003). Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educational Psychologist, 38*(1), 43–52. https://doi.org/10.1207/S15326985EP3801_6

Prové, V., Feyaerts, K., & Oben, B. (2021). Handgebaren in interacties met anderstaligen: Een detailanalyse. *Handelingen-Koninklijke Zuid-Nederlandse maatschappij voor taal-en letterkunde en geschiedenis, 75*(1), 187–209.

van Beusekom, M. M., Land-Zandstra, A. M., Bos, M. J., van den Broek, J. M., & Guchelaar, H. J. (2017). Pharmaceutical pictograms for low-literate patients: Understanding, risk of false confidence, and evidence-based design strategies. *Patient Education and Counseling, 100*(5), 966–973.

van den Berg, L. N., Chavannes, N. H., & Aardoom, J. J. (2023). Using animated videos to promote the accessibility and understandability of package leaflets: Retrospective observational study evaluating the first year of implementation. *Journal of Medical Internet Research, 25*, e40914. https://doi.org/10.2196/40914

2.4 Pijler 3: Toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken

2.4.1 Waarom?

- Informatie wordt toegankelijker wanneer die beschikbaar is in verschillende vormen: naast mondeling ook visueel en schriftelijk.
- Talige aanpassingen (bv. eenvoudigere woordenschat, structuur, etc.) en de manier van presenteren van informatie beïnvloeden het begrip van gezondheidsadviezen.
- Papieren informatie kan op eigen tempo worden gelezen en herlezen, eventueel samen met een naaste.
- Papieren informatie is ook beter geschikt voor wie digitaal minder geletterd is of geen toegang heeft tot digitale middelen.
- Schriftelijke ondersteuning helpt patiënten om informatie beter te onthouden na een emotioneel gesprek.

2.4.2 Taleo-principes: toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken

2.4.2.1 Zie Taleo-principes over eenvoudig mondeling taalgebruik

Zie 2.1.2 voor de principes die we vermeldden rond eenvoudig mondeling taalgebruik. Die principes gelden ook voor schriftelijke communicatie. Daarnaast voegen we nog enkele extra principes toe, die van belang zijn voor schriftelijke communicatie.

2.4.2.2 Vereenvoudig de grammatica van uw taal.

- ✓ Vervang lange zinnen door korte.
- ✓ Vermijd passiefzinnen, relatiefzinnen, complexe ondergeschikte zinnen.

  Dus niet: “De medicatie wordt (passief ingeleid door ‘wordt’) door de patiënt dagelijks ingenomen om (bijzin ingeleid door ‘om’) complicaties te voorkomen, wat (ondergeschikte zin ingeleid door ‘wat’) soms moeilijkheden kan opleveren bij het volgen van het behandelplan.”
  Maar wel: “U moet de medicatie elke dag innemen. Zo voorkomt u complicaties. Soms is het moeilijk om het schema te volgen. Vertel het aan uw zorgverlener als dat gebeurt.”

2.4.2.3 Kies voor toegankelijke lay-out en structuur.

- ✓ Gebruik een duidelijk lettertype (bv. Arial) op een contrasterende achtergrond.
- ✓ Gebruik een groot lettertype en bouw veel witruimte in.
- ✓ Kies illustraties zorgvuldig zodat ze niet afleiden van de essentie.
- ✓ Gebruik voor elke sectie een titel in een groter lettertype.
- ✓ Gebruik vetgedrukte tekst voor belangrijke punten.
- ✓ Gebruik afgeronde cijfers.
- ✓ Werk met genummerde stappenplannen.
- ✓ Stel de informatie voor in een logische volgorde.
- ✓ Beperk de hoeveelheid informatie door een aantal kernpunten mee te geven.
- ✓ Indien de tekst ook online aangeboden wordt, moet aandacht gaan naar de toegankelijkheid op smartphoneschermen.

2.4.2.4 Zet digitale methoden in om een tekst toegankelijk te maken.

- ✓ Onderwerp de tekst aan een leesbaarheidstest (bv. T-scan, LINT – zie hieronder: good practices) of een gebruikerstest.

- ✓ Op basis van *natural language processing*: pas tekstvereenvoudiging toe.

  (Natural Language Processing (NLP) is een technologie waarmee computers menselijke taal kunnen begrijpen, analyseren en verwerken. In de context van gezondheidscommunicatie kan NLP gebruikt worden om medische teksten automatisch te vereenvoudigen. Zie grijze kader voor praktische tools.)

2.4.2.5 Geef informatie mee op papier

Niet alle patiënten hebben toegang tot digitale middelen (geen computer, smartphone, eID-lezer of internet). Sommige patiënten voelen zich onzeker of angstig bij het gebruik van digitale tools en online platformen.

- ✓ Geef informatie met de kernpunten van het gesprek (afspraken, richtlijnen voor medicatie, etc.) mee aan de patiënt: hoe moet de patiënt aan de slag gaan? Wat zijn de stappen die de patiënt moet zetten?
- ✓ Indien u voorgedrukte informatie meegeeft (bv. een brochure): duid dan tijdens het gesprek aan (bv. met kleur, met een kruisje) welke informatie de belangrijkste informatie is, zodat de patiënt niet verloren loopt in een grote hoeveelheid informatie.

Good practices voor schriftelijke materialen vindt u hier:

► Guidance & Tools, CDC: link

► Mayo Clinic Libraries: link

► Pharos begrijpelijke voorlichtingsmaterialen: link

► Praatkaarten Hematon: link

► Sydney Health Literacy Lab - Health Literacy Editor: link

Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes bij Pijler 3 ‘Toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken’

Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health, 132*, 3–12. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001

Crossley, S. A., Baffour, P., Burleigh, L., & King, J. (2025). A large-scale corpus for assessing source-based writing quality: ASAP 2.0. *Assessing Writing, 65*, 100954. https://doi.org/10.1016/j.asw.2025.100954

Labrique, A. B., Gibson, D. G., Rajan, R., & Vasudevan, L. (2020). Mobile health: A rapidly maturing digital ecosystem for health systems strengthening. In L. Fortunati, Y.

Li, S. S. Lim, R. Ling, & G. Goggin (Eds.), *The Oxford Handbook of Mobile Communication and Society* (pp. 276–291). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190864385.013.19

Ling, R., Fortunati, L., Goggin, G., Lim, S. S., & Li, Y. (Eds.). (2020). *The Oxford Handbook of Mobile Communication and Society* (pp. 3–12). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190864385.001.0001

Lopez, C. (2024). Einfach zugänglich. *Technische Kommunikation* (Ausgabe 1). https://technischekommunikation.info/schwerpunktthemen/einfach-zugaenglich-1301/

Murugesu, L., Heijmans, M., Fransen, M., & Rademakers, J. (2018). *Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: Kennis, methoden en tools*. Nivel.

Okuhara, T., Ishikawa, H., Okada, M., et al. (2017). Designing persuasive health materials using processing fluency: A literature review. *BMC Research Notes, 10*, 198. https://doi.org/10.1186/s13104-017-2524-x

Okuhara, T., Ishikawa, H., Goto, E., Okada, M., Kato, M., & Kiuchi, T. (2018). Processing fluency effect of a leaflet for breast and cervical cancer screening: A randomized controlled study in Japan. *Psychology, Health & Medicine, 23*(10), 1250–1260. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1492732

Okuhara, T., Ishikawa, H., Ueno, H., Okada, H., Kato, M., & Kiuchi, T. (2020). Influence of high versus low readability level of written health information on self-efficacy: A randomized controlled study of the processing fluency effect. *Health Psychology Open, 7*(1), 1–9. https://doi.org/10.1177/2055102920905627

Pharos. (2022, May). *Begrijpelijke vragenlijsten – de basis voor goede zorg* (Infosheet). https://www.pharos.nl/infosheets/begrijpelijke-vragenlijsten-de-basis-voor-goede-zorg/.

Roze, M. (2023). *De regels van Roze*. Merel Roze.

Sercu, L. (2022). Can popular magazines educate people with depression? An investigation of articles' understandability, reliability, and actionability. *PEC Innovation, 1*, 100099.

Sercu, L. (2024). Do we all speak the same language? A critical systemic functional discourse analysis of psychiatric hospital brochures. *Journal of Mental Health, 33*(4), 467–473.

Sercu, L. (2025). Hospital brochures in mental healthcare: How patient-centered are they? *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 31*(5), e14210.

Vlaams Patiëntenplatform. (2022, April). *eHealth in vraag gesteld! Hoe denken patiënten met een chronische aandoening over het elektronisch patiëntendossier?* https://vlaamspatientenplatform.be/storage/files/59715a40-7dc7-4d7a-a6af-f0c394143183/rapport-ehealth-in-vraag-gesteld-april-2022.pdf

Wamala Andersson, S., & Gonzalez, M. P. (2025). Digital health literacy—a key factor in realizing the value of digital transformation in healthcare. *Frontiers in Digital Health, 7*, 1461342.

Meer over digitale methoden om een tekst toegankelijk te maken

- **T-scan** (Software voor Complexiteits-Analyse van het Nederlands, Pander Maat et al. 2014) bepaalt 400 kenmerken van lexicale complexiteit (morfologie; woordfrequentie; diverse indicatoren voor de graad van concreetheid van woorden; persoonlijke voornaamwoorden; namen; werkwoordstijden): T-scan Analyzing texts for lexical complexity with T-Scan - Utrecht University https://raw.githubusercontent.com/CentreForDigitalHumanities/tscan/master/docs/tscanhandleiding.pdf
- **LINT** (vereenvoudiging van T-scan, testversie beschikbaar voor organisaties van de Vlaamse Overheid): https://www.vlaanderen.be/intern/werkplek/ondersteuning/heerlijk-helder/leesbaarheidsinstrument-voor-nederlandse-teksten
- Stappenplan voor een gebruikerstest: https://www.vlaanderen.be/intern/werkplek/ondersteuning/heerlijk-helder/gebruikerstesten
- Klassieke leesbaarheidformule (o.a. lengte woorden, lengte zinnen, ratio voor het bepalen van lexicale diversiteit): https://lt3.ugent.be/resources/classical-readability-formula-calculator/
- ChatGPT (of een andere GenAI-tool zoals Copilot of Gemini van Google) kan relatief goed het niveau van een test bepalen en suggesties voor verbetering formuleren
- Voyant: https://voyant-tools.org/docs/index.html#
- Leesbaarheidstest op het internet: https://www.accessibility.nl/tools/leesniveau en https://jeroenvandergun.nl/leesbaarheidstest

2.5 Pijler 4: Informatie vertalen, hertalen of een tolk inzetten

2.5.1 Waarom?

- Afhankelijk van de behoeften van de zorggebruiker kan het nodig zijn informatie aan te passen of te vertalen.
    - Voor mensen met beperkte lees- of taalvaardigheden kan informatie vereenvoudigd worden of ondersteund worden met beelden (i.e. hertalen of omzetten naar beelden – zie 2.3.2 voor beeldondersteuning).
    - Voor anderstalige zorggebruikers kan informatie in hun moedertaal worden aangeboden (i.e. vertalen).

- Zorggebruikers die gevraagd worden om te communiceren in een vreemde taal, kunnen kampen met angst wat de drempel tot zorg kan verhogen.

- Aandacht besteden aan *correct* vertalen/hertalen en het inzetten van een professionele tolk is van cruciaal belang, omdat:

  - fouten in automatische vertalingen frequent voorkomen en de boodschap kunnen vervormen of onduidelijk maken, met aanzienlijke medische risico's tot gevolg;

  - voor 'grote' talen de vertalingen beter zijn, maar er momenteel geen consensus bestaat dat de foutmarge van machinevertalingen acceptabel is binnen medische contexten;

  - ad-hoc tolken, zoals begeleiders van patiënten, de boodschap niet altijd volledig en correct overbrengen;

  - communiceren in een lingua franca (bijv. Engels of Frans), dus een vreemde taal voor zowel patiënt als zorgverlener, moeilijk is en kan leiden tot miscommunicatie met grote medische risico's.

2.5.2 Taleo-principes: informatie vertalen, hertalen of een tolk inzetten

2.5.2.1 Gebruik een beslishulp om te bepalen welke ver/-hertaalhulp nodig is.

Dit hoort bij een goede voorbereiding op een gesprek met een zorggebruiker. Maak deze voorbereiding in dialoog met de zorggebruiker.

- ✓ Zie bijvoorbeeld: MediLanguage: deze tool is afgestemd op zorggebruikers zodat zij kunnen nagaan welke ondersteuning ze nodig achten.

- ✓ Zie bijvoorbeeld: Beslisboom Pharos

- ✓ Zie bijvoorbeeld: Communicatiewaaier Agentschap Integratie en Inburgering

- ✓ Zie bijvoorbeeld: Communicatiewaaier met beslismodel van Stad Leuven

2.5.2.2 Zet een tolk in.

- ✓ Bespreek samen met de zorggebruiker of u een professionele tolk wil inzetten.

- ✓ Stel iedereen voor aan elkaar en geef uitleg over beroepsgeheim.

- ✓ Spreek in korte segmenten en laat ruimte voor de tolk.

- ✓ Kijk vooral de zorggebruiker aan: blijf in dialoog met de patiënt zelf.

- ✓ Zorg voor een goede opstelling in de ruimte: een driehoek met de patiënt centraal.

2.5.2.3 Gebruik zelf de taal van de zorggebruiker, of een gedeelde vreemde taal

Taal van de zorggebruiker: Uw moedertaal is Nederlands en u hebt Frans geleerd en uw patiënt spreekt enkel Frans. U kiest ervoor om samen Frans te spreken.
Gedeelde vreemde taal: U en uw patiënt spreken andere talen. U kiest ervoor om samen in een taal te spreken die voor uw beiden niet uw moedertaal is, bv. Frans of Engels.

- ✓ Schat als zorgverlener uw eigen taalgebruik en dat van de zorggebruiker in de vreemde taal kritisch in: onderzoek toont aan dat het taalniveau vaak overschat wordt en dat dit negatieve gevolgen kan hebben zoals miscommunicatie.

- ✓ Indien uw taalniveau in de andere taal beperkt is: omwille van risico op miscommunicatie gebruikt u de andere taal enkel voor de niet-klinische/niet-diagnostische settings (begroeting, logistiek, comfort). Het kan het ijs breken wanneer u de taal van de zorggebruiker kan inzetten.

- ✓ Als het taalniveau van de zorggebruiker in de andere taal beperkt is: omwille van risico op miscommunicatie gebruikt u de andere taal enkel voor de niet-klinische/niet-diagnostische settings (begroeting, logistiek, comfort).

- ✓ Indien uw taalniveau en dat van de zorggebruiker in de gedeelde vreemde taal taal voldoende hoog zijn, kan het een goede oplossing vormen om te kiezen voor deze gedeelde vreemde taal.

2.5.2.4 Gebruik machine-ver/hertaling.

- ✓ Hertaling –vereenvoudig uw boodschap (zie 2.4.2.4).

- ✓ Vertaling:

    - ✓ Gebruik professionele software (zie hieronder: good practices).

    - ✓ Omwille van risico op vertaalfouten: enkel voor de niet-klinische/niet-diagnostische settings (begroeting, logistiek, comfort).

    - ✓ Vertaal heen en weer: voer uw tekst in, vertaal naar de doeltaal en vertaal dan weer terug naar uw moedertaal zodat u de vertaling kan controleren.

    - ✓ Zet indien de situatie het toelaat en indien mogelijk, de machinevertaling in voor speech/text *to speech* vertaling zodat de patiënt die moeite heeft met lezen, de boodschap kan beluisteren.

Good practices voor hulpmiddelen voor vertaling, hertaling en het inzetten van een tolk vindt u hier:

► Tradumec AID TOOL FOR THE MEDICAL MANAGEMENT OF MIGRANT PATIENTS: link
[Text to speech]

► Mayo Clinic Libraries – woordenboeken: link

► Pharos: Taalbarrières: link

Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes bij Pijler 4 'Informatie vertalen, hertalen of een tolk inzetten'

Aerts, F. (2025). *Pharmaceutical translations under the microscope: A comparative analysis of the quality and error patterns of human and machine translations of EMA product information leaflets* (Unpublished Master dissertation). KU Leuven.

Ataman, D., Birch, A., Habash, N., Federico, M., Koehn, P., & Cho, K. (2025). Machine translation in the era of large language models: A survey of historical and emerging problems. *Information, 16*(9), 723. https://doi.org/10.3390/info16090723

Bot, H. (2022). *Dialogue interpreting in mental health* (Vol. 19). Brill.

Chan, B. M., Suurmond, J., van Weert, J. C., & Schouten, B. C. (2024). Uncovering communication strategies used in language-discordant consultations with people who are migrants: Qualitative interviews with healthcare providers. *Health Expectations, 27*(1), e13949.

Cox, A., & Lázaro Gutiérrez, R. (2016). Interpreting in the emergency department: How context matters for practice. In *Mediating emergencies and conflicts: Frontline translating and interpreting* (pp. 33–58). London: Palgrave Macmillan UK.

Cox, A., Rosenberg, E., Thommeret-Carrière, A. S., Huyghens, L., Humblé, P., & Leanza, Y. (2019). Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment. *Patient Education and Counseling, 102*(8), 1439–1445.

Edelheit-Rice, A., De Dijn, M., Dauby, N., Deconinck, J., Marzo, S., & Cox, A. (Submitted). *English as a Lingua Franca in Emergency Medical Care: A Qualitative Study on the Limits and Fragility of "Getting By."* BMJ.

Khanna, R. R., Karliner, L. S., Eck, M., Vittinghoff, E., Koenig, C. J., & Fang, M. C. (2011). Performance of an online translation tool when applied to patient educational material. *Journal of Hospital Medicine, 6*(9), 519–525.

Khoong, E. C., Steinbrook, E., Brown, C., & Fernandez, A. (2019). Assessing the use of Google Translate for Spanish and Chinese translations of emergency department discharge instructions. *JAMA Internal Medicine, 179*(4), 580–582.

Lee, W., Khoong, E. C., Zeng, B., Rios-Fetchko, F., Ma, Y., Liu, K., & Fernandez, A. (2023). Evaluation of commercially available machine interpretation applications for simple clinical communication. *Journal of General Internal Medicine, 38*(10), 2333–2339.

Mehandru, N., Agrawal, S., Xiao, Y., Gao, G., Khoong, E., Carpuat, M., & Salehi, N. (2023). Physician detection of clinical harm in machine translation: Quality estimation aids in reliance and backtranslation identifies critical errors. In *Proceedings of the 2023 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing* (pp. 11633–11647). Association for Computational Linguistics. https://doi.org/10.18653/v1/2023.emnlp-main.712

Mehandru, N., Robertson, S., & Salehi, N. (2022). Reliable and safe use of machine translation in medical settings. In *Proceedings of the 2022 ACM Conference on Fairness, Accountability, and Transparency* (pp. 2016–2025). ACM. https://doi.org/10.1145/3531146.3533244

Merx, R., Phillips, C., & Suominen, H. (2024). Machine translation technology in health: A scoping review. *Studies in Health Technology and Informatics, 318*, 78–83. https://doi.org/10.3233/SHTI240895

Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research, 15*(1), 371. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8

Odedra, R., Nijman, R. G., Averill, P., & Mayer, E. (2025). Translation without substitution: The need for responsible AI integration in patient instructions. *BMJ Quality & Safety, bmjqs-2025-019098*. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2025-019098

Olk, H. M. (2013). Cultural references in translation: A framework for quantitative translation analysis. *Perspectives: Studies in Translation Theory and Practice, 21*(3), 344–357. https://doi.org/10.1080/0907676X.2011.646279

Ruiz, J., Molina, R. L., Cox, A., Diamond, L. C., Karliner, L., Gutierrez, R. L., Li, S., Oueslati, R., Diaz, C. P., & Schouten, B. (2025). Artificial intelligence and language discordant healthcare encounters: Challenges, opportunities, and recommendations. *Patient Education and Counseling, 139*, Article 109272. https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.109272

Theys, L., Krystallidou, D., Salaets, H., Wermuth, C., & Pype, P. (2019). Emotion work in interpreter-mediated consultations: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling, 103*(1), 33–43. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.006

Verplaetse, H. (2019). Translating medical terminology for specialist and lay readers: Domain-specific resources, inter-/intralingual translation and the language

professional. Presented at the 1st International Symposium on Translation and Knowledge Transfer: New trends in the theory and practice of translation and interpreting (TRAK), Universidad de Córdoba (Spain), 17–18 October 2019. Open Access URL

Wermuth, C., & Verplaetse, H. (2019). Medical terminology in the Western world. Current situation. In A. Alsulaiman & A. Al-Laithy (Eds.), *Handbook of Terminology, Volume 2 [HoT2]: Terminology in the Arab world* (pp. 84–108). Amsterdam: John Benjamins. https://doi.org/10.1075/hot.2.05wer

Zhao, Y., Segalowitz, N., Voloshyn, A., Chamoux, E., & Ryder, A. G. (2021). Language barriers to healthcare for linguistic minorities: The case of second language-specific health communication anxiety. *Health Communication, 36*(3), 334–346.

2.6 Pijler 5: Vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid tonen

2.6.1 Waarom?

- Er moet aandacht zijn voor emoties en (onuitgesproken) angsten die verder gaan dan het puur talige, want die bepalen ook het begrip van patiënten en hun bereidheid om adviezen op te volgen.
- Door de digitale kloof hebben zorggebruikers met beperkte geletterdheid minder kansen om zelf informatie te vinden, wat mogelijk voor onzekerheid of zelfs wantrouwen zorgt. Vertrouwen opbouwen is dan ook essentieel.
- Een empathische aanpak door de zorgverlener en vertrouwen in de zorgverlener zijn essentieel voor de therapietrouw van patiënten.
- Getuigenissen en verhalen waarin de beoogde doelgroep van personen met beperkte gezondheidsvaardigheden zich kan herkennen zorgen ervoor dat de informatie beter in het langetermijngeheugen kan worden opgenomen.
- Om gedeelde besluitvorming mogelijk te maken, is het essentieel dat zorgverleners expliciet aandacht besteden aan relationele ondersteuning en erkenning van de patiënt.
- Naast het talige luik spelen ook culturele (waaronder ook religieuze of spirituele) factoren een rol. Patiënten die een andere taal dan de meerderheidstaal spreken, zijn vaak minder vertrouwd met het gezondheidssysteem en de (culturele) gewoontes binnen dat systeem (interculturele drempels).

2.6.2 Taleo-principes: vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid tonen

2.6.2.1 Voorzie een warm onthaal

- ✓ Begroet de patiënt met naam.
- ✓ Maak oogcontact met de patiënt wanneer die binnenkomt.
- ✓ Bevraag de patiënt over de ervaringen in de zorginstelling (Heeft de patiënt de weg naar de instelling goed gevonden? Toegankelijkheid?)

2.6.2.2 Verbind eerst – informeer later

- ✓ Start met empathie: peil emoties, sociale drempels (vervoer, kosten, opvang).
- ✓ Verwijs naar concrete beschikbare hulp bij problemen.

2.6.2.3 Benoem emoties en onzekerheid en normaliseer ze

- ✓ Reflecteer de gevoelens van de patiënt, die je uit diens lichaamstaal of tussen diens regels meent op te merken, in een korte stelling (gevoelsreflectie). Zeg bv.
    - 'Vind je het spannend?' tegen een patiënt die op het puntje van diens stoel zit te luisteren.
    - ‘Twijfel je?’ tegen een patiënt die erg fronst tijdens je uitleg.
    - ‘Mogelijk voel je je overdonderd door mijn lange uitleg?’ tegen een patiënt die zegt dat die niet weet of die alles heeft kunnen onthouden.
- ✓ Laat zien dat twijfel, angst of schaamte bij een situatie horen. Zeg bv.:
    - “Twijfel over wat u moet doen, hoort erbij en dat is volkomen begrijpelijk.”
    - “Het is normaal om zich zo te voelen.”
    - “Het is mogelijk en logisch dat u zich nerveus voelt voor dit gesprek, veel mensen ervaren dat.”
    - “Schaamte over deze situatie is normaal, u staat hier niet alleen in.”

2.6.2.4 Neem de tijd

De tijd voorzien voor een consult is beperkt. Tracht de hoeveelheid informatie die u zal geven aan te passen aan de tijd die beschikbaar is en beperk die indien nodig zodat u de uitleg aan een rustig tempo kan geven.

- ✓ Wees selectief: geef de ‘need to know’ mee aan een rustig tempo, eerder dan ook de ‘nice to know’ aan een versneld tempo.

2.6.2.5 Communiceer schaamte-sensitief en trauma-bewust

- ✓ Vraag toestemming bij de start en tijdens de uitvoering van een handeling of bevraging.
- ✓ Wees alert op schaamte rond beperkte gezondheidsvaardigheden, moeite met digitale tools of financiële aspecten.

2.6.2.6 Expliciteer de keuzevrijheid van de patiënt

- ✓ Maak duidelijk dat de patiënt beslissingen zelf kan nemen.
- ✓ Moedig de patiënt aan om deel te nemen in beslissingen door uit te leggen dat u enkel medische expertise hebt terwijl de patiënt expert is over wat die zelf belangrijk vindt en over wat in diens leven past. Het samenleggen van die twee expertises leidt tot de beste oplossing voor de individuele patiënt. Dit betreft de ‘team-talk’ van het 3T-model voor gedeelde besluitvorming
- ✓ Geef opties, leg voor- en nadelen uit in eenvoudige taal.

2.6.2.7 Streef naar herkenbaarheid en herhaling in de informatie.

- ✓ Gebruik herkenbare getuigenissen, beelden, situaties en voorbeelden uit het dagelijks leven.
- ✓ Bouw in het gesprek herhaling en synthese in.
- ✓ Werk cyclisch en laat verschillende partijen dezelfde informatie geven (bv. arts, oncocoach, verpleging, etc.)
- ✓ Herkenbaarheid in de materialen: dezelfde schriftelijke informatie (tekst + beelden) wordt mondeling overlopen én op papier meegegeven.
- ✓ Overweeg aansluitende taal te gebruiken door de terminologie over te nemen die de patiënt gebruik (bv. Ook eens ‘uw suiker’ zeggen in plaats van diabetes of suikerziekte).

2.6.2.8 Toon gevoeligheid voor interculturele verschillen, maar benadruk de verschillen tussen u en de patiënt niet.

Interculturele vaardigheid betekent niet per se dat zorgverleners vaste overzichten van culturele kenmerken moeten kennen en toepassen. Dergelijke overzichten kunnen de aandacht vestigen op interculturele gevoeligheid, maar omdat culturen voortdurend veranderen en individuele ervaringen sterk variëren, blijft het essentieel elke patiënt als uniek te benaderen en stereotypering te vermijden. Intercultureel bewust communiceren draait daarom vooral om openheid en receptiviteit voor gevoeligheden in het gesprek.

Thema's zoals kanker, kinderloosheid of keuzes rond het levenseinde kunnen voor veel patiënten moeilijk bespreekbaar zijn, ongeacht hun culturele achtergrond. Door actief te luisteren en zonder aannames te werken, kan de zorgverlener hier respectvol op inspelen.

- ✓ Luister aandachtig en vang signalen op over wat moeilijk of belangrijk is voor de patiënt.
- ✓ Stem uw communicatie en zorg af op wat u hoort, zonder aannames te maken.
- ✓ Ga niet uit van 'anders-zijn', maar benader elke patiënt als individu.

2.6.2.9 Zet indien nodig een intercultureel bemiddelaar in.

- ✓ Schakel in samenspraak met de zorggebruiker een intercultureel bemiddelaar in wanneer taal- of cultuurverschillen het begrip, vertrouwen of de besluitvorming bemoeilijken.
- ✓ Gebruik de bemiddelaar om wederzijds begrip te bevorderen, niet om letterlijk te vertalen (een tolk heeft een andere rol), maar om verwachtingen, waarden en gevoeligheden te verduidelijken.

Good practices voor vertrouwen, empathie en interculturele vaardigheden vindt u hier:

► Pharos voorlichtingsmaterialen en beeldverhalen: link

► https://www.pharos.nl/thema/begrijpelijke-voorlichtingsmaterialen-en-beeldverhalen/Think Cultural Health: link

► Cultural Competence Self-assessment Checklist: link

► 7 Tips for Promoting Health Literacy With Empathetic and Inclusive Communication: link

Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes bij Pijler 5: 'Vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid tonen

Barbati, S., Lauriola, M., Pomey, M.-P., & Barello, S. (2025). Effectiveness of eHealth literacy interventions: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 25*, Article 288.

Bartels, S. L., Taygar, A. S., Johnsson, S. I., Petersson, S., Flink, I., Boersma, K., McCracken, L. M., & Wicksell, R. K. (2023). Using personas in the development of eHealth interventions for chronic pain: A scoping review and narrative synthesis. *Internet Interventions, 32*, 100619. https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100619

Baumert, A. (2020). *Einfach schreiben*. Technische Kommunikation. https://technischekommunikation.info/fachartikel/sprache/einfach-schreiben-1371/

Bilican, S., Irfan, M., Cox, A., Salaets, H., Sabbe, M., & Schoenmakers, B. (2025). Access to mental healthcare for refugees, asylum seekers and migrants: An umbrella review of barriers. *BMJ Open, 15*, e096267. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096267

Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., ... & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *bmj*, *359*, **j4891.** https://doi.org/10.1136/bmj.j4891

Husain, L., et al. (2024). Developing user personas to capture intersecting social determinants of health. *British Journal of General Practice, 74*(741), e250–e257. https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0412

Krystallidou, D., Salaets, H., Wermuth, C., & Pype, P. (2018). EmpathicCare4All: Study protocol for the development of an educational intervention for medical and interpreting students on empathic communication in interpreter-mediated medical consultations. A study based on the Medical Research Council (MRC) framework phases 0–2. *The International Journal of Educational Research, 92*, 53–62. https://doi.org/10.1016/j.ijer.2018.09.009

Mertens, L., Wildiers, H., Van Veenendaal, H., et al. (2025). From burden to empowerment: Patient-reported influencing factors on participation in shared decision making in oncology, a meta-study. *Psycho-Oncology*, e70218. https://doi.org/10.1002/pon.70218

Rossi, M. G., & Macagno, F. (2022). Intercultural pragmatics in healthcare communication. In *The Cambridge handbook of intercultural pragmatics* (pp. 652–682). Cambridge University Press.

van den Muijsenbergh, M., et al. (2019). Sociaal kwetsbare groepen in onderzoek en de praktijk. *Huisarts en Wetenschap, 62*(11), 56–59. https://doi.org/10.1007/s12445-019-0304-7

van den Muijsenbergh, M., et al. (2024). Hoe overbrug je de communicatiekloof bij laaggeletterdheid of anderstaligheid? *Huisarts en Wetenschap, 67*(6), 42–45. https://doi.org/10.1007/s12445-024-2825-y

Van Pelt, S., Magnus, I., & Rits, G. (2016). *Empathisch Frans voor hulp- en dienstverleners*. Leuven: Acco.

Vlaams Instituut Gezond Leven. (2024). *Groeien als gezondheidsvaardige organisatie: Reflectietool voor de eerstelijn*. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. https://www.gezondleven.be/themas/gezondheidsongelijkheid

2.7 Pijler 6: Begrip toetsen en geïnformeerde keuzes bevorderen

2.7.1 Waarom?

- Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden begrijpen informatie niet altijd volledig, maar geven dat vaak niet aan. Schaamte of onzekerheid kan ertoe leiden dat patiënten instemmend knikken zonder echt begrip.

- Zonder controle van het begrip blijven misverstanden onopgemerkt. Dat verhoogt het risico op verkeerde beslissingen, verminderde therapietrouw en onveilige zorg.

2.7.2 Taleo-principes: Begrip toetsen en geïnformeerde keuzes bevorderen

2.7.2.1 Pas de verbindende-terugvraagmethode toe

- ✓ Vraag de zorggebruiker om de informatie in de eigen woorden te herhalen.

- ✓ Koppel dit aan de kwaliteit van de eigen uitleg (‘ik ben onzeker of ik het goed heb uitgelegd’) om niet te stigmatiseren/betuttelen en verbinding te maken.

- ✓ Pas de terugvraagmethode niet enkel aan het einde van het gesprek toe (de hele uitleg ineens bevragen kan een te zware cognitieve belasting van de zorggebruiker vragen), maar stapsgewijs doorheen het gesprek om het begrip van de zorggebruiker te monitoren.

2.7.2.2 Kies voor objectieve, niet-autoritaire formuleringen

- ✓ Vermijd bevelen als: ‘U moet de medicatie elke ochtend stipt innemen’. Die kunnen tot minder emotionele bereidheid leiden dan een boodschap die weergegeven is met een objectieve formulering (met inbegrip van de reden) zoals ‘Om vlot te genezen is het is belangrijk dat u de medicatie elke ochtend stipt inneemt’.

2.7.2.3 Kies voor ‘can do’-boodschappen

- ✓ Kies voor “can do”-boodschappen die de patiënt positief bekrachtigen (“Ik weet dat u op deze manier vooruitgang kan boeken.”).

- ✓ Indien bepaalde activiteiten niet kunnen/voedingsmiddelen vermeden moeten worden: Benadruk wat wél mag.

2.7.2.4 Geef redenen waarom

- ✓ Geef een duidelijke reden bij een advies zodat de oproep beter aanvaard en opgevolgd kan worden.

- ✓ Geef bewijs voor wat u zegt.

2.7.2.5 Zorg voor structuur in het gesprek

- ✓ Kondig bij de start aan hoe het gesprek zal verlopen.
- ✓ Kondig nieuwe fasen in het gesprek aan, bv. “Laten we nu overgaan naar het onderdeel waarin we de mogelijke behandelingsopties bespreken.”
- ✓ Rond het gesprek af met een synthese.

2.7.2.6 Luister actief

- ✓ Stel idealiter open vragen en behoud gesloten vragen om feitelijke elementen te bevragen (bv. heeft u uw medicatie ingenomen vandaag?).
- ✓ Parafraseer wat de zorggebruiker u vertelt om uw eigen begrip te toetsen en vraag de zorggebruiker of dat correct is.
- ✓ Reflecteer (non-verbaal of tussen de regels begrepen) gevoelens van de patiënt.

2.7.2.7 Laat ruimte voor vragen van de patiënt

- ✓ Ga na wat de patiënt zelf al weet over een onderwerp voor u uitleg geeft. Vraag: ‘Wat weet u al over deze diagnose/behandeling/etc.?’.
- ✓ Houd geregeld halt en pauzeer om vragen mogelijk te maken.
- ✓ Vermeld expliciet en doorheen het gesprek dat vragen welkom zijn.
- ✓ Zeg: ‘Wat wil u nog meer weten?’, of ‘Wat kan ik nog voor u doen?”

Good practices voor begrip en geïnformeerde keuzes bevorderen:

► Patient-Centered Communication to Improve Health Literacy: link

►Begrijp je dokter: link

► Patient empowerment, samen aan het stuur: link

Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes bij Pijler 6 ‘Begrip en geïnformeerde keuzes bevorderen’

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3–38). Washington, DC: Hemisphere.

Bilican, S., Irfan, M., Cox, A., Salaets, H., Sabbe, M., & Schoenmakers, B. (2025). Access to mental healthcare for refugees, asylum seekers and migrants: An umbrella review of barriers. *BMJ Open, 15*, e096267. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096267

Coffman, J. (2002). *Public communication campaign evaluation: An environmental scan of challenges, criticisms, practice, and opportunities*. Harvard Family Research Project, Communications Consortium Media Center.

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS One, 15*(4), e0231350. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350

Verplaetse, H. (2021). Epistemic and deontic modality: Complementing semantic tesserae creating unified messages through mosaic texts. Presented at the international online conference *Théories & Réalités en Traduction & Rédaction 6 / Theories & Realities in Translation & Writing 6 (T&R6 Istanbul 2020)*, Online, 15 June 2021.

Verplaetse, H., & Wermuth, C. (2014). Keys for reader response to written healthcare communication: A contrastive study of English and translated German patient information leaflets (PILs). *Turjuman, 23*(2), 11–45.

Williams, S. N., Dienes, K., Jaheed, J., Wardman, J. K., & Petts, J. (2023). Effectiveness of communications in enhancing adherence to public health behavioural interventions: A COVID-19 evidence review. *Philosophical Transactions of the Royal Society A, 381*(2257), 20230129. https://doi.org/10.1098/rsta.2023.0129

3 Checklist voor zorgverleners

Fase	Actie / Principe	Checkbox
Voorbereiding	Verzamel visuele materialen (afbeeldingen, schema's) ter ondersteuning van het gesprek (2.3.2.1)	☐
Voorbereiding	Verzamel toegankelijke schriftelijke informatie op papier of digitaal (2.4.2.1–2.4.2.4)	☐
Voorbereiding	Controleer de schriftelijke materialen die u wenst te gebruiken op eenvoudige grammatica en lay-out en vereenvoudig indien nodig (2.4.2.1–2.4.2.4)	☐
Voorbereiding	Bepaal vooraf samen met de zorggebruiker welke taalondersteuning nodig is (beslishulp) (2.5.2.1)	☐
Voorbereiding	Vraag tijdig een tolk aan of regel vertaalmateriaal (2.5.2.2)	☐
Voorbereiding	Bereid machine-ver-/hertaling of AI-tools voor voor eenvoudige taalvertaling (2.5.2.4)	☐
Voorbereiding	Ga in samenspraak met de patiënt na of u een intercultureel bemiddelaar wil uitnodigen voor het consult (2.6.2.9)	☐
Start van het gesprek	Voorzie een warm onthaal; verbind eerst, informeer later (2.6.2.1–2.6.2.2)	☐
Start van het gesprek	Expliciteer keuzevrijheid van de patiënt en streef naar herkenbaarheid (2.6.2.6–2.6.2.7)	☐
Start van het gesprek	Kondig aan hoe het gesprek zal verlopen (2.7.2.5)	☐
Midden van het gesprek	Gebruik eenvoudige, concrete en duidelijke mondelinge taal (2.2.2.1–2.2.2.7)	☐
Midden van het gesprek	Gebruik visuele materialen en gebaren ter verduidelijking (2.3.2.1–2.3.2.2)	☐
Midden van het gesprek	Heb oog voor de non-verbale signalen van uw patiënt (2.3.2.3)	

Midden van het gesprek	Overloop schriftelijke informatie ter ondersteuning van uitleg (2.4.2.1-2.4.2.4)	☐
Midden van het gesprek	Pas vertalingen/hertalingen toe indien nodig, via tolk, professionele vertaaltool of AI (2.5.2.2–2.5.2.4)	☐
Midden van het gesprek	Benoem emoties en onzekerheden; normaliseer gevoelens en heb aandacht voor schaamte of trauma (2.6.2.3 en 2.6.2.5)	☐
Midden van het gesprek	Neem de tijd: geef de 'need to know' mee aan een rustig tempo, eerder dan de 'nice to know' aan een versneld tempo (2.6.2.4)	☐
Midden van het gesprek	Toon interculturele gevoeligheid zonder verschillen te benadrukken (2.6.2.8)	☐
Midden van het gesprek	Gebruik stap-voor-stap terugvraagmethode: uitleg → check begrip → extra uitleg → check begrip → samenvatting (2.7.2.1)	☐
Midden van het gesprek	Gebruik objectieve formuleringen en 'can do'-boodschappen; geef redenen waarom (2.7.2.2–2.7.2.4)	☐
Midden van het gesprek	Zorg voor structuur doorheen het gesprek (2.7.2.5)	☐
Midden van het gesprek	Luister actief (2.7.2.6)	☐
Midden van het gesprek	Laat ruimte voor vragen van de patiënt (2.7.2.7)	☐
Einde van het gesprek	Geef schriftelijke informatie mee die tijdens het gesprek is toegelicht (2.4.2.5)	☐
Einde van het gesprek	Noteer afspraken, richtlijnen voor medicatie of belangrijke punten voor vervolg (2.4.2.5)	☐
Einde van het gesprek	Laat ruimte voor vragen van de patiënt (2.7.2.7)	☐
Na het gesprek	Reflecteer kort op wat goed ging en waar communicatie verbeterd kan worden (2.2.2.1-2.7.2.4)	☐
Na het gesprek	Evalueer of aanvullende visuele of schriftelijke materialen nodig zijn (2.3.2.1 en 2.4.2.1-2.4.2.5)	☐

Na het gesprek	Bespreek met de patiënt of u bij een volgend gesprek ondersteuning wil vragen van een tolk of een intercultureel bemiddelaar (2.5.2.2 en 2.6.2.9)	☐

4 Kadering van de Taleo-pijlers en principes en mogelijke vervolgtrajecten

4.1 Kadering van Taleo en vervolgonderzoek naar de effectiviteit van/tevredenheid over/ de gecombineerde pijlers en principes

Het Taleo-model dat we in deze nota voorstellen, biedt een overzicht van kernpijlers en -principes om communicatie tussen zorgverleners en zorggebruikers met beperkte gezondheidsvaardigheden te verbeteren. De pijlers zijn bewust beperkt in aantal, zodat ze hanteerbaar blijven in de praktijk, en zijn breed gedragen binnen ons consortium. Ze zijn bovendien stevig onderbouwd in de literatuur en sluiten aan bij bestaande modellen van persoonsgerichte zorg. De onderliggende principes gaan vaak nog verder in de diepte en zijn verder uitgesplitst in uitleg, tips en concrete aanwijzingen. Ze bieden daarmee een veelheid aan voorbeelden en handvaten (hoewel we niet beweren exhaustief te kunnen zijn), zodat zorgverleners voldoende praktische ondersteuning krijgen om de kernpijlers in de dagelijkse praktijk toe te passen.

Tegelijkertijd is het belangrijk om te nuanceren: het model als geheel is nog niet gepretest in de praktijk. We weten nog niet precies hoe de pijlers en principes zullen vallen bij zorgverleners en patiënten, noch hoe ze effectief toegepast kunnen worden binnen een consult van bijvoorbeeld 15 minuten. De randvoorwaarden van de organisatie waarin de zorgverlener werkt zijn uiteraard ook cruciaal (Ammenwerth, 2019). Het model biedt een richting, maar flexibiliteit en vaardigheid om in onverwachte situaties te handelen — een ‘jazz’-benadering (Haidet, 2007) — blijven noodzakelijk.

Het is belangrijk dat hulpmiddelen en modellen voor zorgcommunicatie ontworpen worden met de zorgverlener en zorggebruiker als uitgangspunt. De *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) laat zien dat de adoptie van een nieuw hulpmiddel vooral afhangt van vier factoren: de verwachte toegevoegde waarde, de inspanning die het kost om het te gebruiken, de ondersteuning die beschikbaar is, en de invloed van collega’s of de organisatie (Venkatesh et al., 2003; Williams et al., 2015; Wutz et al., 2023). Zorgverleners moeten het nut van een hulpmiddel duidelijk zien en voldoende training en ondersteuning krijgen, zodat ze zich zelfverzekerd voelen in het gebruik ervan (Lee et al., 2025). Zorgverleners kunnen hierbij ondersteund worden met training met videomateriaal (via observerend leren; Bandura 1986; via CARM-training; zie Stokoe, 2014) en ook met VR-tools voor simulaties of trainingssituaties (zie Cools et al., 2025). Ook moet rekening gehouden worden met organisatorische omstandigheden zoals tijd, werkprocessen en teamdynamiek (Shaw et al., 2018; Marwaha et al., 2022). Het betrekken van zorgverleners én zorggebruikers bij ontwerp en evaluatie, bijvoorbeeld via focusgroepen of simulaties, is cruciaal om te zorgen dat een hulpmiddel praktisch bruikbaar is en aansluit bij de echte praktijk (Asadollahi et al., 2025; Scipion et al., 2025).

Dit kader vormt een solide basis voor toekomstige onderzoeksprojecten. Het pretesten van het Taleo-model als geheel in de praktijk is een essentiële volgende stap. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe de kernpijlers en onderliggende principes functioneren in realistische consultsituaties en hoe zorgverleners en patiënten ermee omgaan. De resultaten van zo’n praktijkpretest zijn cruciaal om het model verder te verfijnen en goed implementeerbaar te maken. Verder is ook ander vervolonderzoek mogelijk, zoals woordenschatonderzoek bij Vlaamse artsen (i.e. met het oog op het identificeren van

veelgebruikte woordenschat die begripsproblemen bij patiënten kan veroorzaken), de ontwikkeling en inzet van beslissingshulpen voor de ondersteuning van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, of onderzoek naar de effectiviteit van taalvereenvoudiging op het begrip van medische informatie bij patiënten in Vlaanderen. Ander mogelijk vervolgonderzoek kan zich richten op observationeel leren van zorgverleners bij het toepassen van het Taleo-model (zie Bandura 1986; De Grez et al., 2014; de Koning et al., 2018), door te onderzoeken hoe zij effectieve communicatie in de praktijk observeren en overnemen. Daarnaast zou vervolgonderzoek kunnen focussen op de evaluatie van schriftelijke materialen van Kom op tegen Kanker of ziekenhuizen op basis van leesbaarheidstesten (via lezersonderzoek) of readability (via instrumenten), om te bepalen hoe begrijpelijk deze documenten zijn voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en hoe ze verbeterd kunnen worden.

Dit vervolgtraject, geleid door Kom op tegen Kanker, kan bijvoorbeeld gebeuren in samenwerking met LILI, met CTO KU Leuven en met UZ Leuven en kan gebruikmaken van methoden zoals persona's om representatieve scenario's uit de praktijk na te bootsen (Husain, 2024). We benadrukken dat verdere trajecten in co-creatie met de doelgroep– patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, met zorgverleners en met andere relevante stakeholders moeten gebeuren (Loignon et al., 2018).

4.2 Voorstellen voor een digitale tool gebaseerd op de Taleo-pijlers en -principes

In deze sectie verkennen we digitale gespreksondersteuning voor zorgverleners, een onderwerp dat aansluit bij de mogelijke langetermijndoelstellingen van Kom op tegen Kanker voor het Taleo-project. Het ontwikkelen van digitale gespreksondersteuning met taalondersteuning brengt diverse uitdagingen met zich mee. Ten eerste speelt meertaligheid een rol: huidige natuurlijke taalverwerkingstools (NLP) zijn vaak slechts accuraat voor een beperkt aantal talen, wat de inzetbaarheid in diverse patiëntpopulaties beperkt (Joshi et al., 2020). Daarnaast is de betrouwbaarheid van dergelijke tools een aandachtspunt, zeker wanneer het gaat om gesloten systemen of 'black box'-modellen waarvan de interne werking niet volledig transparant is (zie bv. OpenAI et al., 2024). Open taalmodellen zoals Llama (Touvron et al., 2024) en Gemma (Google DeepMind, 2024) bieden meer controle over datagebruik, privacy en fine-tuning, maar vereisen tegelijk meer technische expertise en eigen beheer. Vanuit regulatoir oogpunt kunnen sommige toepassingen als medische hulpmiddelen worden beschouwd, wat extra compliance- en veiligheidsvereisten met zich meebrengt. Ook de digitale en AI-vaardigheden van zorgverleners zijn bepalend voor effectief gebruik, evenals het vermogen om 'joint attention' te behouden tijdens het consult. Ten slotte spelen vertalingen en de juridische aansprakelijkheid (liability) rond foutieve of onvolledige informatie een belangrijke rol, waardoor het zorgvuldig implementeren en monitoren van dergelijke tools cruciaal is (Ataman et al., 2025).

Los van de hierboven geschetste aandachtspunten biedt digitale gespreksondersteuning tal van kansen voor zorgverleners. Zo kan AI worden ingezet in de **training** van artsen, waarbij het model directe feedback geeft op basis van de pijlers en criteria, waardoor leerprocessen gerichter en consistenter verlopen. Door **Retrieval-Augmented Generation** (RAG) kan een taalmodel gekoppeld worden aan externe kennisbanken, zoals

beleidsdocumenten van de Europese Unie, waardoor up-to-date en betrouwbare informatie beschikbaar is tijdens consultaties (Lewis et al., 2020). Ook de koppeling aan een **betrouwbare beelddatabank**, bijvoorbeeld via automatische beeldselectie met CLIP, ondersteunt visuele uitleg aan patiënten (Radford et al., 2021). **Simplification/summarization-technieken** maken het mogelijk om complexe informatie overzichtelijk samen te vatten met een hoge mate van betrouwbaarheid (Zhang et al., 2025). Een digitale tool kan ingezet worden om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te ondersteunen in hun gezondheid, op voorwaarde dat ze eenvoudig en gebruiksvriendelijk zijn ontworpen. Een belangrijke succesfactor is dus een **eenvoudige interface**, met duidelijke knoppen, beperkte menu's en herkenbare iconen (Muellmann et al., 2025).

Tot slot kunnen we stellen dat AI een duidelijke opportuniteit biedt voor het Taleo-project: waar een groot aantal onderliggende criteria per pijler (zie hierboven) de trainbaarheid voor zorgverleners complex kan maken, kan het model juist profiteren van de **uitgebreide systeemprompt**, waardoor het de volledige set van criteria effectief kan verwerken en toepassen. De voorgestelde digitale gespreksondersteuning voor zorgverleners zou een tool zijn die zorgverleners begeleidt en ondersteunt bij de toepassing van alle principes bij de 6 pijlers tegelijk.

Digitale tools voor gespreksondersteuning in de medische wereld

A. Functionaliteiten van AI-gestuurde gespreksondersteuning

Digitale tools voor gespreksondersteuning in de medische context zijn technologieën die patiënt-zorgverlenergesprekken op een onopvallende manier kunnen opnemen, transcriberen en verwerken tot gestructureerde klinische notities voor elektronische patiëntendossiers. Het primaire doel van deze technologieën is het verminderen van administratieve lasten, zodat zorgverleners meer aandacht kunnen besteden aan de patiënt in plaats van aan het scherm, en om documentatiestromen te stroomlijnen.

Deze systemen maken gebruik van **spraak-naar-tekst technologie**, **Natural Language Processing (NLP)** en **geavanceerde AI-modellen** om samenvattingen en consultverslagen in realtime of na het consult te produceren met minimale handmatige invoer. Daarnaast kunnen sommige tools:

- Consultaties automatisch omzetten in gestructureerde verslagen volgens gangbare medische coderingen of standaarden.
- Relevante informatie identificeren en integreren in bestaande elektronische patiëntendossiers.
- De consistentie en verwerkbaarheid van gegevens verbeteren, waardoor administratieve fouten verminderen.
- Ondersteuning bieden bij medicatiebewaking en andere klinische workflow-processen.

Door deze functionaliteiten kan de administratieve druk op zorgverleners afnemen, de toegankelijkheid van patiëntinformatie verbeteren en de samenwerking tussen verschillende zorgverleners vergemakkelijken.

B. Commerciële variatie en selectiecriteria

Er zijn verschillende commerciële aanbieders die dit soort technologie ontwikkelen, en hun oplossingen verschillen vaak in functionaliteit, integratiemogelijkheden, gebruiksvriendelijkheid en mate van validatie. Sommige systemen richten zich voornamelijk op automatische transcriptie en notulering, terwijl andere bredere functies aanbieden zoals medicatiebewaking, workflow-management of integratie met specifieke elektronische patiëntendossiers.

Bij de selectie van een tool is het belangrijk rekening te houden met:

- **Integratie met bestaande systemen**: kan het platform eenvoudig gekoppeld worden aan het lokale elektronisch patiëntendossier?
- **Validatie en betrouwbaarheid**: is de tool getest in praktijkomgevingen of wetenschappelijk geëvalueerd?
- **Privacy en regelgeving**: voldoet de software aan GDPR en andere Europese of nationale kwaliteits- en veiligheidsnormen?
- **Commercieel versus open-source**: beschikbaarheid, onderhoud, ondersteuning en aanpasbaarheid.
- **Praktische toepasbaarheid**: hoe intuïtief is het systeem voor zorgverleners, en hoeveel administratieve tijd bespaart het daadwerkelijk?

Door deze criteria in overweging te nemen, kan een organisatie een beter geïnformeerde keuze maken voor een gespreksondersteuningstool die past bij de lokale praktijkomgeving en kwaliteitsvereisten.

5 Conclusie

Dit rapport heeft het Taleo-model gepresenteerd als een praktische leidraad voor zorgverleners die gesprekken voeren met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. In **sectie 1** hebben we Taleo geplaatst binnen de bredere context van bestaande projecten en communicatiemodellen, en duidelijk afgebakend waarvoor Taleo bedoeld is: de focus ligt op individuele zorgverleners en hun dagelijkse gesprekken met patiënten, niet op organisatorische processen of beleidsmatige perspectieven.

In **sectie 2** werd het Taleo-model zelf toegelicht, opgebouwd rond zes pijlers:

1. **Eenvoudig mondeling taalgebruik gebruiken**: zorgverleners leren hoe ze hun taal kunnen vereenvoudigen zonder inhoud te verliezen.

2. **Visuele ondersteuning en gebaren gebruiken**: het gebruik van beelden en lichaamstaal ter verduidelijking van informatie.

3. **Toegankelijke schriftelijke informatie beschikbaar maken**: duidelijke, laagdrempelige schriftelijke materialen voor patiënten beschikbaar stellen.

4. **Vertalen, hertalen of een tolk inzetten**: taalbarrières actief overbruggen om begrip te bevorderen.

5. **Vertrouwen opwekken, empathie en interculturele gevoeligheid**: een relatie van vertrouwen en veiligheid creëren tijdens het gesprek.

6. **Begrip toetsen en geïnformeerde keuzes bevorderen**: zorgen dat patiënten informatie begrijpen en zelf een weloverwogen keuze kunnen maken.

Onder elke pijler werden meerdere concrete principes beschreven die zorgverleners helpen om de theorie om te zetten in praktische handelingen tijdens consultaties.

Sectie 3 bood een overzichtelijke checklist die de pijlers in een temporeel en praktisch kader plaatst, zodat zorgverleners snel inzicht krijgen in hoe ze het model tijdens gesprekken kunnen toepassen.

In **sectie 4** werd vooruitgeblikt op toekomstige mogelijkheden: vervolgonderzoek om de effectiviteit van het Taleo-model verder te toetsen, en de ontwikkeling van een digitale gespreksondersteuning die realtime hulp biedt bij communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze tool zou kunnen bijdragen aan een bredere toepassing van de principes, terwijl hij tegelijkertijd de zorgverlener praktische ondersteuning biedt in de dagelijkse praktijk.

Samengevat biedt Taleo een concreet, evidence-based kader dat zorgverleners helpt gesprekken met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden begrijpelijker,

effectiever en empathischer te maken, met een duidelijke focus op de individuele praktijk. Het opent de deur naar innovatieve digitale toepassingen en verder onderzoek, om de impact van goede communicatie structureel te vergroten.

Bio's van de experten

Sinem Bilican

Sinem Bilican is doctoraatsonderzoeker aan de Onderzoeksgroep Tolkwetenschap binnen de Faculteit Letteren. Binnen het MaLBUC-project (*Managing Language Barriers in Unplanned Care*) focust zij op taal en communicatie in de toegang tot ongeplande zorgverlening, en op hoe patiënten deze taal- en communicatieprocessen ervaren. Daarnaast is zij actief binnen het Citizen Science-project *From Bystander to Hero*, waar zij onderzoekt hoe reanimatietrainingen toegankelijker en inclusiever gemaakt kunnen worden. Haar doctoraat wordt begeleid door prof. Heidi Salaets, prof. Antoon Cox, prof. Birgitte Schoenmakers en prof. Marc Sabbe.

Geert Brône

Geert Brône is professor Duitse en algemene taalkunde, vicedecaan onderzoeksbeleid aan de Faculteit Letteren en directeur van LILI. Zijn onderzoek richt zich op verbale en non-verbale communicatie in spontane interactie. Als oprichter van de onderzoeksgroep MIDI en het Mobile Eye-Tracking Lab verricht hij pionierswerk met mobiele eye-tracking, waarbij hij samenwerkt met disciplines zoals logopedie, psychologie en visietechnologie. Hij is betrokken bij Right2Health dat zich richt op het ontwikkelen en evalueren van een (digitale) keuzehulp voor zorgverleners en patiënten om effectieve communicatiestrategieën te gebruiken bij consulten met taalverschillen, met als doel taalbarrières te verminderen en patiëntresultaten te verbeteren.

Antoon Cox

Professor Antoon Cox is docent aan de KU Leuven, waar hij de Master Tolken coördineert en de Onderzoeksgroep Tolkwetenschap leidt. Hij doceert vakken over Spaans tolken, tolkwetenschap en meertalige communicatie. Daarnaast is hij research fellow aan de Vrije Universiteit Brussel en co-voorzitter van de Special Interest Group 'Language and Cultural Discordance in Healthcare Communication' binnen de International Association for Communication in Healthcare. Hij zetelt ook in het Regionaal Adviescomité van GLOCAL (The Global Council for Anthropological Linguistics) aan SOAS, University of London. Zijn onderzoek focust op sociale interactie in meertalige, cultureel diverse en stressvolle omgevingen zoals spoeddiensten en asielopvangcentra, met bijzondere aandacht voor toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen.

Eline Dancet

Eline Dancet is professor Patiëntgerichte Gezondheidscommunicatie aan de Faculteit Geneeskunde van KU Leuven. Zij is de coördinator van en academisch verantwoordelijke voor de communicatietrainingen binnen de opleidingen Geneeskunde en Tandheelkunde. Momenteel introduceert zij een 'blended learning' aanpak en werkt ze mee aan het trainen van arts - patiënt communicatievaardigheden tijdens simulatietraining. Eline behaalde een joint PhD-degree van KU Leuven en Radboud Universiteit (2012) en werkte als postdoc

aan de Universiteit van Amsterdam en werkt samen met Cardiff University. Eline haar onderzoekslijn richt zich op het verbeteren van persoonsgerichte zorg en communicatie binnen de reproductieve geneeskunde en de kankerzorg.

Melina De Dijn

Dr. Melina De Dijn is research manager van het *Leuven Interdisciplinary Language Institute* (LILI), een interdisciplinair expertisecentrum dat taalonderzoek en -onderwijs met maatschappelijke impact ontwikkelt en ondersteunt. Daarnaast is zij actief als onderzoeker met een focus op professionele en institutionele communicatie. In 2024 verdedigde zij een doctoraat in de taalkunde over interactie en machtsverhoudingen in sollicitatiegesprekken. Sindsdien werkte zij mee aan onderzoek naar Engels als lingua franca in de spoedafdeling, en is zij betrokken bij een interdisciplinair project over communicatieknelpunten in de spoedgevallenzorg, met bijzondere aandacht voor cultureel en taalkundig diverse patiënten en de impact op patiëntveiligheid, zorgkwaliteit en gelijkheid.

Miryam de Lhoneux

Professor Miryam de Lhoneux is docent aan de afdeling Computer Science van de KU Leuven in België. Ze doet onderzoek naar en geeft les in Natural Language Processing. Ze leidt het LAGoM NLP lab, waar de focus ligt op meertalige en interpreteerbare modellen. Eerder was ze postdoc aan de University of Copenhagen in Denemarken. Ze heeft een PhD van Uppsala University in Zweden, een MSc in Artificial Intelligence van de University of Edinburgh in het Verenigd Koninkrijk, en een BA en MA in talen en literaturen van UCLouvain in België.

Fabienne Dobbels

Fabienne Dobbels is psychologe en professor aan het Academisch Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde van de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven, België. Ze is programmadirecteur van de masteropleiding Verpleegkunde en Verloskunde en voorzitter van het thematische programma ‘Patient-related and Public Health Research’ binnen de Doctorale School Biomedische Wetenschappen. Daarnaast is ze lid van de stuurgroep van het Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg. Haar onderzoek richt zich op het verbeteren van de therapietrouw van patiënten, het betrekken van patiënten als partners in onderzoek (*patient involvement*), het onderzoeken van psychosociale aspecten van chronische aandoeningen en het benutten van door patiënten gerapporteerde resultaten om de chronische zorg te verbeteren.

Mohamed Irfan

Mohamed Irfan is een tandheelkundig zorgverlener met werkervaring in India en Oost-Afrika, waaronder Kenia, Tanzania en Rwanda. Momenteel werkt hij aan een doctoraat binnen het *Department of Public Health and Primary Care* aan de Faculteit Biomedische Wetenschappen van KU Leuven. Samen met zijn collega Sinem Bilican werkt hij mee aan MaLBUC (*Managing Language Barriers in Unplanned Care*), een interdisciplinair project dat de complexiteit van taalbarrières in ongeplande zorgcontexten onderzoekt. Irfan richt zich binnen dit project op het medische luik, en in het bijzonder op de

communicatieproblemen waarmee zorgverleners geconfronteerd worden wanneer zij communiceren met patiënten die een andere taal spreken. In dit doctoraatsproject werkt Mohamed Irfan onder begeleiding van prof. dr. Birgitte Schoenmakers, prof. dr. Heidi Salaets, prof. dr. Antoon Cox en prof. dr. Marc Sabbe.

Karen Lahousse

Karen Lahousse is professor Algemene en Franse Taalkunde, hoofd van de onderzoekseenheid taalkunde van de KU Leuven en vice-directeur van LILI. Ze is gespecialiseerd in zinsbouw, de uitdrukking van discursieve relaties in teksten en conversaties, syntactische complexiteit en informatiestructuur, i.e. de manier waarop informatie wordt voorgesteld in de zin in functie van de kennis van de doelgroep. Verder heeft ze expertise in eerstetaalverwerving. Ze doceert vakken zins- en tekstanalyse, en heeft BA-papers en MA-thesissen begeleid over helder en nauwkeurig taalgebruik in bijsluiters van geneesmiddelen. Daarnaast is ze medeoprichtster van het project “Frans na OKAN/Copain français”, dat anderstalige nieuwkomers ondersteunt bij het leren van Frans.

Birgitta Meex

Professor Birgitta Meex is docent Duits aan de Faculteit Letteren van de KU Leuven. Ze doceert en coördineert opleidingsonderdelen rond technische communicatie, professionele communicatie en diversiteit & inclusie. Haar onderzoek richt zich op professionele praktijken en didactiek binnen technische communicatie, met aandacht voor schrijf- en leesprocessen en taalontwerp. Ze onderzoekt hoe complexe technische informatie helder, doeltreffend en toegankelijk kan worden overgebracht aan diverse lokale en internationale doelgroepen via moderne technologieën en media. Ze is medeoprichter en afgevaardigde van tekom Belgium en erkend tekom certified trainer in technische communicatie.

Jeroen Meulemans

Professor Jeroen Meulemans is sinds 2015 verbonden aan het UZ Leuven als vast medisch staflid NKO-GH waar hij zich toelegt op de gelaats- en halschirurgie en laryngologie. Hij is adjunct-kliniekhoofd in UZ Leuven en maakt tevens deel uit van de sectie Hoofd-halsoncologie van het Departement Oncologie (KU Leuven) . Hij verdedigde op 29 oktober 2021 zijn proefschrift omtrent minimaal invasieve en innovatieve behandelingen van hoofd-halskanker (promotor Prof. V. Vander Poorten). Specifieke interessedomeinen zijn de behandeling van schildklierkanker, transorale robot-en laserchirurgie voor oncologische indicaties en reconstructie van laryngotracheale afwijkingen, alsmede tracheale transplantatie.

Elke Peters

Elke Peters is als professor verbonden aan de onderzoekseenheid taalkunde. Haar onderzoeksexpertise is tweedetaalverwerving en meertaligheid. Haar onderzoek richt zich in het bijzonder op de rol van woordenschat in taalvaardigheid en taalverwerving. Haar werk verscheen in tijdschriften als *Language Learning*, *Studies in Second Language Acquisition*, en *Applied Linguistics.* Zij is auteur van het boek *Woordenschat aanleren in*

een vreemde taal. Hoe doe je dat? (2017) en *Doing second language vocabulary research* (in press).

Ellen Rombouts

Professor Ellen Rombouts is docent aan de opleiding Logopedische & Audiologische Wetenschappen en de onderzoeksgroep ExpORL. Ze leidt er toekomstige logopedisten op, onder meer over de ondersteuning van de functionele communicatie bij taal-, spraak- en cognitieve uitdagingen. Als logopedist heeft ze een achtergrond in klinische gespreksvoering en therapeutische alliantie. Haar onderzoek richt zich op de inzet van gebaren om taalverwerving en communicatie te ondersteunen bij personen met taalproblemen. Sinds 2020 is ze lid van de Wetenschappelijke Raad van de Vlaamse Beroepsvereniging voor Logopedie (VVL). Deze Raad werkt samen met overheidsinstanties, verspreidt wetenschappelijke bevindingen, en ontwikkelt wetenschappelijk onderbouwde klinische richtlijnen.

Nicolas Ruytenbeek

Professor Nicolas Ruytenbeek is docent in meertalige communicatie aan de Faculteit Letteren (Onderzoekseenheid Linguïstiek, MIDI-lab). Zijn onderzoek bevindt zich op het snijvlak van pragmatiek en zakelijke communicatie, met een bijzondere interesse in online bedrijfscommunicatie. In zijn recent werk onderzocht hij hoe klanten ontevredenheid uiten in digitale contexten zoals sociale media en beoordelingswebsites. Algemeen streeft hij ernaar om meer inzicht te bieden in de dynamiek van digitale communicatie, met aandacht voor hoe taal en emoties professionele communicatie online vormgeven. Hij is auteur van Indirect Speech Acts (Cambridge University Press, 2021) en Psychophysiology and (im)politeness (Routledge, 2026).

Heidi Salaets

Professor Heidi Salaets leidt de Onderzoeksgroep Tolkwetenschap aan de KU Leuven. Haar onderzoek focust op tolkpraktijken in juridische, medische en sociale contexten, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen zoals minderjarigen, patiënten, gedetineerden en mensen met beperkte geletterdheid. Ze onderzoekt hoe taalbarrières — Foreign Language Vulnerability (FLV) — bestaande kwetsbaarheid versterken. Ze was promotor van het *Empathic Care for All*-project dat een educatieve interventie voor medische en tolkstudenten ontwikkelt over empathische communicatie in tolkgecorrigeerde medische consulten, met als doel het verbeteren van de klinische communicatie en empathie tussen artsen, patiënten en tolken. Ze is co-promotor van MalBUC, een project dat de complexiteit van taalbarrières onderzoekt in ongeplande zorgcontext, zowel vanuit het perspectief van patiënten als die van zorgverleners. Ze is ook betrokken bij Right2Health (cf. supra).

Birgitte Schoenmakers

Professor Birgitte Schoenmakers is huisarts, directeur van het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde en hoofd van de Universitaire Huisartsengroepspraktijk. Ze is verbonden aan de KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care en is

programmadirecteur van de interuniversitaire Master-na-Master in de Huisartsgeneeskunde. Zij is coördinator van de Postacademische Opleiding Huisartsgeneeskunde. Haar onderzoeksgebieden situeren zich binnen de organisatie van de eerstelijnszorg, ouderenzorg, informele zorg, praktijkmanagement, diversiteit in de zorg, patiëntenbetrokkenheid en medisch onderwijs.

Lies Sercu

Professor Lies Sercu is als ZAP-lid verbonden aan de Onderzoekseenheid Taalkunde. Haar lesopdracht omvat vakken rond taalverwerving en taalonderwijs. In haar recente onderzoek richt zij zich op communicatie binnen de (geestelijke) gezondheidszorg. Ze werkte met uiteenlopende doelgroepen: opgenomen en ambulante patiënten, het brede publiek dat gezondheidstijdschriften leest, en leerlingen. Haar uitgangspunt is steeds geweest dat deze groepen mogelijk een beperkte gezondheidsgeletterdheid hebben, en dat educatief materiaal – zoals hospitaalbrochures of tijdschriftartikels – hierop afgestemd moet zijn. Ze onderzocht de begrijpbaarheid, leesbaarheid en actionability (de mate waarin een tekst aanzet tot gepaste actie) van dergelijk materiaal. Daarnaast ontwikkelde ze een instrument om de gezondheidsgeletterdheid van leerlingen te meten en voerde ze een studie uit naar het gebruik van Engels in psychotherapeutische gesprekken.

Tim Van de Cruys

Tim Van de Cruys is professor bij de onderzoekseenheid taalkunde van de Faculteit Letteren van KU Leuven, en hij coördineert er het Centrum voor Computerlinguïstiek. Zijn onderzoeksexpertise ligt binnen het domein van de automatische taalverwerking, met bijzondere aandacht voor het modelleren van betekenis en taalgeneratie. Hij onderzoekt hoe computationele modellen taalstructuur en betekenis kunnen leren uit grote hoeveelheden taaldata, en hoe zulke modellen kunnen bijdragen aan taalkundig onderzoek en toepassingen binnen de digitale geesteswetenschappen. Hij is houder van een *ERC Consolidator Grant* rond computationele creativiteit en is betrokken bij diverse onderzoeksprojecten rond taal en artificiële intelligentie.

Sofie Van Pelt

Sofie Van Pelt is onderzoeker en dienstverlener bij het expertisecentrum Inclusive Society (UCLL), en docent Frans, Diversiteit en Sociale Inclusie in de opleidingen Sociaal Werk en Sociale Readaptatiewetenschappen. Ze ontwikkelt en verzorgt opleidingen *Empathisch Frans* voor hulpverleners en artsen, en is auteur van het gelijknamige boek (Acco). Haar expertise situeert zich op het snijvlak van verbindende communicatie, inclusieve beeldvorming, en taal. Ze begeleidt en faciliteert ook intervisies van Franstalige hulpverleners binnen het federale Miriamprogramma voor alleenstaande moeders. Sofie werkte rond beeldvorming en inclusief taalgebruik samen met organisaties als Artsen Zonder Vakantie en 11.11.11.

Elke Van Steendam

Elke Van Steendam is professor taalkunde aan de Faculteit Letteren van KU Leuven en coördinator van de Onderzoeksgroep Taal, Onderwijs en Samenleving. Haar expertise ligt

in schrijfvaardigheid, schrijfinstructie en schrijfbeoordeling in de eerste en vreemde taal. Ze promoveerde in 2008 op onderzoek naar instructiemethoden bij individueel en samenwerkend schrijven en reviseren. In haar onderwijs en onderzoek combineert ze inzichten uit schrijfonderzoek, cognitieve psychologie en instructional design om schrijvers beter te leren schrijven, binnen en buiten het onderwijs. In het kader van wetenschappelijke dienstverlening werkt Elke Van Steendam rond lezersonderzoek en video-instructie voor schrijven op de werkvloer.

Heidi Verplaetse

Professor Heidi Verplaetse is docent aan de Faculteit Letteren van de KU Leuven, Campus Antwerpen. Ze doceert onder meer over medische en (populair)wetenschappelijke vertaling, gedragsverandering via gezondheidsvoorlichting en tekstontwerp voor diverse doelgroepen. Ze promoveerde aan de UGent op linguïstische modaliteit en werkte in het domein van kennismanagement rond semantische patronen. Haar onderzoek en publicaties bestrijken o.a. gespecialiseerde vertaling en transcreatie, persoonsgerichte communicatie via intralinguale vertaling van vaktaal naar lekenbegrip, en therapietrouw in relatie tot deontische modaliteit, kennisniveaus (epistemische modaliteit) en evidentialiteit.

Referenties bij Secties 1, 3, 4 en 5

*Deze referentielijst bevat **alleen** de literatuur die aansluit bij Secties 1, 3, 4 en 5 (waar de lezer in-tekst referenties vindt).*

Naast deze referentielijst bevat dit document ook gerichte literatuurverwijzingen in de blauwe kaders 'Wetenschappelijke literatuur over de Taleo-principes' (zie Sectie 2 – Taleo: 6 communicatiepijlers), waarmee geïnteresseerde lezers dieper op specifieke onderwerpen kunnen ingaan. In die sectie werkten we niet met in-tekstreferenties om de leesbaarheid van de tekst te behouden.

Ammenwerth, E. (2019). Technology acceptance models in health informatics: TAM and UTAUT. In *Applied interdisciplinary theory in health informatics* (pp. 64–71). IOS Press.

Asadollahi, F., Zagami, S. E., & Roudsari, R. L. (2025). Designing, validation and evaluation of an mHealth app for prenatal health promotion based on the unified theory of acceptance and use of technology: A mixed methods study protocol. *Scientific Reports, 15*(1), 27603. https://doi.org/10.1038/s41598-025-05609-6

Ataman, D., Birch, A., Habash, N., Federico, M., Koehn, P., & Cho, K. (2025). Machine translation in the era of large language models: A survey of historical and emerging problems. *Information, 16*, 723. https://doi.org/10.3390/info16090723

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.

Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health, 132*, 3–12. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001

Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: A systematic review. *BMJ Open, 9*, e031763. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763

Braekman, E., & Hermans, L. (2023). *Preventiebarometer: Gezondheidsvaardigheden en verwachtingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie* (Rapport D/2023.14.440/80). Sciensano. https://doi.org/10.25608/v8y6-jd64

Charafeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2018). *Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsvaardigheden* (Rapport D/2019/14.440.78). Sciensano. Retrieved from https://www.enquetesante.be

Charafeddine, R., Hermans, L., & Janssens, M. (2025). *Gezondheidsenquête 2023-2024: Gezondheidsvaardigheden* (Rapport D/2025.14.440/82). Sciensano. Retrieved from https://www.gezondheidsenquête.be

Cools, L., Van Schoors, R., Depaepe, F., Dancet, E., & Delvaux, N. (2025). Training communication skills in a multiuser medical virtual reality simulation: A qualitative, observational study. *Advances in Simulation, 10*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s41077-025-00205-9

De Grez, L., Van Steendam, E., & Raedts, M. (2014, June). If they can, I can! Enhancing learning through (peer) modeling in instructional video. In *Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2014* (pp. 741–745). Chesapeake, VA: Association for the Advancement of Computing in Education.

de Koning, B., Hoogerheide, V., & Boucheix, J. M. (2018). Developments and trends in learning with instructional video. *Computers in Human Behavior, 89*, 395–398. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.08.055

Dewulf, L., Van Nieuwenhove, L., De Smedt, F., De Neve, J., Valcke, M., Van Keer, H., & De Wever, B. (2024). *Vaardigheden voor de uitdagingen van morgen: Vlaamse resultaten van PIAAC 2023*. Universiteit Gent.

Google DeepMind. (2024). Gemma 2: Improving open language models at a practical size. *arXiv preprint arXiv:2408.00118*. https://arxiv.org/abs/2408.00118

Haidet, P. (2007). Jazz and the 'art' of medicine: Improvisation in the medical encounter. *The Annals of Family Medicine, 5*(2), 164–168. https://doi.org/10.1370/afm.647

Husain, L., Finlay, T., Husain, A., Wherton, J., Hughes, G., & Greenhalgh, T. (2024). Developing user personas to capture intersecting dimensions of disadvantage in older patients who are marginalised: A qualitative study. *British Journal of General Practice, 74*(741), e250–e257. https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0412

Joshi, P., Santy, S., Budhiraja, A., Bali, K., & Choudhury, M. (2020). The state and fate of linguistic diversity and inclusion in the NLP world. In *Proceedings of the 58th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics* (pp. 6282–6293). Association for Computational Linguistics. https://doi.org/10.18653/v1/2020.acl-main.560

Lee, A. T., Ramasamy, R. K., & Subbarao, A. (2025). Understanding psychosocial barriers to healthcare technology adoption: A review of TAM, Technology Acceptance Model, and Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) frameworks. *Healthcare, 13*(3), 250. https://doi.org/10.3390/healthcare13030250

Loignon, C., Dupéré, S., Fortin, M., Ramsden, V. R., & Truchon, K. (2018). Health literacy–engaging the community in the co-creation of meaningful health

navigation services: A study protocol. *BMC Health Services Research, 18*(1), 505. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3330-0

Marwaha, J. S., Landman, A. B., Brat, G. A., Dunn, T., & Gordon, W. J. (2022). Deploying digital health tools within large, complex health systems: Key considerations for adoption and implementation. *NPJ Digital Medicine, 5*(1), 13. https://doi.org/10.1038/s41746-022-00557-1

Muellmann, S., Wiersing, R., Zeeb, H., & Brand, T. (2025). Digital health literacy in adults with low reading and writing skills living in Germany: Mixed methods study. *JMIR Human Factors, 12*, e65345. https://doi.org/10.2196/65345

Noordman, J., Oosterveld-Vlug, M., & Rademakers, J. (2022). Shared decision making in clinical practice: Experiences and needs of patients with limited health literacy. *European Journal of Health Communication, 3*, 31–52. https://ejhc.org/article/view/2623

OpenAI. (2023). GPT-4 technical report. *arXiv preprint arXiv:2303.08774*. https://arxiv.org/abs/2303.08774

Pander Maat, H., & Gravekamp, J. (2022). Kan een tekst te simpel zijn? Hoe lager en hoger opgeleiden oordelen over eenvoudige taal. *Tijdschrift voor Taalbeheersing, 44*(2), 62–90. https://doi.org/10.5117/TVT2022.2.002.MAAT

Sciensano. (2020, August 21). Determinanten van gezondheid: Gezondheidsvaardigheden. *Health Status Report*. Retrieved from https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gezondheidsvaardigheden

Scipion, C. E. A., Manchester, M. A., Federman, A., Wang, Y., & Arias, J. J. (2025). Barriers to and facilitators of clinician acceptance and use of artificial intelligence in healthcare settings: A scoping review. *BMJ Open, 15*(4), e092624. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092624

Shaw, J., Hines, R., Mahadevan, R., & Greenhalgh, T. (2018). Beyond 'implementation': Digital health innovation and service design. *NPJ Digital Medicine, 1*(1), 48. https://doi.org/10.1038/s41746-018-0059-8

Stokoe, E. (2014). The Conversation Analytic Role-play Method (CARM): A method for training communication skills as an alternative to simulated role-play. *Research on Language and Social Interaction, 47*(3), 255–265. https://doi.org/10.1080/08351813.2014.917165

Touvron, H., et al. (2024). Llama 3: Open foundation and fine-tuned chat models. *arXiv preprint arXiv:2407.02457*. https://arxiv.org/abs/2407.02457

Twickler, T. B., Hoogstraten, E., Reuwer, A. Q., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Ned Tijdschr Geneeskd, 153*(A250), A250.

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly, 27*(3), 425–478. https://doi.org/10.2307/30036540

Williams, M. D., Rana, N. P., & Dwivedi, Y. K. (2015). The unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT): A literature review. *Journal of Enterprise Information Management, 28*(3), 443–488. https://doi.org/10.1108/JEIM-09-2014-0088

Wutz, M., Hermes, M., Winter, V., & Köberlein-Neu, J. (2023). Factors influencing the acceptability, acceptance, and adoption of conversational agents in health care: Integrative review. *Journal of Medical Internet Research, 25*, e46548. https://doi.org/10.2196/46548

LEUVEN INTERDISCIPLINARY LANGUAGE INSTITUTE
Blijde Inkomststraat 21
3000 LEUVEN, België
lili@kuleuven.be
www.kuleuven.be/lili