

## **Begrijpelijke patiëntenfolders:**

Hoe dragen tekstbeleid en tekstuele aanpassingen hieraan bij?

Nikki Geuzendam (6596304)

Faculteit Geesteswetenschappen

Master Communicatie en organisatie

Universiteit Utrecht

Eerste beoordelaar: Henk Pander Maat

Tweede beoordelaar: Jeanine van der Giessen

20 januari 2023

## Voorwoord

Hoe verschillende soorten organisaties communiceren heeft mij altijd geïnteresseerd. Daarom leek een communicatiebureau mij een leerzame plek om mijn scriptie te schrijven. Toen ik van communicatiebureau Hendriks Van der Spek hoorde, was ik dan ook direct enthousiast. Ik besloot te solliciteren en hier heb ik geen moment spijt van gehad.

Ik schreef mijn scriptie over begrijpelijke patiëntenfolders bij drie ziekenhuizen. De professionals van de afdeling communicatie en Patiëntenvoorlichting hebben mij veel inzichten gegeven in de manier waarop ziekenhuizen hun patiëntenfolders schrijven. Met openheid en enthousiasme stonden de professionals mij te woord. Mijn dank voor hun deelname aan dit onderzoek is dan ook groot.

Mijn stage heb ik als een leerzame en fijne periode ervaren. Bij Hendriks Van der Spek voelde ik mij direct op mijn gemak. Daarvoor wil ik mijn stagebegeleiders Annelies en Henri en mijn collega's enorm bedanken. Ook wil ik mijn stagedocent Henk, tweede beoordelaar Jeanine en stagebegeleiders bedanken voor hun waardevolle feedback op mijn stukken. Het vertrouwen dat mijn stagedocent en stagebegeleiders mij gaven, heeft mij enorm geholpen.

Tot slot bedank ik mijn vriendinnen en familie voor hun steun tijdens mijn afstuderen. Zij stonden altijd voor mij klaar als ik vastliep.

Veel leesplezier toegewenst,

Nikki Geuzendam

Amsterdam, januari 2023

## Management samenvatting

Om gezondheidsinformatie begrijpelijk te maken voor iedereen, zijn ziekenhuizen genoodzaakt hun informatie te vereenvoudigen. Zowel voor laaggeletterde patiënten als voor geletterde patiënten geldt dat zij het prettiger vinden om begrijpelijke teksten te lezen. Daarom gaat dit onderzoek in op de manier waarop ziekenhuizen hun patiëntenfolders vereenvoudigen.

De centrale vraag van dit onderzoek is: “Hoe maken ziekenhuis A, B en C hun patiëntenfolders begrijpelijker?”

Deze centrale vraag valt uiteen in twee onderzoeksvragen:

1. “Hoe geven ziekenhuis A, B en C hun beleid voor schriftelijke patiëntencommunicatie vorm?”
2. “Welke tekstuele aanpassingen doen ziekenhuizen A, B en C om begrijpelijke patiëntenfolders te krijgen?”

Om onderzoeksvraag 1 te beantwoorden heb ik interviews gehouden met zes professionals van de afdeling communicatie en Patiëntenvoorlichting van ziekenhuis A, B en C. Om onderzoeksvraag 2 te beantwoorden heb ik 32 patiëntenfolders handmatig geanalyseerd en 406 patiëntenfolders met een automatische tool genaamd T-Scan.

Dit onderzoek toont aan dat ziekenhuizen hun beleid op verschillende vlakken vormgeven en verschillende tekstuele aanpassingen doen in hun patiëntenfolders. De onderlinge taakverdeling speelt hierin een rol: de communicatieprofessionals zijn verantwoordelijk voor de vorm van de patiëntenfolders en de zorgprofessionals voor de inhoud van deze patiëntenfolders. Ook de visie van het ziekenhuis speelt een rol in het beleid: alle drie de ziekenhuizen gaven aan rekening te houden met laaggeletterdheid in hun patiëntencommunicatie. Een derde onderdeel van het beleid is gebruikersonderzoek. De ziekenhuizen maken (nog) niet structureel gebruik van gebruikersonderzoek om hun patiëntenfolders te testen bij patiënten. Wat betreft de tekstuele aanpassingen van de

folders, maken de ziekenhuizen de folders begrijpelijk op de inhoud, vormgeving, formulering en opbouw. De resultaten van het onderzoek komen grotendeels overeen met de bevindingen uit de literatuur.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen, waaronder het gegeven dat dat zorgprofessionals niet deelnamen aan de interviews wegens hoge werkdruk. Daarnaast had ik alleen van ziekenhuis A oude en nieuwe folders ter beschikking en heb ik geen vergelijking kunnen maken tussen de oude en nieuwe folders van ziekenhuis B en C. Bovendien is het onderzoek gedaan bij drie grote ziekenhuizen en hebben kleine ziekenhuizen mogelijk een andere aanpak om hun patiëntenfolders begrijpelijk te maken.

Aangezien de ziekenhuizen momenteel (nog) niet structureel gebruik maken van gebruikersonderzoek, is de aanbeveling dat zij hun patiëntenfolders meer gaan testen bij patiënten. Alleen op die manier achterhalen zij of de tekstuele aanpassingen die zij doen om patiëntenfolders begrijpelijker te maken, ook het gewenste resultaat hebben. Daarnaast is de aanbeveling om de huidige patiëntenfolders nog verder te vereenvoudigen, om een bredere doelgroep van patiënten te benaderen. Tot slot raad ik de ziekenhuizen aan om naast hun eigen schrijfwijzer gebruik te maken van mijn aanvullende checklist om te kijken welke aspecten van hun teksten zijn vereenvoudigd en verbetering behoeven.

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>6</b>
1.1. Relevantie van gezondheidsinformatie.....	6
1.2. Doel van het onderzoek .....	7
1.3. Achtergrond van onderzochte ziekenhuizen.....	7
<b>2. Theoretische inbedding</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1. Wat zijn patiëntenfolders?</b> .....	<b>9</b>
2.1.1. Functie en inhoud van patiëntenfolders.....	9
2.1.2. Patiëntenfolders en klantreis patiënt .....	10
<b>2.2. Patiëntenfolders vereenvoudigen: tekstbeleid</b> .....	<b>12</b>
2.2.1. Aspecten van tekstbeleid.....	12
2.2.2. Communicatie afstemmen op de ontvanger .....	14
<b>2.3. Patiëntenfolders vereenvoudigen: tekstverbetering</b> .....	<b>16</b>
2.3.1. Taal- of tekstniveau aanpassen.....	16
2.3.2. Woorden, zinnen en persoonlijkheid aanpassen.....	17
2.3.3. Kan een tekst te eenvoudig zijn? .....	18
2.3.4. Tekstvereenvoudigingen handmatig en automatisch analyseren .....	18
<b>2.4. Praktische en theoretische relevantie van dit onderzoek</b> .....	<b>20</b>
2.4.1. Tekstbeleid.....	20
2.4.2. Tekstverbeteringsinterventies .....	20
<b>3. Onderzoeksvragen en hypothese</b> .....	<b>21</b>
<b>4. Methode</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1. Keuze ziekenhuizen</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2. Onderzoeksinstrumenten</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3. Deelonderzoek 1: Interviews</b> .....	<b>26</b>
4.3.1. Aantal interviews .....	26
4.3.2. Achtergrond geïnterviewden.....	26
4.3.3. Procedure interviews .....	27
4.3.4. Analyse interviews .....	28
<b>4.4. Deelonderzoek 2: Handmatige corpusanalyse</b> .....	<b>29</b>
4.4.1. Teksten.....	29
4.4.2. Beoordelingscriteria.....	31
4.4.3. Betrouwbaarheid checklist .....	32
4.4.4. Procedure.....	33
<b>4.5. Deelonderzoek 3: Automatische corpusanalyse</b> .....	<b>35</b>
4.5.1. Teksten.....	35
4.5.2. Beoordelingscriteria.....	35
4.5.3. Procedure.....	37
4.5.4. Data-analyse .....	37
<b>5. Resultaten</b> .....	<b>38</b>
<b>5.1. Resultaten deelonderzoek 1: Interviews</b> .....	<b>38</b>
5.1.1. Aandachtsgebied: Beleid en strategie .....	38
5.1.2. Aandachtsgebied: Management van schrijfprocessen .....	43
5.1.3. Aandachtsgebied: Middelenmanagement.....	48
5.1.4. Aandachtsgebied: Ondernemingsresultaat .....	53

5.1.5. Aandachtsgebied: Waardering door het personeel .....	55
5.1.6. Aandachtsgebied: Waardering door de klanten .....	57
<b>5.2. Resultaten deelonderzoek 2: Handmatige corpusanalyse .....</b>	<b>61</b>
5.2.1. Vergelijking tussen oude en nieuwe teksten ziekenhuis A .....	61
5.2.2. Vergelijking tussen nieuwe teksten van ziekenhuis A, B en C.....	69
<b>5.3. Resultaten deelonderzoek 3: Automatische corpusanalyse .....</b>	<b>72</b>
5.3.1. Automatische analyse van teksten van ziekenhuis A.....	72
5.3.2. Automatische analyse van teksten van ziekenhuis B en C.....	82
5.3.3. Vergelijking tussen automatische analyse bij ziekenhuis A, B en C .....	86
<b>6. Conclusies en aanbevelingen.....</b>	<b>90</b>
<b>7. Discussie .....</b>	<b>94</b>
<b>8. Bronvermelding .....</b>	<b>96</b>
<b>9. Bijlagen.....</b>	<b>99</b>
9.1. Bijlage 1 (Interviewschema) .....	99
9.2. Bijlage 2 (Transcripten).....	102
9.2.1. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 1.....	102
9.2.2. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 2.....	123
9.2.3. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 3.....	138
9.2.4. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 4.....	154
9.2.5. Interview met ziekenhuis B.....	172
9.2.6. Interview met ziekenhuis C.....	189
9.3. Bijlage 3 (Definitieve checklist voor handmatige analyse).....	208
9.4. Bijlage 4 (Aanpassingen checklist handmatige analyse) .....	215
9.5. Bijlage 5 (Criteria automatische analyse) .....	220
9.6. Bijlage 6 (Twaalf uitgangspunten van patiëntcommunicatie van ziekenhuis A) .....	224
9.7. Bijlage 7 (Assumpties van repeated measures ANOVA) .....	225
9.8. Bijlage 8 (Interactie-effecten ziekenhuis A).....	232

# 1. Inleiding

## 1.1. Relevantie van gezondheidsinformatie

Ziekenhuizen besteden steeds meer aandacht aan begrijpelijke gezondheidsinformatie (Rijksoverheid, 2022). Deze aandacht ontstaat onder andere door de toegenomen laaggeletterdheid in Nederland (Van Klei-Van Kleffens & Smit, 2016). Mensen die laaggeletterd zijn hebben moeite met lezen, schrijven en/of rekenen (Van der Velden & Bijlsma, 2019). In 2016 zijn ongeveer 1,3 miljoen inwoners van Nederland boven de 16 jaar laaggeletterd (Van Klei-Van Kleffens & Smit, 2016). Het aantal laaggeletterden is in 2019 gestegen naar 2,5 miljoen (Van der Velden & Bijlsma, 2019). Om gezondheidsinformatie voor iedereen begrijpelijk te maken, zijn ziekenhuizen genoodzaakt hun gezondheidsinformatie te vereenvoudigen.

Een specifiek soort geletterdheid is gezondheidsvaardigheid: geletterdheid op het gebied van gezondheid (Peerson & Saunders, 2009). Willems, Heijmans, Brabers en Rademakers (2021) omschrijven gezondheidsvaardigheden ook wel als “de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen”. Volgens Willems et al. (2021) heeft in 2021 24,5% van de mensen van 18 jaar en ouder onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. 24,5% staat gelijk aan 1 op de 4 volwassen Nederlanders. Beperkte gezondheidsvaardigheden vormen een probleem, omdat patiënten hierdoor hun medicatie onjuist innemen of medische adviezen niet opvolgen (Van der Velden & De Been, 2019).

Voor de groep laaggeletterden of patiënten met lage gezondheidsvaardigheden is begrijpelijke informatie belangrijk, maar dit geldt niet alleen voor deze groep. Ook geletterde patiënten vinden het prettiger om begrijpelijke teksten te lezen (Pander Maat & Gravekamp, 2022).

## **1.2. Doel van het onderzoek**

Het doel van het huidige onderzoek is om inzicht te geven in de begrijpelijkheid van de gezondheidsinformatie van ziekenhuizen, in het specifiek de informatie in patiëntenfolders. De vraag is hoe ziekenhuizen hun patiëntenfolders begrijpelijk maken voor een zo groot mogelijke groep patiënten. Hiervoor kijk ik zowel naar het beleid van ziekenhuizen als naar de tekstuele aanpassingen die ziekenhuizen doen in de patiëntenfolders.

## **1.3. Achtergrond van onderzochte ziekenhuizen**

In dit onderzoek staan drie ziekenhuizen centraal: ziekenhuis A, B en C. Ziekenhuis A en B liggen in het westen van Nederland en ziekenhuis C ligt in het oosten van Nederland. Alle drie de ziekenhuizen zijn gelegen in steden waar laaggeletterdheid voorkomt. Ziekenhuis A en B liggen in een stad waar 16% van de inwoners laaggeletterd is (GeletterdheidInZicht.nl, z.d.). Ziekenhuis C ligt in een stad waar 9% van de inwoners laaggeletterd is (GeletterdheidInZicht.nl, z.d.).

Ziekenhuis A en C zijn topklinische ziekenhuizen en ziekenhuis B is een academisch ziekenhuis. Een topklinisch ziekenhuis betekent dat het ziekenhuis zowel basiszorg als complexe zorg uitvoert (De Nederlandse Hypofyse Stichting, z.d.). Onder complexe zorg valt bijvoorbeeld neurochirurgie, waar een ziekenhuis gespecialiseerde voorzieningen voor nodig heeft (Zorghulpatlas, z.d.). Een academisch ziekenhuis zoals ziekenhuis B is verbonden aan een universiteit, doet wetenschappelijk onderzoek en stelt nieuwe medische behandelingen op (Ziekenhuischeck.nl, z.d.).

Alle drie de ziekenhuizen zijn bezig met de begrijpelijkheid van hun patiënteninformatie. Waar ziekenhuis B en C hier meer op alledaagse basis bezig zijn, is ziekenhuis A daarbovenop een herschrijfproject gestart in maart 2022. In dit project herschrijft het ziekenhuis de patiëntenfolders van alle afdelingen. Hiervoor zijn twee aanleidingen:

1. De website van ziekenhuis A is vernieuwd. Alle informatie werd overgezet van de oude naar de nieuwe website.
2. Ziekenhuis A heeft twee jaar geleden een tekstbeleid voor patiëntencommunicatie opgesteld. In dit beleid werden zowel de visie als de strategie op



patiëntencommunicatie geformuleerd. Om uitvoering te geven aan het beleid, startte het ziekenhuis het herschrijftraject.

Door dit herschrijfproject heeft ziekenhuis A zowel oude als nieuwe patiëntenfolders beschikbaar. Deze zijn bruikbaar voor het huidige onderzoek, omdat de vergelijking hiertussen een beeld geeft van de manier waarop ziekenhuis A de patiëntenfolders heeft vereenvoudigd. Van ziekenhuis B en C zijn alleen nieuwe patiëntenfolders beschikbaar.

De patiëntenfolders zijn digitaal beschikbaar bij ziekenhuis A, B en C. De patiëntenfolders van ziekenhuis B zijn beschikbaar via een pdf. Bij ziekenhuis A en C staan de folders op een webpagina. De folders bevatten informatie over aandoeningen, onderzoeken, behandelingen en instructies en adviezen.

## 2. Theoretische inbedding

### 2.1. Wat zijn patiëntenfolders?

#### 2.1.1. Functie en inhoud van patiëntenfolders

In een patiëntenfolder staat de meest uitgebreide informatie over behandelingen. Daarom is deze folder zo'n centraal en belangrijk document voor patiënten. De volgende informatie staat centraal in een patiëntenfolder (Pander Maat et al., 2015):

- de essentie en het doel van de behandeling en de verrichtingen tijdens de behandeling. De behandelaar vertelt de patiënt hoelang de behandeling duurt, legt uit hoe de behandeling verloopt en geeft aan in hoeverre de behandeling pijnlijk is. Ook bespreekt de behandelaar wat de slagingskans van de behandeling is;
- de risico's die een behandeling met zich mee kan brengen voor de gezondheid van de patiënt: de behandelaar informeert de patiënt over beperkingen, pijn en de gevolgen voor het werk en de hobby's. De behandelaar hoeft geen informatie te geven over risico's waarvan de kans klein is dat ze voorkomen, tenzij deze relevant zijn voor de individuele patiënt (bijvoorbeeld een risico voor de stembanden bij een zanger of zangeres). Ook feiten die algemeen bekend zijn, hoeven niet vermeld te worden;
- mogelijke andere behandelingen: de behandelaar legt alternatieve behandel mogelijkheden voor aan de patiënt;
- de verwachting van de gezondheid van de patiënt na de behandeling: de behandelaar geeft aan hoe groot de kans is dat de gezondheid van de patiënt verbetert of stabiliseert.

Sinds 1995 zijn de eisen van patiëntenfolders in de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) vastgelegd (Pander Maat, Dekker, Slob & Verhulst, 2015). Volgens deze wet zijn behandelaars verplicht om patiënten in te lichten over de operatie die zij ondergaan. De tweede eis van de WGBO is dat de patiënt toestemming geeft voor de behandeling. Deze toestemming wordt ook wel *surgical informed consent* (SIC) genoemd.

De informatie in patiëntenfolders heeft vijf communicatiedoelen (Pander Maat et al., 2015):

1. De patiënt kan volledig in de voorbereiding en in de nazorg van een behandeling meedoen;
2. Er zijn geen onnodige zorgen over de behandeling bij de patiënt;
3. De patiënt is in staat om doordacht akkoord te gaan met zijn behandeling;
4. De patiënt kan, samen met de arts, doordacht kiezen welke behandeling wordt uitgevoerd of kan bepalen om zich niet te laten behandelen. De patiënt moet geïnformeerd zijn: op basis van de informatie uit de folder kan de patiënt meebeslissen en participeren;
5. De patiënt is op de hoogte van de werkwijze van het ziekenhuis.

### **2.1.2. Patiëntenfolders en klantreis patiënt**

Patiëntenfolders spelen een rol in de 'klantreis' die patiënten maken. Gregory (2012) geeft een mogelijke *patient journey* weer: een beschrijving van de fases die een patiënt doorloopt bij een ziektebehandeling. Gregory (2012) beschrijft de patient journey vanuit iemand die aan gehoorverlies lijdt. Onderstaand is deze patient journey algemener beschreven, zodat deze ook toepasbaar is op andere ziektebeelden. Gregory (2012) onderscheidt zes fasen van de patient journey:

1. **voorbewustzijn:** de patiënt ervaart problemen, maar kan functioneren zonder de problemen te erkennen. De problemen worden mogelijk opgemerkt door vrienden en familie. De patiënt kan frustratie ervaren;
2. **bewustzijn:** de problemen beïnvloeden het sociale leven of het werklevens van de patiënt. De patiënt kan de problemen herkennen en probeert de oorzaken hiervan te vinden;
3. **actie:** de patiënt ervaart een omslagpunt en wil een zorgverlener raadplegen. Hiervoor verzamelt de patiënt informatie over het probleem;
4. **diagnostiek:** de patiënt raadpleegt een zorgverlener. De zorgverlener onderzoekt de patiënt en hieruit volgt een beslissing;
5. **revalidatie:** de patiënt krijgt advies en behandelingen. De patiënt kan de aanbevelingen accepteren of afwijzen;

6. na de behandeling: de patiënt moet omgaan met veranderingen en aanpassingen. Daarnaast kijkt de patiënt of de behandeling succesvol is of niet. De problemen zijn opgelost of er ontstaan nieuwe problemen.

Patiëntenfolders zijn behulpzaam bij de derde en vijfde fase van de patient journey van Gregory (2012). Patiënten kunnen op zoek zijn naar informatie over hun aandoening, aansluitend op fase 3 van de patient journey. Of patiënten zijn op zoek naar behandelingsinformatie of instructies na een behandeling. Een dergelijke folder sluit aan bij fase 5 van de patient journey.

## 2.2. Patiëntenfolders vereenvoudigen: tekstbeleid

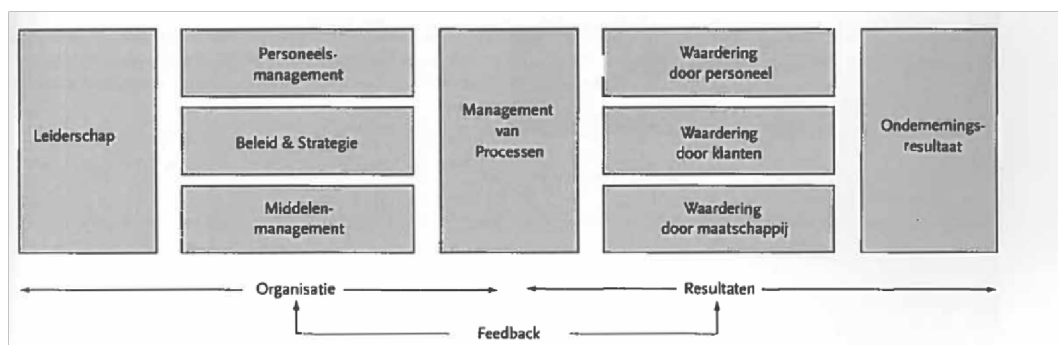
### 2.2.1. Aspecten van tekstbeleid

Om de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C begrijpelijker te maken, is tekstbeleid belangrijk, Pander Maat en Van der Geest (2021) geven namelijk aan dat de begrijpelijkheid van een tekst medeafhankelijk is van het tekstbeleid van een organisatie. Organisaties dienen een ontwerpproces voor teksten vast te stellen dat op een effectieve manier is georganiseerd.

De vraag is welke aandachtsgebieden belangrijk zijn in het tekstbeleid van ziekenhuizen. Hier geven Janssen en Van Etten (1999) antwoord op. Zij hebben een model opgesteld voor beleid van tekstkwaliteit (zie figuur 1). Janssen en Van Etten (1999) noemen negen aandachtsgebieden: leiderschap, personeelsmanagement, beleid en strategie, middelenmanagement, management van processen, waardering door personeel, waardering door klanten, waardering door de maatschappij en ondernemingsresultaat.

#### Figuur 1

*Schema van het evaluatiemodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (uit Janssen & Van Etten, 1999)*



*Leiderschap* gaat over de aandacht die managers besteden aan tekstkwaliteit (Janssen & Van Etten, 1999). Managers huren bijvoorbeeld tekstspecialisten in, bieden medewerkers trainingen aan of ontwerpen hulpmiddelen. Op deze manier geven managers het goede voorbeeld aan de rest van de organisatie.

Als het gaat om *personeelsmanagement* dan staat de ontwikkeling van het personeel centraal. Niet alleen sollicitanten worden beoordeeld op hun schrijfvaardigheid, ook aan de schrijfvaardigheid van bestaande medewerkers wordt aandacht geschonken.

Het aandachtsgebied *beleid en strategie* gaat over waarden, strategieën en visies op tekstkwaliteit. Hierbij kan een organisatie normen opstellen waar de medewerkers zich aan dienen te houden als zij teksten schrijven.

*Middelenmanagement* gaat over de middelen die in een organisatie aanwezig zijn (zoals taaladviesboeken, spellingcheckers en leesbaarheidstools). Daarnaast gaat middelenmanagement over het budget dat vrij wordt gemaakt voor tekstkwaliteitszorg.

Schrijftaken worden verdeeld en vastgelegd bij het aandachtsgebied *management van processen* (Janssen & Van Etten, 1999). Een van de vragen bij dit gebied is of verschillende medewerkers vastomlijnde taken hebben in het schrijfproces.

Ook besteden Janssen en Van Etten (1999) aandacht aan de resultaten van teksten. Hierbij maken zij onderscheid in *waardering door het personeel, waardering door de klanten en waardering door de maatschappij*. Organisaties houden in de gaten welke opmerkingen deze belanghebbenden maken over de teksten van de organisaties.

Bij het *ondernemingsresultaat* kijkt het management van een organisatie naar de opbrengsten van en de kosten voor de tekstkwaliteit (Janssen & Van Etten, 1999). Hierbij is de vraag of de kosten opwegen tegen de baten.

### 2.2.2. Communicatie afstemmen op de ontvanger

Bij het aandachtsgebied *beleid en strategie* is de visie van een organisatie belangrijk (Janssen & Van Etten, 1999). In de visie van ziekenhuis A, B en C staat patiëntgerichte communicatie centraal. Communicatie afstemmen op de patiënt sluit aan bij het begrip 'convergentie'. Dit begrip komt uit de *Communication Accommodation Theory* (CAT) (Gallois, Ogay & Giles, 2005). Volgens de CAT laat een communicator bij convergentie zijn/haar communicatiestijl overeenkomen met die van de ontvanger. Convergentie kan zowel in gesproken taal als in geschreven taal plaatsvinden. Een voorbeeld van convergentie in geschreven taal zijn brieven die de overheid afstemt op jongeren (Den Ouden & Doorschot, 2010).

Tegenover convergentie staat divergentie. Bij divergentie kiest een communicator ervoor om zijn/haar communicatiestijl af te laten wijken van die van de ontvanger (Gallois et al., 2005). Ook divergentie kan in gesproken en geschreven taal plaatsvinden. Hierbij kan divergentie verschillende vormen aannemen. De eerste vorm is over-accommodatie en de tweede vorm is onder-accommodatie (Elhami, 2020). Volgens Elhami (2020) zorgen beide vormen ervoor dat de communicatie stroef verloopt.

Bij onder-accommodatie doet een communicator te weinig zijn/haar best om zich aan te passen aan de ontvanger. Een voorbeeld van onder-accommodatie in geschreven taal is een schrijver die te weinig uitleg geeft in de tekst. Hierdoor begrijpt een lezer deze tekst niet. Dit komt ook voor in de medische wereld, waarbij patiënten niet begrijpen wat zij gelezen hebben (Elhami, 2020). Volgens Elhami (2020) kan onder-accommodatie opzettelijk of onopzettelijk gebeuren. Als onder-accommodatie onopzettelijk gebeurt, wordt er een verkeerde inschatting gemaakt van de kennis of behoeften van de ander. Zo kan een zorgprofessional veronderstellen dat medische begrippen duidelijk zijn, terwijl de patiënt in feite niet begrijpt wat deze begrippen betekenen.

Bij over-accommodatie gebeurt het tegenovergestelde van onder-accommodatie. Een communicator past de eigen communicatie te veel aan vanuit het idee dat dit bevorderlijk is voor het gesprek (Elhami, 2020). Elhami (2020) geeft een voorbeeld van divergentie in gesproken taal. Zo passen jongeren hun volume aan als zij praten tegen ouderen. Ook bij zorgprofessionals komt over-accommodatie richting ouderen voor, waarbij de

zorgprofessionals bijvoorbeeld een overdreven intonatie gebruiken om beleefd en hartelijk over te komen (Farzadnia & Giles, 2015).



## **2.3. Patiëntenfolders vereenvoudigen: tekstverbetering**

Naast tekstbeleid staat tekstverbetering centraal als teksten begrijpelijker worden gemaakt (Pander Maat & Van der Geest, 2021). Om teksten begrijpelijk te maken en een boodschap over te laten komen moeten de inhoud, opbouw, formulering en vormgeving van de tekst duidelijk zijn (Nederhoed, 2011). Tekstverbetering gaat dus over de aanpassingen in deze dimensies. Echter, eerdere onderzoeken gaan vooral in op de vereenvoudigingen op het gebied van formulering.

### **2.3.1. Taal- of tekstniveau aanpassen**

Als het gaat over de formulering van eenvoudige teksten noemen ziekenhuizen vaak het begrip 'B1'. Het merendeel van de patiënten begrijpt teksten die op het B1-taalniveau geschreven zijn, is de gedachte van ziekenhuizen. Het B1-taalniveau is één van de taalniveaus van het Common European Framework of Reference (CEFR). De Raad van Europa heeft dit referentiekader opgesteld om aan te geven hoe taalvaardig sprekers zijn in een vreemde Europese taal (Kraf, Lentz & Pander Maat, 2011).

Binnen het CEFR worden zes taalniveaus onderscheiden: A1, A2, B1, B2, C1 en C2. A1 staat voor het laagste niveau (de minste taalvaardigheid) en C2 voor het hoogste niveau (de meeste taalvaardigheid). Een lezer met taalniveau B1 kan eenvoudige teksten begrijpen die uit feiten bestaan. Deze teksten gaan over onderwerpen die passen bij het vakgebied of de interesse van de lezer (Kraf et al., 2011).

Een tekst die op het B1-taalniveau is geschreven, heeft de volgende kenmerken

(CommunicatieRijk, z.d.):

- eenvoudige woorden die iedereen kent;
- een duidelijke titel en tussenkoppen; • een actieve schrijfstijl met voorbeelden;
- korte en duidelijke zinnen.

Aangezien de CEFR-niveaus weinig zijn onderzocht, gebruik ik als alternatief de LiNT-niveaus in dit onderzoek (LiNT, z.d.). De CEFR-niveaus heb ik wel toegelicht, aangezien deze veel gehanteerd worden in de praktijk. Anders dan de zes CEFR-niveaus onderscheidt LiNT vier

tekstniveaus: niveau 1, niveau 2, niveau 3 en niveau 4. Elk niveau is bepaald vanuit een score van tekstmoeilijkheid die van 1 tot 100 gaat:

- Niveau 1: 0-36
- Niveau 2: 36-51
- Niveau 3: 51-61.5
- Niveau 4: 61.5-100

Een tekst op niveau 1 of 2 is voor de meeste mensen te begrijpen (LiNT, z.d.). Zo begrijpt ongeveer 86% van de volwassen lezers niveau 1 en 70% van de volwassen lezers niveau 2. In het specifiek is een score onder de hoge kant van niveau 2 het beste, dus onder de 40. Dan is een tekst namelijk geschikt voor een brede doelgroep (LiNT, z.d.).

### **2.3.2. Woorden, zinnen en persoonlijkheid aanpassen**

Om op een bepaald taalniveau te komen, doen herschrijvers stilistische aanpassingen. Deze stilistische aanpassingen zijn empirisch onderzocht, waaronder door Pander Maat en Ditewig (2017). Zij keken naar canonteksten over Nederlandse cultuur en geschiedenis. Deze teksten hadden drie moeilijkheidsniveaus, die onder meer verschilden van woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouw en persoonlijkheid. Als het gaat om woordcomplexiteit hadden de meest eenvoudige teksten kortere en frequentere (vaker veelvoorkomende) woorden en minder samenstellingen. Wat betreft woordconcreetheid hadden de meest eenvoudige teksten meer concrete en minder algemene naamwoorden en minder nominalisaties. Bovendien hadden de meest eenvoudige teksten een makkelijkere zinsbouw: kortere (deel)zinnen, en minder deelzinnen, bijzinnen, bijvoeglijke bepalingen, nevenschikkingen en lijdende vormen. Tot slot waren de meest eenvoudige teksten persoonlijker geschreven.

Een ander onderzoek dat gaat over eenvoudige taal is uitgevoerd door Pander Maat en Gravekamp (2022). Dit onderzoek keek naar een tekst van een bank en een tekst van een zorginstelling. Net zoals in het onderzoek van Pander Maat en Ditewig (2017) pasten de onderzoekers de woordkeuze en zinsbouw aan. Woordmoeilijkheid gaat over de bekendheid van de woordvorm en over de bekendheid van het concept waar het woord naar verwijst. De onderzoekers richtten zich vooral op de bekendheid van de woordvorm. Ze

vervangen hiervoor formele woorden door informele woorden. Zinsbouw is op twee manieren eenvoudiger gemaakt: 1) door bijzinnen om te zetten in hoofdzinnen, 2) door twee hoofdzinnen te maken van nevenschikte deelzinnen.

### **2.3.3. Kan een tekst te eenvoudig zijn?**

Als een tekst wordt vereenvoudigd, blijft de vraag of een tekst té eenvoudig kan zijn. Zo is een veelgenoemde overtuiging dat hoger opgeleide lezers eenvoudige teksten kinderachtig vinden (Pander Maat & Gravekamp, 2022). In het onderzoek van Pander Maat en Gravekamp (2022) is deze overtuiging ontkracht. Lager én hoger opgeleide lezers waardeerden de eenvoudige tekst van een bank meer dan de complexe tekst.

Ook voor de eenvoudige tekst van een zorginstelling gold dat hoger opgeleide lezers deze meer waardeerden dan de complexe tekst (Pander Maat & Gravekamp, 2022). Zij vonden de zorgteksten met eenvoudige zinnen begrijpelijker en waardeerden de teksten daardoor meer. Opvallend genoeg gold dit alleen voor de hoger opgeleide lezers. Voor lager opgeleide lezers was er geen verschil in de waardering van de eenvoudige en complexe tekst van een zorginstelling.

### **2.3.4. Tekstvereenvoudigingen handmatig en automatisch analyseren**

Om te analyseren hoe een tekst is herschreven, gebruiken onderzoekers een handmatige en/of een automatische analyse (Pander Maat & van der Geest, 2021). In een handmatige analyse kijken tekstbeoordelaars zelf naar veranderingen in specifieke aspecten van een tekst. In dit onderzoek is ook een handmatige analyse gedaan. Om deze systematisch uit te voeren, heb ik een checklist gebruikt (zie bijlage 3). Deze checklist geeft inzicht in de inhoud, opbouw, vormgeving en formulering van een patiëntenfolder. Zo kijk ik onder andere naar: de relevantie van de informatie (inhoud), de volgorde van de informatie (opbouw), de beelden die zijn gebruikt (vormgeving) en de toon van de patiëntenfolder (formulering).

Bij een automatische analyse maken tekstbeoordelaars gebruik van tools om de complexiteit van een tekst te analyseren. Een voorbeeld van zo'n tool is de T-Scan (Pander Maat & Ditewig, 2017). De T-Scan kijkt naar ruim 400 kenmerken op woordniveau, zinsniveau en tekstniveau (Pander Maat et al., 2014). Pander Maat en Ditewig (2017)

maakten ook gebruik van de T-Scan in hun onderzoek. Net zoals zij kijk ik in dit onderzoek naar woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouw en persoonlijkheid. In de methode en bijlage 5 staat meer informatie over de automatische analyse.

De handmatige en automatische analyse vullen elkaar aan in dit onderzoek. Zo geeft de handmatige analyse een algemene beoordeling van meerdere dimensies van de tekst: inhoud, opbouw, vormgeving en formulering. De automatische analyse zorgt daarnaast voor diepgaandere inzichten op de dimensie 'formulering'. Hierdoor kan ik ontdekken of de resultaten die eerder onderzoek vindt op het gebied van formulering, ook opgaan voor dit onderzoek. In het specifiek blijkt uit de automatische analyse hoe persoonlijk een tekst is, hoe concreet de woorden zijn en hoe eenvoudig de woorden en zinnen zijn.

## **2.4. Praktische en theoretische relevantie van dit onderzoek**

### **2.4.1. Tekstbeleid**

Dit onderzoek is zowel praktisch als theoretisch relevant. De praktische relevantie van het onderzoek naar tekstbeleid is tweedelig: 1) De variatie in het tekstbeleid van ziekenhuizen ontdekken en 2) Het tekstbeleid van ziekenhuizen belichten vanuit medewerkers met verschillende functies. Het is interessant om de variatie in het tekstbeleid te ontdekken, omdat de ziekenhuizen elkaar hierin kunnen aanvullen. Wat bij hen ene ziekenhuis lijkt te werken, kan ook worden toegepast in het andere ziekenhuis. Het is daarom nuttig om een beeld te hebben van hoe andere ziekenhuizen hun tekstbeleid organiseren. Door betrokkenen uit verschillende functies te bevragen, belicht ik zowel de visie achter het beleid als de manier waarop het ziekenhuis het beleid in praktijk brengt. Hierdoor bekijk ik verschillende aandachtsgebieden van het model van Janssen en Van Etten (1999).

Tekstbeleid is nog weinig onderzocht in de praktijk. De theoretische relevantie van het onderzoek naar tekstbeleid is dan ook om de theorie hierover uit te breiden. Daarnaast is het model van Janssen en Van Etten (1999) nog niet empirisch onderzocht. Het model krijgt meer empirische evidentie door dit te gebruiken om het tekstbeleid van ziekenhuizen te analyseren.

### **2.4.2. Tekstverbeteringsinterventies**

Het onderzoek naar tekstverbeteringsinterventies is praktisch relevant, omdat het herschrijvers van patiëntenfolders een spiegel voorhoudt. Het onderzoek laat namelijk zien hoe herschrijvers teksten aanpassen en welke tekstuele aspecten hierbij het minst en het meest veranderen.

Ook voor de theorie is het relevant om te weten welke aanpassingen vooral worden gedaan in herschrijvingen. Mogelijk breidt het onderzoek de bestaande manieren om teksten te herschrijven uit. Waar in de literatuur vooral veel bekend is over de formulering van een tekst, laat dit onderzoek mogelijk andere tekstuele aspecten zien die veranderen bij tekstuele vereenvoudigingen. Dit onderzoek vult de literatuur aan door ook te kijken naar de vormgeving, opbouw en inhoud van patiëntenfolders.

### 3. Onderzoeksvragen en hypothese

Om inzicht te krijgen in het tekstbeleid en de tekstverbeteringsinterventies van de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C staat de onderstaande vraag centraal:

**Centrale vraag:** “Hoe maken ziekenhuis A, B en C hun patiëntenfolders begrijpelijker?”

De centrale vraag wordt vervolgens opgedeeld in twee onderzoeksvragen, waarvan er één gericht is op tekstbeleid en één op tekstverbeteringsinterventies. Tekstbeleid richt zich op het algemene beleid voor schriftelijke communicatie. Deze vraag gaat dus over alle vormen van schriftelijke communicatie, zoals patiëntenfolders, maar bijvoorbeeld ook (digitale) brieven richting patiënten. Deze vraag is algemeen geformuleerd, omdat het tekstbeleid voor patiëntenfolders deel uitmaakt van een groter beleid voor schriftelijke communicatie binnen ziekenhuizen. De tweede onderzoeksvraag richt zich specifiek op patiëntenfolders.

**Onderzoeksvraag 1 is:** “Hoe geven ziekenhuis A, B en C hun beleid voor schriftelijke patiëntencommunicatie vorm?”

De deelvragen die op onderzoeksvraag 1 aansluiten zijn gebaseerd op de aandachtsgebieden van het model van Janssen en Van Etten (1999). Zeven van de negen aandachtsgebieden uit het model komen terug in dit onderzoek. Het aandachtsgebied ‘Waardering door maatschappij’ komt niet terug in de deelvragen, omdat het onderzoek zich beperkt tot de perspectieven van de ziekenhuis A, B en C zelf. Daarnaast komt het aandachtspunt ‘Personeelsmanagement’ niet aan bod, omdat deze vraag meer geschikt is voor HRM en minder geschikt is voor de communicatieafdeling van ziekenhuizen.

**Deelvragen gebaseerd op het aandachtsgebied Beleid en strategie:**

- Wat is de visie van de ziekenhuizen op patiëntencommunicatie?
- Formuleren de ziekenhuizen bepaalde normen voor de folders?
- Hoe gaan de ziekenhuizen om met laaggeletterdheid onder patiënten?

**Deelvragen gebaseerd op het aandachtsgebied Management van schrijfprocessen:**

- Is het tekstbeleid van de ziekenhuizen centraal of decentraal georganiseerd?
- Ligt de nadruk van de ziekenhuizen op herschrijven door tekstspecialisten, of op beter schrijven op de werkvloer?
- Hebben de verschillende soorten medewerkers vastomlijnde taken als het gaat om tekstkwaliteit?
- Leveren de communicatieafdelingen van de ziekenhuizen formats aan voor brieven of e-mails of mogen de zorgafdelingen deze zelf invullen?

**Deelvraag gebaseerd op het aandachtsgebied Leiderschap:**

- (Hoe) besteden de ziekenhuizen aandacht aan (de verbetering van) de tekstkwaliteit? (Bijvoorbeeld: training geven, job-aids ontwikkelen)

**Deelvragen gebaseerd op het aandachtsgebied Middelenmanagement:**

- Welke informatiebronnen of hulpmiddelen bezitten de schrijvers in de ziekenhuizen?
- Met welke organisaties werken de ziekenhuizen samen voor hun patiënteninformatie?

**Deelvraag gebaseerd op het aandachtsgebied Ondernemingsresultaat:**

- Wat zijn de kosten en opbrengsten van tekstkwaliteit volgens de participanten?

**Deelvragen gebaseerd op het aandachtsgebied Waardering door het personeel:**

- Welke opvattingen hebben de communicatieafdelingen van de ziekenhuizen over (de activiteiten rondom) het tekstbeleid?

**Deelvragen gebaseerd op het aandachtsgebied Waardering door de klanten:**

- Testen de ziekenhuizen hun folders bij patiënten? En zo ja, op welke manieren doen ziekenhuizen dit?

**Onderzoeksvraag 2 is:** “Welke tekstuele aanpassingen doen ziekenhuis A, B en C om begrijpelijke patiëntenfolders te krijgen?”

Onderzoeksvraag 2 is opgesplitst in de volgende deelvragen:

**Deelvraag 1 is:** Hoe zijn de globale inhoud, opbouw, formulering en vormgeving van de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C (veranderd) voor zover handmatig te meten?

**Deelvraag 2 is:** Hoe is de formulering (woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouwcomplexiteit, persoonlijkheid) van de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C (veranderd) voor zover automatisch te meten met T-Scan?

Bij deelvraag 1 hoort de volgende hypothese: op het gebied van inhoud, opbouw, formulering en vormgeving zijn de nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A verbeterd ten opzichte van de oude patiëntenfolders (H1). Voor ziekenhuis B en C heb ik geen hypothese geformuleerd, omdat er geen vergelijking mogelijk is tussen oude en nieuwe versies. Wel verwacht ik dat de patiëntenfolders van ziekenhuis B en C op het merendeel van de criteria van inhoud, opbouw, formulering en vormgeving voldoende scoren. Deze patiëntenfolders zijn namelijk herschreven met als doel om deze begrijpelijker en eenvoudiger te maken.

Bij deelvraag 2 hoort de volgende hypothese: de nieuwe folders van ziekenhuis A hebben kortere en frequentere woorden; minder samenstellingen; meer concrete en minder algemene naamwoorden; minder nominalisaties; kortere (deel)zinnen; minder deelzinnen, bijzinnen, bijvoeglijke bepalingen, nevenschikkingen en lijdende vormen; meer persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden en verwijzingen naar personen dan de oude folders (H2). De verwachting is dat de folders van ziekenhuis B en ziekenhuis C qua woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouwcomplexiteit en persoonlijkheid overeenkomen met de nieuwe folders van ziekenhuis A.

Bij hypothese 2 heb ik geen richting geformuleerd voor algemene en concrete werkwoorden, bijvoeglijk naamwoorden en persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden in eerste, tweede en derde persoon. Deze richting was namelijk niet eenduidig in het onderzoek van Pander Maat en Ditewig (2017), waarop ik hypothese 2 heb gebaseerd.



## 4. Methode

### 4.1. Keuze ziekenhuizen

De deelnemende ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van *convenience sampling*.

Convenience sampling houdt in dat de participanten zijn gekozen die makkelijk benaderbaar zijn (Etikan, Musa & Alkassim, 2016). Voor deze selectie zijn twee redenen. De eerste reden is dat het model van Janssen en Van Etten (1999) geen aanleiding gaf om het onderzoek te richten op een bepaald type ziekenhuis. Dit model heeft nog weinig onderbouwing uit de praktijk, waardoor alle ziekenhuizen nuttige inzichten kunnen bieden. Het onderzoek is daarmee meer verkennend van aard. De tweede reden voor convenience sampling is dat de meeste ziekenhuismedewerkers druk waren, waardoor het niet haalbaar was om selectief te zijn in de keuze voor bepaalde ziekenhuizen.

De ziekenhuizen zijn benaderd via netwerkconnecties, maar ook door contact te leggen met diverse Nederlandse ziekenhuizen buiten mijn netwerk. Het criterium voor de ziekenhuizen die ik heb benaderd was dat zij patiëntenfolders op hun website hebben staan. Ik heb deze ziekenhuizen benaderd door te mailen, te bellen en berichten te sturen via LinkedIn. Van de tien ziekenhuizen heb ik er drie zowel gebeld als gemaïld. Vijf ziekenhuizen heb ik alleen gemaïld. Twee ziekenhuizen heb ik via LinkedIn benaderd. Van de tien ziekenhuizen die ik heb benaderd, hebben drie ziekenhuizen uiteindelijk toegezegd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze drie ziekenhuizen zijn allemaal op een andere manier geworven: ziekenhuis A via LinkedIn, ziekenhuis B via de e-mail en ziekenhuis C via connecties.

### 4.2. Onderzoeksinstrumenten

Dit onderzoek bestaat uit drie deelonderzoeken: semigestructureerde interviews, handmatige corpusanalyses en automatische corpusanalyses. De interviews zijn gebruikt om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. De handmatige en automatische corpusanalyses geven antwoord op de tweede onderzoeksvraag.

Naast het gebruik van interviews en corpusanalyses heb ik een online testsessie van patiëntenfolders bijgewoond. Via LinkedIn benaderde Pharos mij om aan deze testsessie

mee te doen. De testsessie vond dan ook plaats bij een ziekenhuis dat niet heeft deelgenomen aan mijn onderzoek. In de online testsessie las een ervaringsdeskundige laaggeletterdheid een herschreven patiëntenfolder van de afdeling Urologie voor. Per tekstonderdeel gaf de ervaringsdeskundige laaggeletterdheid aan tegen welke problemen hij aanliep in de folder. De bevindingen van de online testsessie staan bij de informatie over gebruikersonderzoek in de interviewsectie 5.1.6.

Tweede redenen om de online testsessie bij te wonen waren:

1. Inzicht krijgen in een vorm van gebruikersonderzoek. De informatie die ik over gebruikersonderzoek verkreeg door de online testsessie was bruikbaar voor onderzoeksvraag 1. Het aandachtsgebied Waardering door de klanten uit onderzoeksvraag 1 gaat namelijk over gebruikersonderzoek.
2. Vanuit een ervaringsdeskundige laaggeletterdheid horen welke tekstuele aanpassingen een folder (on)begrijpelijk maken. Deze informatie was bruikbaar voor onderzoeksvraag 2. Onderzoeksvraag 2 gaat namelijk over de tekstuele aanpassingen die ziekenhuizen doen. De online testsessie liet vervolgens zien welke tekstuele aanpassingen nuttig zijn volgens een lezer.

## **4.3. Deelonderzoek 1: Interviews**

### **4.3.1. Aantal interviews**

In totaal zijn er zes interviews afgenomen. Van deze zes interviews zijn vier interviews bij ziekenhuis A gehouden, één bij ziekenhuis B en één bij ziekenhuis C. In het ideale geval had ik bij elk ziekenhuis meerdere interviews gehouden, om verschillende perspectieven op het beleid te belichten. Echter, dit was niet haalbaar bij de alle ziekenhuizen. Bij ziekenhuis A heb ik wel meerdere communicatieprofessionals kunnen spreken.

### **4.3.2. Achtergrond geïnterviewden**

De zes geïnterviewden houden zich allemaal bezig met patiëntencommunicatie. Zij gaan (mede) over het beleid en de tekstuele aanpassingen van patiënteninformatie. Dit betekent niet dat zij allemaal op dezelfde afdeling werkzaam zijn. De geïnterviewden van ziekenhuis A en ziekenhuis C werken op de afdeling marketing en communicatie. De geïnterviewde van ziekenhuis B werkt op de afdeling Patiëntenvoorlichting en Klachtenopvang. In ziekenhuis B houdt namelijk niet de communicatieafdeling, maar de afdeling Patiëntenvoorlichting zich bezig met zorginhoudelijke informatie. De communicatieafdeling van ziekenhuis B is verantwoordelijk voor de communicatie rondom logistieke zaken, service en diensten in huis.

De geïnterviewden van ziekenhuis A hebben de volgende functies:

- Geïnterviewde 1: Manager marketing & communicatie. Ze stuurt het team (van ongeveer 16 mensen) aan. Ze is medeverantwoordelijk voor het mediabeleid, reputatiemanagement, patiënteninformatie/communicatie en de interne communicatie.
- Geïnterviewde 2: Senior communicatieadviseur en projectleider. De functie als communicatieadviseur is breed. Deze functie betreft interne en externe projecten. Tijdens COVID-19 hield zij zich bijvoorbeeld bezig met crisiscommunicatie. Daarnaast hield ze zich bezig met samenwerkingen en de communicatie hierover. Als projectleider heeft ze de visie voor patiëntencommunicatie opgesteld en leidt ze de herziening van de patiënteninformatie.

- Geïnterviewde 3: Contentspecialist. Ze richt zich volledig op de patiënteninformatie en vereenvoudigt deze teksten. Hierbij houdt ze in de gaten of iedereen zich aan de schrijfwijzer houdt. Ze zet de herschreven teksten ook uit bij collega's en afdelingen en stemt af met de afdelingen.
- Geïnterviewde 4: Contentspecialist en verantwoordelijk voor beheer van patiënteninformatie. Ze zorgt dat de folders in heldere taal zijn geschreven, dat ze op de website komen als dat nodig is en dat ze op een verzamelpagina op het intranet staan. Ze kijkt ook of de folders inhoudelijk niet tegenstrijdig zijn met elkaar. Daarnaast is geïnterviewde 4 bewaker van het archief van de folders; ze beheert het programma waar alle folders in staan.

De geïnterviewde van ziekenhuis B is verantwoordelijk voor het beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Het beheer houdt in dat ze bijhoudt wie inhoudsverantwoordelijke is en een driejaarlijkse check doet voor de inhoud van patiëntenfolders. De tekstredactie houdt in dat ze controleert of de folders begrijpelijk en beknopt zijn en aan de huisstijl voldoen, voordat deze worden gepubliceerd.

De geïnterviewde van ziekenhuis C is een senior communicatieadviseur. Deze functie is breed en omvat patiëntencommunicatie, crisiscommunicatie, concerncommunicatie en persvoorlichting. Binnen dit ziekenhuis werken junior en senior communicatieadviseurs. In het geval van patiëntencommunicatie redigeren junior communicatieadviseurs de patiëntenfolders en houden senior communicatieadviseurs zich bezig met het beleid en beheer eromheen.

#### **4.3.3. Procedure interviews**

Vijf interviews waren op locatie, dus in de ziekenhuizen. Dit geldt voor ziekenhuis A en ziekenhuis B. Vanwege de reistijd is het interview met ziekenhuis C online afgenomen. Voorafgaand aan de interviews heb ik een interviewschema opgesteld (zie bijlage 1). De vragen uit dit interviewschema zijn gebaseerd op het model voor het beleid van tekstkwaliteit van Janssen en Van Etten (1999). In het begin van het interview legde ik het doel van het interview uit en vroeg ik de geïnterviewde of ik het gesprek mocht opnemen.

De interviews duurden elk tussen de 30 en 45 minuten. De interviews heb ik handmatig getranscribeerd en gemaïld naar de geïnterviewden. Een enkeling gaf aan iets te willen wijzigen in het transcript. Deze wijzigingen zijn doorgevoerd. De transcripten zijn te vinden in bijlage 2.

#### **4.3.4. Analyse interviews**

De analyse van de interviews is gestructureerd op basis van de aandachtsgebieden van het model van Janssen en Van Etten (1999). Per aandachtsgebied gaf ik weer hoe dit bij ziekenhuis A, B en C gaat. Dit deed ik door de interviews in het programma Atlas.ti te coderen. Dit programma is speciaal ontwikkeld voor de analyse van kwalitatieve data en geeft de mogelijkheid om de uitspraken van geïnterviewden te linken aan een specifiek onderwerp. Door de ziekenhuis A, B en C te vergelijken per aandachtsgebied, zijn de verschillen en overeenkomsten van hun tekstbeleid naar voren gekomen.

## 4.4. Deelonderzoek 2: Handmatige corpusanalyse

### 4.4.1. Teksten

Voor de handmatige analyse heb ik in totaal 32 folders geanalyseerd: 3 folders van ziekenhuis B, 3 folders van ziekenhuis C en 26 folders (13 tekstparen) van ziekenhuis A. De dertien tekstparen van ziekenhuis A bestonden elk uit een oude en nieuwe versie van een patiëntenfolder, dus een versie voordat de patiëntenfolders zijn herschreven en een versie daarna. Zes van de dertien tekstparen zijn afkomstig van de afdeling Ergotherapie. De andere zeven tekstparen kwamen van de afdelingen Intensive Care, Infectiepreventie, Oogheelkunde, Gipskamer, Dialyse, Bloedafname en Traumachirurgie: van deze afdelingen is één tekstpaar per afdeling bekeken.

Door verschillende afdelingen te vergelijken, bestond de steekproef uit een divers scala aan patiëntenfolders. Verschillende onderwerpen, thema's en soorten teksten (met/zonder afbeeldingen) zijn handmatig geanalyseerd. Van de dertien tekstparen hebben vier tekstparen één versie (oud of nieuw) met afbeelding, twee tekstparen beide versies met afbeelding en zeven tekstparen geen versies met afbeelding.

De folders zijn geselecteerd op basis van de volgende hoofdthema's:

- Informatie over het verblijf op een afdeling: Intensive Care (één tekstpaar)
- Informatie over een aandoening: Ergotherapie (drie tekstparen)
- Informatie over een behandeling: Ergotherapie (drie tekstparen)
- Informatie over ziekenhuismaatregelen: Infectiepreventie (één tekstpaar)
- Informatie over een operatie: Oogheelkunde (één tekstpaar)
- Informatie over een ingreep: Gipskamer (één tekstpaar)
- Informatie over een onderzoek: Dialyse (één tekstpaar)
- Instructies vóór een onderzoek: Bloedafname (één tekstpaar)
- Instructies/oefeningen ná een ingreep: Traumachirurgie (één tekstpaar)

Naast de dertien tekstparen van ziekenhuis A heb ik drie teksten geanalyseerd van zowel ziekenhuis B als van ziekenhuis C. Ziekenhuis B en C hebben voorbeelden van

vereenvoudigde patiëntenfolders naar mij gemaild. Deze folders zijn naar B1 niveau gebracht en illustreren daarmee het beleid van de ziekenhuizen. De folders van ziekenhuis B kwamen van de afdeling Radiologie & Nucleaire Geneeskunde en van de afdeling HIV/AIDS. De folders van ziekenhuis C kwamen van de afdeling Gynaecologie, van de afdeling Neonatale Intensive Care en van de afdeling Preoperatief onderzoek en anesthesiologie en Gynaecologische oncologie.

#### **4.4.2. Beoordelingscriteria**

Aangezien de literatuur geen allesomvattende checklist bood, heb ik checklists gecombineerd en daarmee een eigen checklist opgesteld. Deze eigen checklist bestaat uit 47 beoordelingscriteria (zie bijlage 3). De 47 criteria zijn gebaseerd op drie bronnen: een schrijfwijzer die gaat over begrijpelijke teksten voor iedereen (inclusief mensen met lage taalvaardigheden), een checklist voor begrijpelijke overheidsteksten en een beoordelingsinstrument voor voorlichtingsmateriaal.

De bronnen hebben alle drie een andere focus. De eerste bron, de schrijfwijzer Schrijven in Taal voor allemaal+ (Taal voor allemaal, 2021), heb ik vooral gebruikt voor criteria over vormgeving en formulering. De tweede bron, de checklist voor begrijpelijke overheidsteksten (Pander Maat & Van der Geest, 2021), heb ik vooral gebruikt voor de criteria over inhoud, opbouw en formulering.

Om mijn checklist aan te laten sluiten op het genre van de teksten uit dit onderzoek gebruikte ik een derde bron. Deze bron is het Voorlichtingsmateriaal BeoordelingsInstrument van Pharos (VBI Pharos, z.d.). Deze tool is speciaal ontwikkeld om de begrijpelijkheid en toepasbaarheid van voorlichtingsmateriaal voor patiënten te beoordelen. Uit deze tool heb ik onder andere de aspecten ‘bevat de tekst een samenvatting?’ en ‘moeten gebruikers berekeningen uitvoeren?’ toegevoegd.

De drie bronnen heb ik op verschillende manieren gevonden. Zo heb ik de schrijfwijzer Schrijven in Taal voor allemaal+ via ziekenhuis A gevonden. Ziekenhuis A hanteert namelijk de regels uit deze schrijfwijzer. Het Voorlichtingsmateriaal BeoordelingsInstrument van Pharos heb ik verkregen via Pharos. Op de checklist voor begrijpelijke overheidsteksten ben ik zelf gekomen.

De zelf samengestelde checklist is bruikbaar om uitspraken te doen over verschillende dimensies van patiëntenfolders: de inhoud, opbouw, vormgeving en formulering. Om een beeld te geven van deze checklist, geef ik onderstaand een aantal voorbeelden van criteria.



Voorbeelden van criteria van de dimensie 'Inhoud' zijn:

- Beantwoordt de tekst de vragen van de lezer?
- Geeft de tekst informatie die direct van toepassing is op de lezer?

Voorbeelden van criteria van de dimensie 'Opbouw' zijn:

- Heeft elke alinea één boodschap?
- Zijn de kopjes helder en dekken deze de lading?

Voorbeelden van criteria van de dimensie 'Vormgeving' zijn:

- Zijn er alleen rechte letters gebruikt?
- Is er één lettertype per tekst gebruikt?

Voorbeelden van criteria van de dimensie 'Formulering' zijn:

- Stelt de tekst waar nodig gerust? (neemt onnodige zorgen weg)
- Spreekt de tekst de lezer direct aan?

#### **4.4.3. Betrouwbaarheid checklist**

Om de betrouwbaarheid van de checklist te verhogen, heeft een medecodeur twee oude folders van ziekenhuis A beoordeeld. De medecodeur heeft één folder van de afdeling Ergotherapie en één folder van de afdeling Gipskamer beoordeeld. De beoordelingen kwamen grotendeels overeen en een aantal was verschillend. Voor de verschillende beoordelingen zijn twee redenen: (1) de definitie van een criterium is dubbelzinnig, (2) de ene codeur beoordeelt strenger dan de andere codeur. Als de definitie van een criterium leidde tot een verschil in beoordeling, dan is de definitie aangepast. 11 van de 47 criteria zijn aangepast (zie bijlage 4 voor de aanpassingen in de checklist).

Een voorbeeld van een definitieverschil is bij het criterium 'geeft de tekst een specifieke link voor meer informatie?'. Mijn medecodeur beantwoordde deze vraag ook met 'ja' als de tekst een algemene link van het ziekenhuis gaf. Ik vond een link pas specifiek als deze naar een afdeling van het ziekenhuis leidde of naar een andere website die ging over het onderwerp. Daarnaast was ik strenger in de beoordeling dan mijn medecodeur. Zo vond ik

een vakterm pas volledig uitgelegd als deze in lopende tekst staat in plaats van tussen haakjes. In de schrijfwijzer van Taal voor allemaal+ (Taal voor allemaal, 2021) staat namelijk als voorbeeld voor de uitleg van een vakterm: 'Het moeilijke woord voor hersenschudding is: contusio.' De vakterm 'contusio' is in dit voorbeeld in de lopende tekst uitgelegd.

#### **4.4.4. Procedure**

Eerst heb ik de oude folders van ziekenhuis A beoordeeld en daarna de nieuwe folders van dit ziekenhuis om te voorkomen dat ik de folders tijdens mijn beoordeling al vergeleek. Nadat ik de folders van ziekenhuis A analyseerde, heb ik de drie folders van zowel ziekenhuis B als ziekenhuis C geanalyseerd.

Om de folders van ziekenhuis A, B en C te beoordelen gebruikte ik dezelfde checklist. Deze checklist heb ik in kolommen in Word gezet (zie bijlage 3). Vervolgens las ik de folders eerst in zijn geheel. Daarna ging ik per criterium na of de folder aan het criterium voldeed (antwoordoptie 'ja') of niet (antwoordoptie 'nee') of dat het criterium niet van toepassing was (antwoordoptie 'niet van toepassing'). Als een folder bijvoorbeeld geen beeldmateriaal bevat, dan is het criterium 'versterken de beelden de inhoud' niet van toepassing.

#### **4.4.5. Data-analyse**

Voor de data-analyse van ziekenhuis A heb ik IBM SPSS Statistics 28 gebruikt. De beoordelingen van de tekstparen van ziekenhuis A zijn in kolommen naast elkaar geplaatst, om direct te kunnen zien hoe de verschillende versies scoren per criterium. Vervolgens heb ik twee stellingen omgepoold. Bij de vraag: 'Moeten gebruikers berekeningen uitvoeren?' is het antwoord 'nee' namelijk positief. Bij de vraag: 'Maakt de tekst gebruik van hoofdletters, onderstrepen, grotere afstand tussen regels?' is het antwoord 'ja' negatief. Nadat ik bovenstaande stellingen heb omgepoold, zijn alle criteria voldoende bij de antwoordoptie 'ja' en onvoldoende bij de antwoordoptie 'nee'.

Ik heb per criterium gekeken of dit onvoldoende is gebleven (nee-nee); voldoende is gebleven (ja-ja); is verbeterd (nee-ja) of is verslechterd (ja-nee). Hiervoor heb ik de McNemar toets van gepaarde proporties gebruikt. Aangezien ik verwacht dat de nieuwe folders zijn verbeterd ten opzichte van de oude folders, heb ik eenzijdig getoetst met een significantie van .10.

Van de patiëntenfolders van ziekenhuis B en ziekenhuis C had ik enkel nieuwe versies, dus hier heb ik geen vergelijking gedaan tussen twee versies. Deze folders heb ik dan ook handmatig vergeleken met de folders van ziekenhuis A. Hierbij heb ik gekeken naar de verschillen en overeenkomsten op de criteria tussen de drie ziekenhuizen. Deze vergelijking maakte ik door in een tabel te plaatsen hoeveel folders van elk ziekenhuis voldoende scoorden op een bepaald criterium. Zo heb ik achterhaald welke criteria (on)voldoende scoren bij alle ziekenhuizen en welke criteria bij het ene ziekenhuis beter scoren dan bij de andere ziekenhuizen.

## **4.5. Deelonderzoek 3: Automatische corpusanalyse**

### **4.5.1. Teksten**

Voor de automatische analyse heb ik drie patiëntenfolders van ziekenhuis B geanalyseerd, drie patiëntenfolders van ziekenhuis C en vierhonderd patiëntenfolders (tweehonderd tekstparen) van ziekenhuis A. Van de 400 patiëntenfolders waren er 199 oude folders en 201 nieuwe folders. Het aantal nieuwe en oude folders verschilt, omdat er twee oude folders van de afdeling Oogheelkunde in tweeën zijn geknipt.

De 200 tekstparen kwamen van 12 verschillende afdelingen: Ergotherapie (5 tekstparen), Gipskamer (11 tekstparen), Intensive Care (11 tekstparen), Oogheelkunde (25 tekstparen), Bloedafname (17 tekstparen), Dialyse (9 tekstparen), Infectiepreventie (9 tekstparen), Nucleaire Geneeskunde (36 tekstparen), Spoedeisende Hulp (SEH) (15 tekstparen), Traumachirurgie (18 tekstparen), Urologie (37 tekstparen) en Vasculaire Geneeskunde (7 tekstparen).

### **4.5.2. Beoordelingscriteria**

In de automatische analyse is gekeken naar 27 aspecten (Pander Maat & Ditewig, 2017; Pander Maat et al., 2021):

- woordcomplexiteit (3 aspecten);
- woordconcreetheid (8 aspecten); • zinsbouwcomplexiteit (11 aspecten);
- persoonlijkheid (5 aspecten).

De aspecten zijn op tekstniveau gemeten en zijn weergegeven in aantallen (per deelzin), proporties en dichtheden (Pander Maat et al., 2021). De aantallen zijn gemiddeld over de tekstregio berekend, bijvoorbeeld het gemiddeld aantal letters per woord. Proporties geven een deling van een aantal op een referentiegroep aan, bijvoorbeeld de proportie ruimconcrete bijvoeglijke naamwoorden op het totaal aantal bijvoeglijke naamwoorden. Dichtheden geven aan hoe vaak een aspect voorkomt per 1000 woorden. Als bijvoorbeeld op 10 persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 5 in eerste persoon zijn, is de dichtheid daarvan 500.

Onderstaand staat een aantal voorbeelden om een beeld te geven van de aspecten. De volledige lijst met aspecten staat in bijlage 5.

Woordcomplexiteit bestaat onder andere uit:

- Woordlengte in letters: hoe lang zijn de woorden die gebruikt worden?
- Woordfrequentie: komen de woorden voor in alledaags taalgebruik?

Woordconcreetheid bestaat onder andere uit:

- Proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden: wat is de proportie striktconcrete bijvoeglijk naamwoorden op het totaal aantal bijvoeglijk naamwoorden? → Strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden gaan over: direct waarneembare kenmerken van personen, emotionele kenmerken en sociaal gedrag, direct waarneembare kenmerken van dingen
- Proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden: wat is de proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden op het totaal aantal bijvoeglijk naamwoorden?  
→ Ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden gaan over: direct waarneembare kenmerken van personen, emotionele kenmerken en sociaal gedrag, direct waarneembare kenmerken van dingen, niet-direct waarneembare kenmerken, tijd, plaats, specifieke evaluatie, algemene evaluatie, epistemische evaluatie, overige (niet-evaluatieve) abstracte adjectieven, ongedefinieerd

Zinsbouwcomplexiteit bestaat onder andere uit:

- Zinslengte: hoe lang zijn de zinnen?
- Deelzinslengte: hoe lang zijn de deelzinnen?

Persoonlijkheid bestaat onder andere uit:

- Dichtheid van verwijzingen naar personen: hoeveel verwijzingen naar personen komen er voor per 1000 woorden?  
→ Verwijzingen naar personen: persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden, zelfstandig naamwoorden die naar een mens verwijzen, persoonsnamen

- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden eerste persoon: hoeveel persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden in de eerste persoon komen er voor per 1000 woorden?

#### **4.5.3. Procedure**

Het was voor de uitkomsten van de T-Scan van belang om bepaalde onderdelen uit de folders van ziekenhuis A, B en C niet mee te laten nemen. Voor deze delen zijn drie hekjes (###) geplaatst. Denk hierbij aan kopjes of opsommingen die geen vervoegde werkwoorden bevatten. Als de T-Scan deze onderdelen wel meenam, gaf de scan een vertekend beeld van de zinnen in de teksten. Deze zinnen lijken dan erg eenvoudig. Andere informatie die niet de vorm van zinnen had (bijvoorbeeld adresgegevens), is ook verwijderd.

Daarnaast is Engelstalige tekst uit de folders gehaald, als deze erin stond. De T-Scan kan namelijk alleen Nederlandse tekst analyseren. Vier oude folders van de afdeling Spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuis A gaven zowel in het Nederlands als in het Engels informatie weer. Van deze folders is de Engelstalige informatie verwijderd. Na het voorbereidende werk is de T-Scan uitgevoerd.

#### **4.5.4. Data-analyse**

De data-analyse verliep in verschillende stappen. Allereerst zijn uitkomsten van de T-Scan (op tekstniveau) in IBM SPSS Statistics 28 geplaatst. Vervolgens heb ik met gepaarde variantieanalyses (*repeated measures ANOVA*) de oude versies en nieuwe versies van ziekenhuis A vergeleken. Daarna heb ik de gemiddelden van ziekenhuis B en C vergeleken met de marginale gemiddelden van ziekenhuis A. Ik heb gekeken of de gemiddelden van ziekenhuis B en C dichterbij lagen van de gemiddelden van de oude of van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

## 5. Resultaten

### 5.1. Resultaten deelonderzoek 1: Interviews

#### 5.1.1. Aandachtsgebied: Beleid en strategie

Onder het aandachtsgebied Beleid en strategie valt de visie van ziekenhuis A, B en C op patiëntencommunicatie. De normen die ziekenhuizen opstellen voor deze visie behoren ook tot dit aandachtsgebied.

Als het gaat om de visie van ziekenhuis A, B en C, hebben enkel ziekenhuis A en C uitgangspunten of strategische doelstellingen geformuleerd voor patiëntencommunicatie (zie bijlage 6 voor de 12 uitgangspunten van ziekenhuis A). Ziekenhuis B is nog bezig met de ontwikkeling van een document met uitgangspunten/strategische doelstellingen. Vanwege de digitale mogelijkheden duurt het langer om dit document te ontwikkelen, omdat dit document steeds uitgebreider wordt. Ondanks dat ziekenhuis B geen apart document heeft met een visie, komt de visie van het ziekenhuis wel terug in de schrijfwijzer.

De visies van de drie ziekenhuizen komen grotendeels overeen. Zo geven ziekenhuis A en ziekenhuis C aan dat patiëntencommunicatie bijdraagt aan een positief beeld van het desbetreffende ziekenhuis. Bovendien geven de drie ziekenhuizen aan dat patiënten zich kunnen voorbereiden op of mee kunnen beslissen over een behandeling als zij goed ingelicht zijn.

*“Patiëntencommunicatie maakt deel uit van goede zorg en dienstverlening. Het helpt de positie van de patiënt versterken, het stimuleert zowel patiënt als zorgverlener om samen te beslissen en draagt bij aan een positieve \*ziekenhuis A\*-beleving.” (Intern document met visie en uitgangspunten ziekenhuis A)*

*“We informeren onze patiënten afgestemd op hun behoefte en kennisniveau. We hebben hierbij speciaal aandacht voor laaggeletterdheid. JCI [Joint Commission International: internationaal*

*keurmerk voor kwaliteit en veiligheid in de zorg] is hierbij een belangrijke richtlijn. De patiënt wordt waar mogelijk betrokken bij zijn behandeling en bij de weg naar herstel.” (Strategie ziekenhuis C)*

*“Patiënteninformatie is een groot onderdeel van onze geschreven informatie. Door goed voorlichtingsmateriaal weet een patiënt beter wat er gaat gebeuren. Hij of zij kan zich dan beter op een opname of behandeling voorbereiden. Ook draagt het bij aan de patiënttevredenheid en een positief beeld van \*ziekenhuis C\*.”  
(Schrijfwijzer ziekenhuis C)*

*“Patiëntinformatie in begrijpelijk Nederlands zorgt ervoor dat mensen belangrijke informatie begrijpen, afwegingen kunnen maken en instructies kunnen volgen.” (Schrijfwijzer ziekenhuis B)*

Alle drie de ziekenhuizen geven in de interviews aan rekening te houden met patiënten die laaggeletterd zijn of lage gezondheidsvaardigheden hebben. De ziekenhuizen hebben hier verschillende manieren voor. Ziekenhuis A voegt beeld toe aan de patiëntenfolders en biedt een voorleesfunctie aan op de website. Zo kunnen laaggeletterden de patiëntenfolders laten voorlezen of vertalen. Daarnaast is het in ziekenhuis A gebruikelijk dat er tolken of familieleden meekomen in de spreekuren.

Net zoals ziekenhuis A, zijn ziekenhuis B en C bezig met beeldmateriaal. Ziekenhuis B is van plan om met filmpjes/infographics te werken en ziekenhuis C werkt al met beeldmateriaal. Ziekenhuis C biedt namelijk materiaal aan ter ondersteuning van het gesprek in de spreekkamer. Een voorbeeld hiervan is een praatplaat. Deze praatplaat komt voort uit het samenwerkingsverband met zeven ziekenhuizen, waarin laaggeletterdheid ook een thema is. Daarnaast is ziekenhuis C onlangs een samenwerking aangegaan met een bedrijf dat digitale folders deels tekstueel en deels in animatie weergeeft.

Naast beeldmateriaal speelt de formulering en vormgeving van folders een rol bij laaggeletterdheid. Ziekenhuis B houdt rekening met deze aspecten door bijvoorbeeld op B1-niveau te schrijven en te werken met bullets. Ziekenhuis A, B en C houden dus rekening



met laaggeletterden in de vormgeving en formulering van patiëntenfolders en door de informatie op verschillende manieren aan te bieden, zoals met een voorlees- of vertaalfunctie en via beeldcommunicatie.

*“Toch vooral dat B1-niveau en de overzichtelijkheid op papier. De spreiding van je teksten, werken met bullets, werken met vragende kopjes, dat soort tools om, om het helderder te maken. En ook, dat is natuurlijk één ding. Dat gaat over de geschreven teksten. Maar ook wordt gekeken of we met filmpjes kunnen gaan werken. Met van die infographics.” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

Tot slot hebben de drie ziekenhuizen elk bepaalde normen vastgesteld voor hun patiëntencommunicatie. Deze normen zijn gerelateerd aan de schrijfwijzer die het ziekenhuis gebruikt. In tabel 1 staan de normen die de geïnterviewden noemen. Het komt vaak voor dat de geïnterviewden een norm niet benoemen, terwijl deze norm wel in hun schrijfwijzer staat. De schrijfwijzers zijn namelijk te uitgebreid om alles te benoemen. De onderstaande normen zijn daarom niet representatief voor de schrijfwijzers van de ziekenhuizen. Ze geven enkel een beeld van de eerste normen waaraan de geïnterviewden denken.

De volgende aspecten worden door alle ziekenhuizen genoemd:

- Alleen de nodige informatie vermelden;
- Geen dubbele informatie geven;
- Op B1 niveau schrijven;
- Actief schrijven;
- Vaktermen uitleggen/vermijden; • Omslachtig taalgebruik vermijden;
- Vaste structuur gebruiken.

**Tabel 1**

*Voorbeelden van normen voor patiëntenfolders in ziekenhuis A, ziekenhuis B en ziekenhuis C*

Groepering		Tekstuele normen		
		Genoemd door geïnterviewden van ziekenhuis A	Genoemd door geïnterviewde van ziekenhuis B	Genoemd door geïnterviewde van ziekenhuis C
Inhoud	Informatie up to date	Ja	Nee	Nee
	Alleen de nodige informatie	Ja	Ja	Ja
	Geen dubbele informatie	Ja	Ja	Ja
	Kernboodschap eerst	Ja	Ja	Nee
Formulering	Eenduidig woordgebruik	Ja	Ja	Nee
	Getallen op een bepaalde manier schrijven	Ja	Nee	Nee
	B1	Ja	Ja	Ja
	Persoonlijk schrijven	Ja	Nee	Nee
	Actief schrijven	Ja	Ja	Ja
	Geen emoties invullen	Ja	Nee	Nee
	Geruststellende toon	Ja	Nee	Nee
	Vaktermen uitleggen	Ja	Ja	Ja
	Korte zinnen	Ja	Ja	Nee
	Omslachtig taalgebruik vermijden	Ja	Ja	Ja
	Één onderwerp per zin	Ja	Nee	Nee
	In de bullet points niet verwijzen naar de zin boven de opsomming	Ja	Nee	Nee
	Letterlijk taalgebruik	Nee	Ja	Nee
	Vermijd voorbehoud (bijvoorbeeld 'tenzij')	Nee	Nee	Ja

Vormgeving	Tekstblokken overal gelijk	Ja	Nee	Nee
	Vaker op een nieuwe regel beginnen	Ja	Nee	Nee
	Hoofdletters/punten in bullet points	Ja	Nee	Nee
	Introductietekst dikgedrukt	Ja	Nee	Nee
	Vaste structuur	Ja	Ja	Ja
Opbouw	Titel en subtitel duidelijk	Ja	Nee	Ja
	Kopjes gebruiken	Ja	Nee	Nee

---

### 5.1.2. Aandachtsgebied: Management van schrijfprocessen

Het aandachtsgebied Management van schrijfprocessen gaat over de manier waarop ziekenhuis A, B en C hun schrijfproces organiseren. Denk hierbij aan de afdelingen die patiëntenfolders schrijven en/of herschrijven en beheren. Niet alleen de patiëntenfolders, maar ook de rolverdeling van andere communicatiemiddelen zoals mails of brieven komt aan bod in dit aandachtsgebied.

Uit de interviews blijkt dat de ziekenhuis A, B en C allemaal een centrale afdeling hebben die patiëntenfolders herschrijft. Deze afdeling is de communicatieafdeling of de afdeling Patiëntenvoorlichting. De afdeling communicatie of Patiëntenvoorlichting herschrijft niet alleen de patiëntenfolders, maar beheert deze ook. Deze afdeling houdt bij wie de eigenaren zijn van de folders. De wijzigingen in folders gaan altijd via de eigenaren.

De eerste stap in het schrijfproces is dat de zorgprofessionals van ziekenhuis A, B en C de folders schrijven. Vervolgens geeft de communicatieafdeling feedback op de folders. In ziekenhuis A heeft de communicatieafdeling de volgende aanpak om patiëntenfolders te hertalen: eerst 'boven de tekst hangen' en kijken wat het doel en de boodschap is, dan structureren en vervolgens herschrijven op alinea-niveau, zinsniveau en woordniveau. Bij ziekenhuis A doet de communicatieafdeling ook structureel aan 'tegenlezen', wat betekent dat meerdere communicatieprofessionals kijken naar één folder. Hierdoor kijken de herschrijvers met een frisse blik naar de folders.

*“En die laat ik dan bijvoorbeeld door \*naam collega\* tegenlezen. Nou die heeft dan commentaar, dan verwerk ik het commentaar en dan gaat het naar de opdrachtgever.” (Interview met contentspecialist & verantwoordelijke voor het beheer van patiënteninformatie, ziekenhuis A)*

Als de afdeling communicatie of Patiëntenvoorlichting feedback heeft gegeven, overleggen de communicatie- en zorgprofessionals welke aspecten wel en niet worden aangepast in de folders. Soms hebben zij discussie over de inhoud of formulering van de folders. Meestal gaan deze discussies over het gebruik van vaktermen. Ziekenhuis A, B en C gaan hier op twee manieren mee om: 1) ze halen de moeilijke woorden uit de folders, 2) ze leggen de moeilijke woorden uit.

Redenen om vaktermen in de patiëntenfolder te laten staan zijn: -

De patiënt is bekend geraakt met een term;

- De patiënt zoekt op een term in een schriftelijke afspraak.

*“En we gaan ook wel de discussie aan met artsen: ‘Vind je het echt essentieel dat dit moeilijke woord benut wordt?’ Nou, soms is daar een hele goeie reden voor, mensen zoeken dat op. Of soms staat iets ook op die manier in de afspraak. Nouja dan wil je daar ook niet verdere verwarring over hebben. Dus dan moeten we dat gewoon goed uitleggen.” (Interview met senior communicatieadviseur en projectmanager, ziekenhuis A)*

*“En wat je ook ziet bij mensen die moeite hebben met lezen en schrijven bijvoorbeeld, is dat ze zich wel woorden eigen maken.*

*Bijvoorbeeld als jij diabetespatiënt wordt, kan je het altijd wel hebben over suikerziekte. Maar na een tijdje weten ze echt wel dat ze diabetes hebben.” (Interview met senior communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

In de drie ziekenhuizen is de mening van de zorgprofessional over de inhoud van de patiëntenfolder doorslaggevend. De communicatieprofessionals bepalen de toon en de vorm van de folders. Daarmee ligt de nadruk in ziekenhuis, A, B en C vooral op herschrijven en minder op beter schrijven op de werkvloer.

*“Maar wij zijn degenen die dat toepassen, dus daar doen zij eigenlijk verder niks mee. Het is vooral de bedoeling dat zij snappen wat wij doen.”*

*(Interview met contentspecialist, ziekenhuis A)*

*“Zij moeten gewoon het medische inhoudelijke verhaal of zorginhoudelijke verhaal, in ieder geval wat ze kwijt willen in die folder, wat de bedoeling is dat er gecommuniceerd wordt, dat ze dat opschrijven. En wij gaan wel*

*zorgen dat het niet te ingewikkeld is.” (Interview met senior communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

Naast de rol om folders te herschrijven, geven de communicatieafdelingen advies op aanvraag en/of hebben zij een voorlichtingsfunctie bij andere communicatiemiddelen. Zo geeft ziekenhuis A advies om een goed nieuws bericht op te stellen en helpt dit ziekenhuis bij brieven of mails als zorgprofessionals hierom vragen. Maar de communicatieafdeling van ziekenhuis A heeft niet altijd zicht op de communicatie van de arts met de patiënt, bijvoorbeeld op brieven in het patiëntenportaal.

*“Wat we wel doen is mensen heel erg helpen in de zin van hoe communiceer je binnen je eigen unit of hoe kun je een goed nieuws bericht opstellen? Dus dan faciliteren we ze meer.” (Interview met manager marketing & communicatie, ziekenhuis A)*

*“Wij hebben als communicatieafdeling ook echt nog niet overal invloed op. Dus dat is een kwestie van lange adem. En we zijn nu bezig met zeg maar de basis, onze wat vroeger folders waren, om dat nu op de website beter te doen. Maar we hebben een online patiëntenportaal, er gaan allemaal brieven naar patiënten, ja daar hebben wij ook niet altijd zicht op.” (Interview met senior communicatieadviseur en projectleider, ziekenhuis A)*

De geïnterviewde van ziekenhuis B geeft aan dat haar afdeling een voorlichtingsfunctie heeft, maar dat deze afdeling in de praktijk pas later in beeld komt. Meestal gaan zorgprofessionals schrijven en vragen zij pas hulp aan de communicatieafdeling als ze deze teksten gepubliceerd willen krijgen.

*“Het mooiste zou zijn natuurlijk als zij vooraf contact met ons zoeken en dat proberen we ook wel te promoten. Maar het is een grote organisatie waarbij prioriteiten vaak anders liggen. Proberen we ze daar wel vooraf te informeren en dan ook met name te letten op de schrijfstijl, begrijpelijkheid en ja ook te kijken van in hoeverre is deze informatie nodig.”*

*Om zich dus bewust te zijn van waarom en hoe je patiënteninformatie maakt.” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

Ziekenhuis A heeft geen formats voor e-mails of het berichten in het patiëntenportaal opgesteld, maar ziekenhuis B en C wel. Bij ziekenhuis C heeft de communicatieafdeling de teksten van de brieven naar patiënten vereenvoudigd. Als valkuil geeft ziekenhuis C hierbij aan dat de zorgafdelingen de tekst in deze lege velden soms ingewikkeld invullen. Zo schrijven ze bijvoorbeeld ‘u wordt gezien door dokter Janssen’ in plaats van ‘bij dokter Janssen’.

*“We hebben brieven die komen uit een standaard systeem. Patiënteninformatiedossier. Daar komen ook brieven uit. Daar zitten standaardteksten in, die hebben wij eenvoudig gemaakt. Maar er zitten ook tekstvelden in die afdelingen zelf kunnen vullen. En in principe doen ze dat wel zelf. Dus dat checken we ook niet. Maar als ze het vragen, kijken we er wel naar.” (Interview met senior communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

Als het gaat om het beheer van de patiëntenfolders, zorgen ziekenhuis A, B en C dat er zo min mogelijk dubbele folders zijn. Soms kan een vergelijkbare folder samengevoegd worden met een andere folder. Daarnaast kijken de ziekenhuizen of de folders inhoudelijk op elkaar aansluiten.

*“Ik controleer ook altijd wel van god kloppen de links, hier staat dit en in een andere folder staat dat, klopt dat wel? Je hebt ook, het is best wel een controlefunctie want als er een nieuwe folder wordt aangevraagd, dat gebeurt dan ook via mailadres, dan check ik ook altijd eventjes van god komt die folder, is die al vaker voorgekomen? Want het kan natuurlijk dat die folder vervallen is.” (Interview met contentspecialist & verantwoordelijke voor het beheer van patiënteninformatie, ziekenhuis A)*

*“Op het moment dat er dus een folder zich voordoet van deze moet herzien worden, dan kijken we ook meteen van is er een vergelijkbare folder, kunnen we die samenvoegen, hoe zien beide locaties het? Zijn ze het eens*

*met de inhoud?” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

Bovendien koppelt ziekenhuis A de patiëntenfolders aan het patiëntenportaal. Bij ziekenhuis B en ziekenhuis C is dit proces nog in ontwikkeling. Ziekenhuis C geeft aan dat de specialismen/afdelingen eerst leidend waren in de organisatiestructuur, terwijl de zorgpaden nu steeds meer leidend worden. Een patiënt komt namelijk vaak terecht op verschillende afdelingen achter elkaar. Door het zorgpad van de patiënt leidend te maken, is het mogelijk om de communicatie langs zo'n pad beter op elkaar af te stemmen. Zo weten afdelingen beter van elkaar wanneer ze bepaalde informatie geven aan de patiënt.

*“In het patiëntenportaal kan er wel direct gelinkt worden naar deze informatie dus het kan, in het patiëntenportaal kunnen patiënten wel een opdracht krijgen van ‘Goh lees deze informatie en dan linkje klik’. Bijvoorbeeld hoe patiënten zich moeten voorbereiden op een operatie en dan krijgen ze daar een melding van in het patiëntenportaal.” (Interview met contentspecialist, ziekenhuis A)*

*“Daar zijn we heel erg mee bezig om dat te kijken hoe dat in te richten is. Ja, dat zijn allemaal dingen die op dit moment, projecten die lopen vanuit afdeling communicatie en de ICT en de websitebeheer en het portaalbeheer.” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)* *“Dus het wordt nu ook veel meer digitaal ondersteund zeg maar, dat je op die manier kan gaan denken. Dus dat is wel de grote verandering. Dus die losse folders, die gaan straks allemaal aan een soort ketting hangen, weet je wel. Van hier begint de patiënt en aan die ketting, dat pad, daar komen allemaal brokjes informatie aan te hangen.” (Interview met senior communicatieadviseur, ziekenhuis C)*



### 5.1.3. Aandachtsgebied: Middelenmanagement

Het aandachtsgebied Middelenmanagement gaat over de informatiebronnen die in ziekenhuis A, B en C aanwezig zijn. Denk hierbij aan externe en interne informatiebronnen. Externe informatiebronnen zijn bijvoorbeeld websites die tips geven over taal en samenwerkingen met organisaties voor informatie. Interne informatiebronnen zijn bijvoorbeeld schrijfwijzers en trainingen binnen de ziekenhuizen. Binnen deze trainingen maak ik onderscheid in trainingen die de communicatieafdelingen geven/en of hebben gevolgd en trainingen die ziekenhuisbreed worden gegeven.

De aandacht voor de verbetering van tekstkwaliteit is onder andere terug te zien in de trainingen die een ziekenhuis aanbiedt. Daarom is deze informatie meegenomen onder het aandachtsgebied Middelenmanagement in plaats van onder het aandachtsgebied Leiderschap. De nadruk lag in dit onderzoek vooral op de aandacht die ziekenhuisbreed wordt besteed aan de verbetering van tekstkwaliteit en minder op de rol van managers hierin.

Ziekenhuis A, B en C maken gebruik van verschillende externe informatiebronnen. Een website die de drie ziekenhuizen gebruiken is ishetb1.nl. Ziekenhuis A kijkt ook naar voorbeelden van Taalgenootschap, andere ziekenhuizen en patiëntenverenigingen. Daarnaast werken ziekenhuis A, B en C samen met verschillende organisaties voor hun informatie. Ziekenhuis A werkt bijvoorbeeld samen met Thuisarts, Pharos en andere ziekenhuizen. Ziekenhuis A integreert de informatie van Thuisarts in de eigen informatie over aandoeningen. Ziekenhuis B maakt waar mogelijk gebruik van de beschikbare informatie van beroepsverenigingen. Voor de beschrijvingen van aandoeningen is er bijvoorbeeld algemene informatie beschikbaar, maar specifieke behandelingen of onderzoeken in het ziekenhuis hebben vaak eigen informatie nodig. Ziekenhuis C werkt net als ziekenhuis A samen met Pharos. Bovendien maken sommige zorgafdelingen van ziekenhuis C gebruik van informatie van de Hartstichting of de Nierstichting.

*“Cardiologie gebruikt ook materialen die de Hartstichting heeft gemaakt.*

*Er worden materialen van de Nierstichting gebruikt. Dus weet je die stichtingen maken ook goed materiaal. Maar dat wordt naast ons of in*

*plaats van dan maken wij iets niet.” (Interview met senior  
communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

Ziekenhuis A, B en C hebben verschillende interne informatiebronnen, waaronder schrijfwijzers. Elk ziekenhuis heeft een eigen schrijfwijzer. De schrijfwijzers van ziekenhuis A, B en C komen grotendeels overeen. Zo staat er in alle drie de schrijfwijzers dat je het doel en de doelgroep bepaalt voordat je begint met schrijven en ook al de vragen van de lezers vaststelt. Daarnaast noemen alle schrijfwijzers de structuur van de tekst. Het gebruik van tussenkopjes is bijvoorbeeld een manier om een tekst te structureren. Ook korte en actieve zinnen komen terug in elke schrijfwijzer.

Als het gaat om woordkeuze noemen de schrijfwijzers de volgende tips: gebruik alledaagse woorden, leg moeilijke woorden uit en gebruik telkens hetzelfde woord voor dezelfde dingen. Een verschil tussen de schrijfwijzers is de aandacht voor de opmaak van teksten. De schrijfwijzer van ziekenhuis A heeft bijvoorbeeld meer regels voor het lettertype dan de andere schrijfwijzers, aangezien deze schrijfwijzer geschreven is met het oog op mensen met lage taalvaardigheden. Een ander verschil is dat ziekenhuis A en ziekenhuis C regels over de naamgeving binnen hun ziekenhuis hebben opgenomen in de schrijfwijzer/in een aanvullende schrijfwijzer. In de schrijfwijzer van ziekenhuis B staan deze regels niet.

De schrijfwijzers zijn grotendeels gebaseerd op de trainingen die de ziekenhuizen hebben gevolgd. In ziekenhuis B en C hebben de communicatieafdelingen een training gevolgd in schrijven op B1 niveau. De training die ziekenhuis A heeft gevolgd is van Taal voor allemaal. Deze basistraining bestond uit twee sessies. In de training kwamen de schrijfafspraken aan bod en kreeg de communicatieafdeling tips om eenvoudig te schrijven. Vervolgens heeft een selecter groepje van zes of zeven communicatieprofessionals een training gevolgd over testmethodes voor patiënteninformatie en over de toepassing van beeldmateriaal.

*“Iedereen heeft een soort basistraining gehad waarin die schrijfafspraken eigenlijk ook gewoon allemaal aan bod zijn gekomen, dus iedereen is toen een beetje met de neus op de feiten gedrukt van oke je denkt misschien dat je al eenvoudig schrijft, maar het kan echt nog een stapje eenvoudiger,*

*misschien nog wel een stapje eenvoudiger.” (Interview met contentspecialist, ziekenhuis A)*

De communicatieafdelingen hebben wel trainingen gevolgd, maar bieden geen training aan aan schrijvende professionals. Wel zijn ziekenhuis A en B van plan om de zorgafdelingen meer te betrekken bij schrijven in eenvoudige taal. Hierover hebben de ziekenhuizen verschillende ideeën. Ziekenhuis B denkt aan een programma dat zorgprofessionals helpt om folders, brieven en wetenschappelijke verslagen in B1 te krijgen. Ziekenhuis A heeft als idee om trainingen te geven aan de afdelingen, maar is er nog niet uit wie deze trainingen gaat geven. Daarnaast geeft ziekenhuis A aan dat het belangrijk is om maatwerk te bieden, omdat veel afdelingen al bepaalde tools/methodieken hebben om hun patiëntengroep te informeren. De communicatieafdeling werkt samen met de afdeling Kwaliteit en Verbetering om het gedachtegoed van Taal voor allemaal in verschillende soorten communicatie terug te laten komen.

*“Het streven is wel om steeds meer mensen daarvoor in aanmerking te laten komen. Er wordt ook gedacht aan, ik ben even kwijt hoe dat nou heet. Van die, van die programma’s die je kan koppelen aan Word bijvoorbeeld die je tekst eigenlijk doorloopt op eenvoudig Nederlands, op moeilijke termen of op lange zinnen. En eigenlijk je B1 vertaling als het ware een soort voorkauwt voor je.” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

*“Je kunt je voorstellen dat als je wilt dat het op termijn gewoon veel meer ook van de afdelingen wordt, dan zul je hen wel meer moeten trainen. Maar de vraag is of wij dat moeten doen of dat we dat op een andere manier moeten doen, bijvoorbeeld met onze collega’s. Daar zijn we nog niet uit. En het is natuurlijk niet zo dat afdelingen überhaupt niet met hun patiëntcommunicatie bezig zijn. Dus in heel veel RFE’s [afdelingen binnen het ziekenhuis] wordt er goed over nagedacht en hebben ze ook wel bepaalde methodieken ontwikkeld om juist hun patiëntgroep goed te*

*informereren. Als jij een RFE [afdeling binnen het ziekenhuis] bent van bijvoorbeeld meer dan de helft van je mensen is van niet-westerse achtergrond, ja dan heb je daar al tools voor. Want dat kom je elke dag tegen.” (Interview met manager marketing & communicatie, ziekenhuis A)*

*“Hoe draag je het gedachtegoed van Taal voor Allemaal ook in huis uit? Want patiëntencommunicatie is natuurlijk meer dan de papieren communicatie waar wij ons nu mee bemoeien. En de communicatie in de spreekkamer, en wat er in de interactie gebeurt, ja daar zijn we natuurlijk niet bij. Dus daar wil je eigenlijk ook nog wel wat stappen zetten, maar goed dat doen we ook niet alleen hoor. We hebben ook een afdeling Kwaliteit en Verbetering die daar heel druk mee bezig is.” (Interview met Manager marketing & communicatie, ziekenhuis A)*

Ziekenhuis A, B en C hebben binnen het ziekenhuis groepen die vaardigheidstrainingen of cursussen aanbieden. Zo heeft ziekenhuis A het Leerhuis dat taaltrainingen en schrijftrainingen geeft. Daarnaast werkt het ziekenhuis met Good Habits, een online cursusprogramma. De cursussen uit dit programma zijn niet verplicht om te volgen.

*“Dat is zo’n onlinecursusprogramma. En daar heb je bijvoorbeeld ook bij hoe je goed Nederlands schrijft, hoe je goede e-mails schrijft en dat soort dingen. Dus ja, daar verwijzen we natuurlijk ook allemaal wel naar, maar of iemand dat gaat doen, dat weet ik niet.” (Interview met contentspecialist & verantwoordelijke voor het beheer van patiënteninformatie, ziekenhuis A)*

Ziekenhuis B heeft een werkgroep die zich bezighoudt met gezondheidsvaardigheden en die regelmatig aandacht vraagt voor eenvoudig schrijven. Deze werkgroep heet het Taalpunt. Deze werkgroep probeert werknemers bewust te maken van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden door op intranet te publiceren en trainingen aan te bieden in eenvoudig schrijven. Daarnaast organiseert de werkgroep in de week van Lezen en Schrijven activiteiten voor medewerkers.

Op de website van ziekenhuis C staat dat dit ziekenhuis vaardigheidstrainingen aanbiedt via

\*ziekenhuis C\* Academie. Deze vaardigheidstrainingen zijn te vinden in de digitale leeromgeving van ziekenhuis C. Alle medewerkers van het ziekenhuis kunnen hier gebruik van maken.

#### 5.1.4. Aandachtsgebied: Ondernemingsresultaat

Onder het aandachtsgebied Ondernemingsresultaat vallen de kosten en opbrengsten van tekstkwaliteit. Wat betreft de opbrengsten geeft ziekenhuis A in de visie aan dat heldere communicatie bijdraagt aan de positieve beleving van het ziekenhuis. Andersom geredeneerd leidt slechte voorlichting tot verwarring en uiteindelijk tot een afname van het vertrouwen in de zorg.

*“Als je slechte voorlichting geeft, als daar verwarring in ontstaat of he, dan vergroot dat de onzekerheid en heb je dus een negatievere ervaring, een negatievere beleving. Het vertrouwen in de zorg neemt dan ook af.”*  
*(Interview met senior communicatieadviseur en projectleider, ziekenhuis A)*

Wat betreft de kosten zijn er arbeidskosten om de patiëntenfolders te herschrijven. Zo zijn in ziekenhuis A qua uren dubbel zoveel mensen als voor het herschrijfproject bezig om de patiëntenfolders naar eenvoudige taal te brengen. Daarnaast geeft ziekenhuis B aan dat een klein deel van de folders is herschreven, omdat er nog geen tijd is geweest om alle folders te herschrijven. Tijd speelt ook een rol in ziekenhuis C.

*“Ja, ik denk dat waar in het verleden twee mensen van onze afdeling voornamelijk met patiëntcommunicatie bezig waren, dat het nu veel meer in de groep ligt. En dat daar misschien wel twee keer zoveel mensen mee bezig zijn op dit moment, qua uren.”* *(Interview met manager marketing & communicatie, ziekenhuis A)*

*“Ja, de ideeën en de plannen zijn er wel en we weten allemaal hoe het moet, hoe het beter zou kunnen dus, alleen het is zo groot, veelomvattend, dat het heel veel tijd gaat kosten wil je het helemaal op orde krijgen.”*  
*(Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

*“Ja wat ik jammer vind is dat we waarschijnlijk, dat we beetje langzaam door al die folders heengaan. Dus we hebben 1900 folders. Er zitten ongetwijfeld nog heel veel folders bij die nog onder handen moeten worden genomen. Dat weet ik zeker. Dat vind ik jammer. Maar ja goed,*

*dat is een tijds kwestie zeg maar.” (Interview met senior  
communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

### 5.1.5. Aandachtsgebied: Waardering door het personeel

Onder 'Waardering door het personeel' versta ik in het specifiek de waardering van de geïnterviewden van de tekstkwaliteit. Wat betreft deze waardering kwam er een aantal punten naar voren over het tekstbeleid en de uitvoering ervan. Zo gaf ziekenhuis A aan dat patiënteninformatie schrijven een complexe taak is. Het gaat niet om mooi schrijven, maar om begrijpelijk schrijven. Daarnaast is het beleid dat ziekenhuis A heeft opgesteld het startpunt van begrijpelijke teksten. De communicatieafdeling heeft namelijk geen zicht op elke tekst die wordt geschreven. Teksten die bijvoorbeeld tussen zorgverleners zijn geschreven, zijn ook zichtbaar voor patiënten, maar bevatten nog wel moeilijke woorden.

*“Over het proces hebben we gewoon heel veel geleerd in de zin van je ambities niet zo hoog stellen. Dit is toch wel een vak apart, laat ik het zo zeggen. Iemand die hier waanzinnige mooie interviews schrijft, is niet per definitie iemand die hele mooie patiënteninformatie schrijft. Want je moet namelijk niet mooi schrijven. Dat is het allergrootste leerpunt: mooi schrijven moet je afschaffen. Je moet goed schrijven. Helder schrijven. Duidelijk schrijven. En dat is niet per definitie mooi.” (Interview met manager marketing & communicatie, ziekenhuis A)*

*“Nou ik denk dat we eigenlijk nog steeds aan het begin staan hiervan. Kijk, ja ik denk dat het beleid op zich goed is, maar dat het natuurlijk nog lang niet over wordt toegepast.” (Interview met senior communicatieadviseur en projectleider, ziekenhuis A)*

Ook ziekenhuis B geeft aan dat het beleid goed is, maar de uitvoering ervan nog niet optimaal is. Ondanks dat dit ziekenhuis veel aandacht besteedt aan laaggeletterdheid en aan gezondheidsvaardigheden, is het toch arbeidsintensief om alle teksten hierop aan te passen.

*“Ja, het beleid is goed. Alleen de uitvoering is nog niet voldoende, omdat tijd en geld. Dat is het punt. Dat vind ik jammer. Gezondheidsvaardigheden is natuurlijk een groot onderwerp in de zorg, ook binnen ons ziekenhuis wordt het heel erg erkend als van hier moeten we aandacht voor hebben.”*



*En laaggeletterdheid. Dat heeft natuurlijk overlap. Maar in de praktijk is het dan toch als je het goed wilt doen, dat is heel arbeidsintensief. En dat werkt gewoon nog niet.” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

Ziekenhuis C geeft aan dat de schrijfwijzer goed wordt bijgehouden. Wel verschilt de invulling van het begrip ‘B1 niveau’ per persoon. Uiteindelijk moeten de schrijvers zelf aanvoelen of hun teksten op dit niveau zitten of niet. Daar hebben ze discussies over, waardoor ze elkaar ook scherp houden.

*“Daar hebben we dan ook wat discussies over met elkaar. Dan zeggen we ‘Nou die intro had ik anders zo geschreven’ of ‘Waarom laat je dat woord staan?’, of zoiets he. Dus daar hebben we dan discussies over. Dat is wel goed, want zo houd je elkaar ook een beetje scherp. Want voordat je het weet dwaal je weer een beetje af van je B1 niveau.” (Interview met senior communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

### 5.1.6. Aandachtsgebied: Waardering door de klanten

Het aandachtsgebied Waardering door de klanten gaat over de opvattingen van patiënten over de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C. Om deze opvattingen te achterhalen, is gebruikersonderzoek van belang. Met gebruikersonderzoek testen de ziekenhuizen hun teksten bij patiënten.

Ziekenhuis A heeft als enige van de drie ziekenhuizen patiëntenfolders getest bij patiënten. Deze patiëntenfolders kwamen van de afdeling Urologie. Om een aantal van deze patiëntenfolders te testen, maakte ziekenhuis A gebruik van een methode van Taal voor allemaal. Deze methode bestond uit kaartjes met woorden die de participant diende te categoriseren op het juiste onderwerp. De oefening leverde nuttige informatie op, maar kostte het ziekenhuis veel voorbereidingstijd. Daarom zoekt het ziekenhuis naar een methode die minder arbeidsintensief is en toepasbaar is op verschillende teksten. Opties zijn bijvoorbeeld hardoplezen/hardopdenken of de plus-min-methode.

*“Maar er moet een manier komen, ja, waardoor we gewoon op een makkelijke manier veel informatie over, ja, dat je gewoon een manier hebt die je op verschillende teksten kunt toepassen, bijvoorbeeld hardoplezen of hardopdenken, de plus-min-methode, dat zijn wel, ja onderzoeksmethoden die ik al in de groep heb gegooid waarvan ik denk nou volgens mij levert dat plus een aantal andere vragen al heel veel informatie voor ons op.”*

*(Interview met contentspecialist, ziekenhuis A)*

Daarnaast heeft ziekenhuis A patiënten bij het herschrijfproject betrokken met een klankbordgroep. Deze klankbordgroep zette het ziekenhuis vooral in het begin van het herschrijfproject in. Het nadeel van deze klankbordgroep is dat de groep patiënten niet representatief is voor de populatie patiënten van ziekenhuis A. Daarom is het nodig om het ziekenhuis in te gaan om de folders goed te kunnen testen.

*“Je kunt je plannen wel voorleggen aan hen en dan reageren zij daarop nou die input is natuurlijk fijn, maar uiteindelijk wisten we ook vrij snel daarna van nou dit is, wij moeten gewoon het ziekenhuis in om echt te weten wat patiënten, wat onze patiënten van de teksten vinden.”*

*(Interview met contentspecialist, ziekenhuis A)*

Bovendien controleert ziekenhuis A tijdens het herschrijftraject of bepaalde folders vragen oproepen. De communicatieafdeling herschrijft de patiëntenfolders namelijk per afdeling. Aan deze afdelingen wordt gevraagd of bepaalde folders leidden tot onduidelijkheid. Als dit het geval is, legt het ziekenhuis deze specifieke folders voor aan patiënten.

*“Je hebt van die teksten die vaak moeilijkheden opleveren, dat, weet je dan, staat er duidelijk van ‘Je moet nuchter komen’ en dan komen mensen niet nuchter. Hoe kan dat nou? Weet je, en dan vragen we wel van nou als er dat soort teksten zijn, die gaan we dan gewoon testen.” (Interview met contentspecialist & verantwoordelijke voor het beheer van patiënteninformatie, ziekenhuis A)*

Tot slot hebben taalambassadeurs een aantal jaar geleden folders van ziekenhuis A beoordeeld. Deze taalambassadeurs lazen de folders voor. De vragen in de introductie van de folders bleken te zorgen voor onduidelijkheid, omdat deze zonder intonatie werden gelezen. Daarom heeft het ziekenhuis besloten de vragen uit de folders te halen. In de toekomst is ziekenhuis A van plan om op de website meer directe respons te vragen. Zo bereikt het ziekenhuis de patiënten uit de daadwerkelijke doelgroep en kunnen de patiënten aangeven of ze alle informatie hebben gevonden en begrepen hebben.

*“Dus we hopen dat we straks ook wel op de website wat meer direct respons kunnen actief kunnen uitvragen. Dat je een pop-up ofzo ‘Heeft u gevonden wat u (...)?’ of ‘Was deze informatie voor u helder/waar zou het verbeterd kunnen worden?’ dat soort, dus dat je het op die manier real time doet. Dan heb je denk ik meer relevantie voor de persoon die leest.” (Interview met manager marketing & communicatie, ziekenhuis A)*

Ziekenhuis B doet (nog) geen gebruikersonderzoek voor patiëntenfolders, maar heeft hier wel plannen voor. Momenteel krijgen patiënten een enquête thuisgestuurd als ze een zorgtraject in dit ziekenhuis hebben doorlopen. In deze enquête vraagt ziekenhuis B naar de ervaring van de patiënt. De patiënt krijgt vragen zoals ‘Hoe beviel uw afspraak?’, ‘Heeft u lang op uw afspraak moeten wachten?’ en ‘Duurde het lang voordat u ons telefonisch te

pakken kon krijgen?'. Het plan is om de patiëntenfolders ook op die manier aan patiënten voor te leggen om te kijken of deze begrijpelijk zijn.

*“Je moet wel een beetje mensen hebben die in die situatie (...) en ook uit alle lagen van de bevolking, dat wil je ook weten hoe komt een tekst over.*

*Naja niet alleen je tekst, maar hoe beleven mensen het en wat kan je daaraan doen om dat te verbeteren?” (Interview met verantwoordelijke voor beheer en de tekstredactie van schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ziekenhuis B)*

Ziekenhuis C doet zelf geen gebruikersonderzoek voor patiëntenfolders, maar werkt wel samen met Pharos. Deze organisatie heeft de mogelijkheid om materiaal te testen bij patiënten. Daarnaast geeft ziekenhuis C aan dat er een mogelijkheid is om de folders aan te passen als de zorgafdelingen aangeven dat patiënten deze onduidelijk vinden.

*“We kunnen wel als de zorg, want die krijgt eigenlijk de feedback he, als ze merken dat mensen niet hebben begrepen, of dat ze het moeilijk vonden of iets. Dan kunnen we op aanreiken van de zorg, zouden we een folder kunnen aanpassen.” (Interview met senior communicatieadviseur, ziekenhuis C)*

Om meer inzicht te krijgen in gebruikersonderzoek, heb ik een online testsessie van patiëntenfolders bijgewoond. Een medewerker van Pharos leidde deze testsessie. De medewerker vroeg aan de participant om telkens een tekstdeel uit de folder van de afdeling Urologie voor te lezen. Daarna mocht de participant in eigen woorden uitleggen wat hij zojuist had gelezen. Ook kon hij aangeven of de patiëntenfolder moeilijke woorden bevatte en of hij voor deze woorden alternatieven kon verzinnen.

Uit de testsessie kwamen de volgende aspecten naar voren die een patiëntenfolder duidelijker maken:

- Vetgedrukte woorden: deze woorden vallen meteen op;
- Rechte letters: een schuin lettertype leest anders;

- Een voorleesfunctie: moeilijke woorden zijn beter te begrijpen als deze worden uitgesproken. De participant van de testsessie begreep de betekenis van het woord 'patiëntenregistratie' bijvoorbeeld sneller als dit woord werd uitgesproken dan als hij het las;
- Uitleg bij vaktermen als deze voor het eerst worden genoemd;
- Afbeeldingen: tekst en afbeeldingen vullen elkaar aan volgens de participant. De participant gaf aan dat lezers een beeld kunnen vormen van wat hen te wachten staat in het ziekenhuis als zij afbeeldingen in een folder zien;
- Medicijnen verduidelijken met plaatjes: de participant van de testsessie gaf aan dat hij medicijnen sneller herkent als de patiëntenfolder niet alleen de naam van de medicijnen noemt, maar deze ook weergeeft in plaatjes;
- Zo min mogelijk moeilijke woorden vooraan de zin;
- Als er in een folder staat dat de patiënt een afdeling moet bellen, plaats hier dan direct een telefoonnummer bij;
- Bij tijden een klokje toevoegen of opschrijven hoe je het zegt: half 2 is duidelijker dan 13.30;
- Concreet zijn: schrijf niet 'drink daarom twee glazen water **in de uren voor** de ingreep', maar schrijf 'drink daarom twee glazen water **twee uur voor** de ingreep'.

De testsessie leverde nuttige inzichten op. De participant noemde verschillende knelpunten van en verbetermogelijkheden voor de folder. Door telkens door te vragen op moeilijke woorden en de participant zelf uitleg te laten geven, komen veel tekstproblemen boven water.

## 5.2. Resultaten deelonderzoek 2: Handmatige corpusanalyse

### 5.2.1. Vergelijking tussen oude en nieuwe teksten ziekenhuis A

In tabel 2, 3, 4 en 5 is voor de verschillende dimensies per criterium weergegeven of dit onvoldoende/voldoende is gebleven, is verbeterd of is verslechterd bij ziekenhuis A.

Allereerst beschrijf ik de criteria die zijn verbeterd, vervolgens die voldoende zijn gebleven en tot slot die nog onvoldoende zijn of zijn verslechterd.

Zoals in tabel 2 te zien is, zijn vier criteria van 'Inhoud' verbeterd: 'kernboodschap', 'vragen beantwoord', 'relevantie informatie' en 'samenvatting'. Vaak zijn de criteria 'kernboodschap', 'vragen beantwoord' en 'relevantie informatie' aan elkaar gerelateerd: als een tekst de juiste hoeveelheid informatie bevat, is de kernboodschap van de tekst duidelijker. Bij twee folders is het criterium 'vragen beantwoord' onvoldoende gebleven. Zo geeft een folder van de afdeling Bloedafname informatie over urineonderzoek, maar geeft daarbij niet aan hoelang het duurt voordat de patiënt de uitslag van het onderzoek ontvangt.

De samenvattingen zijn in tien nieuwe folders verbeterd. Anders dan in de oude folders komen in deze samenvattingen de belangrijkste punten uit de tekst terug en staat er uitleg over de betrokkenheid van een afdeling bij een aandoening (bijvoorbeeld: 'ergotherapie kan helpen'). Waar de eerste alinea van de oude folders meer een introductie was, is de eerste alinea van de nieuwe folders een soort samenvatting. Het verschil tussen een introductie en een samenvatting is dat een samenvatting een aantal kernpunten van de folder noemt en niet alleen de aandacht van de lezer trekt of uitlegt waar de folder over gaat.

Naast de verbeteringen zijn er drie criteria voldoende gebleven en is één criterium in meerdere folders 'verslechterd'. De criteria die voldoende zijn gebleven, zijn 'toepasselijkheid informatie', 'functie in klantreis' en 'contactpersoon meer informatie'. Het criterium dat is verslechterd in vier folders, is 'specifieke link'. In deze folders is geen specifieke link voor meer informatie gegeven. Echter, het is geen probleem dat er een

specifieke link ontbreekt. Als de tekst al voldoende informatie geeft, is een dergelijke link namelijk niet nodig.

## Tabel 2

*Vergelijking tussen dertien paren van oude en nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A. Resultaten zijn weergegeven per criterium voor de dimensie 'Inhoud': aantal paren waarbij het criterium onvoldoende is gebleven, voldoende is gebleven, is verbeterd en is verslechterd.*

Criteriaum	Onvoldoende gebleven	Voldoende gebleven	Verbeterd	Verslechterd	Sig.*
1: Kernboodschap	0	8	5	0	<b>.03</b>
2: Vragen beantwoord	2	6	5	0	<b>.03</b>
3: Relevantie informatie	0	5	7	1	<b>.07</b>
4: Toepasselijkheid informatie	0	11	2	0	.25
5: Functie in klantreis	0	12	1	0	.50
6: Specifieke link	2	5	2	4	.34
7: Contactpersoon meer informatie	0	13	0	0	N.v.t.
8: Samenvatting	1	2	10	0	<b>.001</b>

\*Eenzijdige toetsing, significant bij  $p < .10$ .

Zoals in tabel 3 te zien is, zijn vier criteria van 'Opbouw' verbeterd: bij '(onder)titel, 'indeling in alinea's', 'logische volgorde' en 'kopjes helder'. Een aantal folders is overzichtelijker ingedeeld in alinea's door bijvoorbeeld tekstvakken weg te halen als de tekst eigenlijk bij een opsomming hoort. De volgorde van zeven teksten is verbeterd door de informatie meer in blokjes op te delen, waardoor de informatie over een deelonderwerp op één plek bij elkaar staat.

Het criterium 'kopjes aanwezig' is voldoende gebleven in alle folders, maar deze kopjes zijn niet altijd helder. Zo is het criterium 'kopjes helder' onvoldoende gebleven bij vijf nieuwe folders.

**Tabel 3**

*Vergelijking tussen dertien paren van oude en nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A. Resultaten zijn weergegeven per criterium voor de dimensie 'Opbouw': aantal paren waarbij het criterium onvoldoende is gebleven, voldoende is gebleven, is verbeterd en is verslechterd.*

Criterion	Onvoldoende gebleven	Voldoende gebleven	Verbeterd	Verslechterd	Sig.*
9: (onder)titel	2	6	5	0	<b>.03</b>
10: indeling in alinea's	0	8	5	0	<b>.03</b>
11: 1 boodschap per alinea	1	8	3	1	.31
12: logische volgorde	2	4	7	0	<b>.01</b>
13: kopjes aanwezig	0	13	0	0	N.v.t.
14: kopjes helder	5	0	8	0	<b>.004</b>

\*Eenzijdige toetsing, significant bij  $p < .10$ .

Zoals in tabel 4 te zien is, zijn zes criteria van 'Vormgeving' verbeterd: 'lettertype: open a en g', 'rechte letters', 'één lettergrootte', 'woorden gezamenlijk', 'beelden nuttig' en 'beelden duidelijk'. Het lettertype van de nieuwe folders is aangepast naar een lettertype met een open a en een open g. Daarnaast zijn de schuine letters uit zes folders gehaald. Ook is de lettergrootte aangepast bij de folders. Waar de oude folders vaak twee lettergroottes hadden (de lead was groter dan de rest van de tekst), hebben de nieuwe folders maar één lettergrootte.

Vijf folders zijn verbeterd op het criterium 'woorden gezamenlijk'. De woorden die bij elkaar horen, staan bij elkaar in deze folders. Een voorbeeld hiervan is 'lichamelijke inspanning'. Het bijvoeglijk naamwoord 'lichamelijke' kan niet los staan van het zelfstandig naamwoord 'inspanning'. In acht folders is er nog verbetering mogelijk op dit criterium.



Naast het criterium 'woorden gezamenlijk' zijn de criteria 'beelden nuttig' en 'beelden duidelijk' verbeterd in de nieuwe folders. Dit betekent dat de beelden die in de oude folders de inhoud niet versterkten of onduidelijk waren, zijn weggehaald of zijn vervangen door betere beelden. Ook zijn er in de nieuwe folders nuttige en duidelijke beelden toegevoegd die er in de oude folders niet waren.

Acht criteria zijn voldoende gebleven en vijf criteria zijn onvoldoende gebleven. De volgende acht criteria zijn voldoende gebleven: 'schreefloos lettertype', 'één lettertype', 'regelafstand en lettergrootte', 'links uitlijnen', 'ongunstige vormgevingsaspecten', 'gunstige vormgevingsaspecten', 'zinnen onafgebroken' en 'adres brief'. De criteria die onvoldoende zijn gebleven, zijn 'regelafstand', 'nieuwe regel', 'ruime kantlijn', 'bijschriften beelden' en 'beelden aanwezig'.

Van de vijf criteria die onvoldoende zijn gebleven, zijn alleen 'ruime kantlijn' en 'bijschriften beelden' verbeterpunten. De kantlijn is nu smaller dan 2,5 centimeter en in de drie nieuwe folders met beelden staan geen bijschriften. 'Regelafstand' en 'nieuwe regel' vormen geen problemen voor de leesbaarheid. Zo was de regelafstand niet 1.15 of 1.2, maar paste deze wel bij de lettergrootte. In de nieuwe folders zijn zowel de letters als de regelafstand groter, waardoor de tekst leesbaar blijft. Daarnaast beginnen de zinnen niet telkens op een nieuwe regel in de nieuwe folders, maar dit gebeurt wel meer dan in de oude folders. Hierdoor zijn deelonderwerpen meer van elkaar gescheiden. Tot slot vormt het gebrek aan beelden geen probleem voor de begrijpelijkheid, als de tekst op zichzelf al duidelijk is.

**Tabel 4**

*Vergelijking tussen dertien paren van oude en nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A. Resultaten zijn weergegeven per criterium voor de dimensie 'Vormgeving': aantal paren waarbij het criterium onvoldoende is gebleven, voldoende is gebleven, is verbeterd en is verslechterd.*

Criterion	Onvoldoende Sig.* gebleven	Voldoende gebleven	Verbeterd	Verslechterd	
15: schreefloos lettertype	0	13	0	0	N.v.t.
16: lettertype: open a en g	0	0	13	0	<b>&lt;.001</b>
17: één lettertype	0	13	0	0	N.v.t.
18: rechte letters	1	6	6	0	<b>.02</b>
19: één lettergrootte	0	1	12	0	<b>&lt;.001</b>
20: regelafstand	13	0	0	0	N.v.t.
21: regelafstand en lettergrootte	0	13	0	0	N.v.t.
22: nieuwe regel	13	0	0	0	N.v.t.
23: zin op bladzijde**	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
24: links uitlijnen	0	13	0	0	N.v.t.
25: ruime kantlijn	13	0	0	0	N.v.t.
26: gunstige vormgevingsaspecten	0	13	0	0	N.v.t.
27: ongunstige vormgevingsaspecten	0	11	2	0	.25
28: hoofdstuk op bladzijde**	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
29: zinnen onafgebroken	0	13	0	0	N.v.t.

30: woorden gezamenlijk	8	0	5	0	<b>.03</b>
31: adres brief	0	13	0	0	N.v.t.
32: verder lezen**	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
33: paginanummers**	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
34: beelden aanwezig	7	2	1	3	.31
35: beelden nuttig***	0	1	5	0	<b>.03</b>
36: bijschriften beelden****	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
37: beelden duidelijk****	0	1	5	0	<b>.03</b>

---

\*Eenzijdige toetsing, significant bij  $p < .10$ .

\*\*Criteria 23, 28, 32 en 33 zijn niet van toepassing op de nieuwe folders, aangezien deze op een webpagina zijn weergegeven in plaats van als aparte pdf's. Hierdoor zijn er geen bladzijdes of paginanummers.

\*\*\*Criteria 35 en 37 bestaan niet uit 13 gevallen, maar uit 6. Dit betekent dat in zes nieuwe folders beelden zijn toegevoegd, weggehaald, verbeterd of voldoende bleven.

\*\*\*\*Criterium 36 is handmatig beschreven, aangezien bijschriften verbonden zijn met afbeeldingen. Daardoor is het aantal bijschriften ongelijk in oude en nieuwe folders.

Zoals in tabel 5 te zien is, zijn 3 criteria van 'Formulering' verbeterd: 'vaktermen + moeilijke begrippen uitgelegd', 'eenduidigheid woorden' en 'getallen in cijfers'. Vaktermen en moeilijke begrippen zijn verbeterd in twee gevallen: (1) als deze in de oude folder niet (expliciet) worden uitgelegd en in de nieuwe folder wel, (2) als deze in de oude folder niet (expliciet) worden uitgelegd en in de nieuwe folder eruit zijn gehaald.

De eenduidigheid van woorden is in zeven folders voldoende gebleven en in zes folders verbeterd. Deze zes folders zijn allemaal afkomstig van de afdeling Ergotherapie. In deze folders staan vaak de woorden 'mentaal' en 'geestelijk' samen of 'mentaal' en 'cognitief'. Daarnaast zijn er acht folders verbeterd op het criterium 'getallen in cijfers'. Een voorbeeld hiervan is 'er zijn twee soorten vermoeidheid' of 'er zijn 2 soorten vermoeidheid'.

De folders zijn voldoende gebleven op de volgende vier aspecten: 'Nederlandse woorden', 'vriendelijke toon', 'direct aanspreken' en 'berekeningen'. Ook 'afkortingen uitgelegd' was in tien oude folders al voldoende. Het woord 'niet' dikgedrukt maken is onvoldoende gebleven. Dikgedrukte letters zijn wel gebruikt om aan te geven wat belangrijk is, maar niet in het specifiek bij het woord 'niet'. Daarnaast is 'geruststellende toon' bij vier folders nog onvoldoende. Dit is niet per se negatief, aangezien deze toon bij het ene onderwerp mogelijk meer past dan bij het andere onderwerp.

**Tabel 5**

*Vergelijking tussen dertien paren van oude en nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A. Resultaten zijn weergegeven per criterium voor de dimensie 'Formulering': aantal paren waarbij het criterium onvoldoende is gebleven, voldoende is gebleven, is verbeterd en is verslechterd.*

Criterion	Onvoldoende gebleven	Voldoende gebleven	Verbeterd	Verslechterd	Sig.*
38: 'niet' dikgedrukt	13	0	0	0	N.v.t.
39: vaktermen + moeilijke begrippen uitgelegd	2	4	7	0	<b>.01</b>
40: afkortingen uitgelegd	0	10	3	0	.13
41: Nederlandse woorden	0	13	0	0	N.v.t.
42: eenduidigheid woorden	0	7	6	0	<b>.02</b>
43: vriendelijke toon	0	13	0	0	N.v.t.
44: geruststellende toon	4	7	1	1	.50
45: direct aanspreken	0	12	1	0	.50
46: getallen in cijfers	0	5	8	0	<b>.004</b>
47: berekeningen	0	12	1	0	.50

\*Eenzijdige toetsing, significant bij  $p < .10$ .

## 5.2.2. Vergelijking tussen nieuwe teksten van ziekenhuis A, B en C

### **Overeenkomsten: criteria voldoende**

Vooraf op de dimensie 'Vormgeving' zijn de nieuwe folders van ziekenhuis A en de folders van ziekenhuis B en C voldoende. Zo gebruiken de drie ziekenhuizen allen één lettertype, een schreefloos lettertype, één lettergrootte en alleen maar rechte letters. Daarnaast past de regelafstand die ziekenhuis A, B en C gebruiken bij de lettergrootte. Ook zijn de teksten links uitgelijnd en zijn de zinnen onafgebroken aan het eind van de regel. Bovendien maken de ziekenhuizen alleen maar gebruik van gunstige vormgevingsaspecten zoals dikgedrukte letters en opsommingstekens en niet van ongunstige vormgevingsaspecten zoals onderstrepen. Tot slot zijn de beelden die zijn gebruikt duidelijk en versterken deze de inhoud van de tekst.

Ook op de dimensie 'Inhoud' komen de ziekenhuizen overeen. Bij het merendeel van de folders is de kernboodschap helder, zijn de vragen beantwoord, is de informatie relevant en toepasselijk en is de functie in de klantreis duidelijk. Ook staat in elke folder een contactpersoon voor meer informatie.

Daarnaast zijn in alle folders kopjes aanwezig en heeft het merendeel van de folders een heldere titel (dimensie 'Opbouw'). Ook zijn vijf criteria van 'Formulering' voldoende. Zo zijn de afkortingen in het merendeel van de folders van ziekenhuis A, B en C afwezig dan wel uitgelegd. Daarnaast hebben alle folders een vriendelijke toon. De ziekenhuizen gebruiken bovendien alleen Nederlandse of bekende buitenlandse woorden, spreken de lezer direct aan en zorgen ervoor dat de lezer geen berekeningen uit hoeft te voeren.

### **Overeenkomsten: criteria onvoldoende**

Op vijf criteria zijn de nieuwe folders van ziekenhuis A en de folders van ziekenhuis B en C onvoldoende. Het eerste criterium is 'specifieke link' (dimensie 'Inhoud'). De helft van de folders van ziekenhuis A bevat een specifieke link en een enkele folder van ziekenhuis B en van ziekenhuis C. Het tweede criterium is 'kopjes helder' (dimensie 'Opbouw'). Op dit criterium is in de drie ziekenhuizen verbetering mogelijk: de kopjes zijn over het algemeen helder, maar kunnen nog specifieker worden gemaakt om de lading beter te dekken.

Het derde criterium is 'nieuwe regel' (dimensie 'Vormgeving'). In geen enkele folder staan alle zinnen op een nieuwe regel. Het vierde criterium is 'woorden gezamenlijk' (dimensie 'Vormgeving'). Dit criterium hangt samen met 'nieuwe regel': als alle zinnen op een nieuwe regel beginnen, staan de woorden die bij elkaar horen automatisch ook bij elkaar. Het vijfde criterium is dat het woord 'niet' dikgedrukt staat (dimensie 'Formulering'). De ziekenhuizen schrijven het woord 'niet' niet dikgedrukt.

### **Verschillende beoordelingen criteria**

De folders van de ziekenhuizen verschillen op de volgende tien criteria: 'samenvatting', 'lettertype: open a en open g', 'ruime kantlijn', 'adres brief', 'één boodschap per alinea', 'logische volgorde', 'vaktermen + moeilijke woorden uitgelegd', 'eenduidigheid woorden', 'getallen in cijfers' en 'bijschriften beelden'. Het eerste criterium is de samenvatting: het merendeel van de folders van ziekenhuis A en C bevat een samenvatting in de eerste alinea's. Bij ziekenhuis B dient de eerste alinea vaker als introductie en bevat maar één van de drie folders een samenvatting. Het tweede criterium is het lettertype: waar ziekenhuis A gebruik maakt van een lettertype met een open a en een open g, doen ziekenhuis B en C dit niet.

Het derde criterium is de ruime kantlijn: de folders van ziekenhuis B en C bevatten een ruime kantlijn, die van ziekenhuis A niet. Het vierde criterium is het adres dat is opgeschreven als brief: ziekenhuis A en C doen dit, ziekenhuis B niet. Het vijfde en zesde criterium zijn de logische volgorde en één boodschap per alinea: het merendeel van de folders van ziekenhuis A en C heeft een logische volgorde en heeft één boodschap per alinea. Bij ziekenhuis B zijn de logische volgorde en één boodschap per alinea verbeterpunten.

Het zevende criterium gaat over vaktermen en moeilijke woorden: op één folder van ziekenhuis A na worden alle vaktermen en moeilijke begrippen uitgelegd bij ziekenhuis A, B en C. In ziekenhuis A gebeurt dit vooral in lopende tekst, waar de uitleg bij ziekenhuis B en C tussen haakjes achter de begrippen staat. Het achtste criterium gaat over dezelfde woorden voor dezelfde dingen: in ziekenhuis A zijn dezelfde woorden voor dezelfde dingen gebruikt en in ziekenhuis B en C zijn er soms twee verschillende vaktermen gebruikt of twee

verschillende begrippen voor hetzelfde. Het negende criterium gaat over getallen in cijfers schrijven. Dit gebeurt bij alle folders van ziekenhuis A en B, en maar bij een enkele folder van ziekenhuis C.

Het tiende criterium gaat over de bijschriften van beelden: de folder van ziekenhuis B vermeldt een bijschrift bij het beeld, maar bij de folders van ziekenhuis A en C is niet consequent een bijschrift toegevoegd aan de beelden. Wel verwijst ziekenhuis C naar tabellen en legt uit wat er in de tabellen te zien is. Bij ziekenhuis A gebeurt dit in één nieuwe folder met beeld, maar in twee folders ontbreekt een bijschrift of verwijzing naar het beeld.



### 5.3. Resultaten deelonderzoek 3: Automatische corpusanalyse

Voordat ik de repeated measures ANOVA heb uitgevoerd, heb ik eerst gekeken of de data voldeed aan de assumpties van deze toets. In bijlage 7 staan deze assumpties beschreven.

#### 5.3.1. Automatische analyse van teksten van ziekenhuis A

##### Woordcomplexiteit

Bij woordlengte is er een hoofdeffect van versie,  $F(1, 188) = 35.28$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .16$ .

Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11, 188) = 8.94$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .34$ .

Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 1.92$ ,  $p = .04$ , partial  $\eta^2 = .10$ . De afdelingen Gipskamer en Vasculaire Geneeskunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij woordfrequentie is er een hoofdeffect van versie,  $F(1, 188) = 139.41$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .43$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11, 188) = 7.73$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .31$ .

Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 4.78$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .22$ . De afdelingen Ergotherapie en Vasculaire Geneeskunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie samenstellingen is er geen hoofdeffect van versie,  $F(1, 188) = .56$ ,  $p = .46$ , partial  $\eta^2 = .003$ . Wel is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11, 188) = 7.13$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .29$ . Daarnaast is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 2.28$ ,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .12$ . De afdelingen Vasculaire Geneeskunde en Intensive Care hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

In tabel 6 staan de marginale gemiddelden van versie bij de 3 aspecten van woordcomplexiteit.

**Tabel 6**

*Marginale gemiddelden voor de drie aspecten van woordcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie.*

Aspect	Marginaal gemiddelde oude versie (N = 200)	Marginaal gemiddelde nieuwe versie (N = 200)
Woordlengte	5.04 (SE = .02)	5.17 (SE = .03)
Woordfrequentie	4.36 (SE = .02)	4.53 (SE = .02)
Proportie samenstellingen	.21 (SE = .01)	.20 (SE = .01)

## Woordconcreetheid

Bij proportie strikt-concrete naamwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 96.45$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .34$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11, 188) = 8.13$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .32$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 4.23$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .20$ . De afdelingen Intensive Care en Nucleaire Geneeskunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie ruim-concrete naamwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 97.32$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .34$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11, 188) = 8.32$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .33$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 3.85$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .18$ . De afdelingen Intensive Care en Vasculaire Geneeskunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie algemene woorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 81.74$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .30$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11, 188) = 7.60$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .31$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 2.41$ ,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .12$ . De afdelingen Intensive Care en Ergotherapie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij dichtheid van abstracte nominalisaties is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 77.45$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .29$ . Daarnaast is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 4.10$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .19$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11, 188) = 4.01$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .19$ . De afdelingen Ergotherapie en Spoedeisende Hulp hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 25.83$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .12$ . Daarnaast is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 2.97$ ,  $p = .001$ , partial  $\eta^2 = .15$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 1.72$ ,  $p = .07$ , partial  $\eta^2 = .09$ . De afdelingen Bloedafname en Ergotherapie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F$

(1,188) = 6.46,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .03$ . Daarnaast is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 4.98$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .23$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 2.56$ ,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .13$ . De afdelingen Ergotherapie en Infectiepreventie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie concrete werkwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 29.89$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .14$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 3.46$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .17$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 7.38$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .30$ . De afdelingen Nucleaire Geneeskunde en Vasculaire Geneeskunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij proportie algemene werkwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 60.61$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .24$ . Daarnaast is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 5.18$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .23$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 5.86$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .26$ . De afdelingen Vasculaire Geneeskunde en Dialyse hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

In tabel 7 staan de marginale gemiddelden van versie bij de 8 aspecten van woordconcreetheid.

**Tabel 7**

*Marginale gemiddelden voor de acht aspecten van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie.*

Aspect	Marginaal gemiddelde oude versie (N = 200)	Marginaal gemiddelde nieuwe versie (N = 200)
Proportie strikt-concrete naamwoorden	.33 (SE = .01)	.39 (SE = .01)
Proportie ruim-concrete naamwoorden	.45 (SE = .01)	.51 (SE = .01)
Proportie algemene naamwoorden	.15 (SE = .004)	.11 (SE = .004)
Dichtheid van abstracte nominalisaties	53.58 (SE = 1.23)	43.31 (SE = 1.26)
Proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden	.07 (SE = .004)	.10 (SE = .01)
Proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden	.14 (SE = .01)	.16 (SE = .01)
Proportie concrete werkwoorden	.05 (SE = .003)	.06 (SE = .003)
Proportie algemene werkwoorden	.13 (SE = .003)	.10 (SE = .003)

### Zinsbouwcomplexiteit

Bij zinslengte is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 138.86$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .43$ .

Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 3.83$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .18$ . Bovendien

is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 3.28$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .16$ .

De afdelingen Nucleaire Geneeskunde en Dialyse hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij deelzinslengte is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 65.61$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 =$

.26. Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 3.90$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .19$ .

Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 1.97$ ,  $p = .03$ , partial  $\eta^2 = .10$ . De afdelingen Nucleaire Geneeskunde en Ergotherapie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal deelzinnen per zin is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 20.85$ ,  $p < .001$ ,

partial  $\eta^2 = .10$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 9.87$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2$

= .37. Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 3.34$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .16$ . De afdelingen Bloedafname en Nucleaire Geneeskunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk) is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 24.10$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .11$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 8.61$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .34$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 3.70$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .18$ . De afdelingen Bloedafname en Infectiepreventie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk) is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 12.83$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .06$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 9.47$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .36$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 2.14$ ,  $p = .02$ , partial  $\eta^2 = .11$ . De afdelingen Ergotherapie en Infectiepreventie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal bijzinnen per zin (finitie complementen) is er geen hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = .01$ ,  $p = .92$ , partial  $\eta^2 = .00$ . Wel is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 10.82$ , partial  $\eta^2 = .39$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 2.86$ ,  $p = .002$ , partial  $\eta^2 = .14$ . De afdelingen Bloedafname en Ergotherapie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal bijzinnen per zin (indefinitief complementen) is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 62.80$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .25$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 2.80$ ,  $p = .002$ , partial  $\eta^2 = .14$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 2.04$ ,  $p = .03$ , partial  $\eta^2 = .11$ . De afdelingen Intensive Care en Spoedeisende Hulp hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (attributief bijvoeglijk naamwoorden) is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 89.43$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .32$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 5.06$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .23$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 4.20$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .20$ . De afdelingen

Ergotherapie en Oogheelkunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributief bijvoeglijk naamwoorden) is er geen hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 1.08$ ,  $p = .30$ , partial  $\eta^2 = .01$ . Wel is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 2.38$ ,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .12$ . Er is geen interactieeffect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 1.45$ ,  $p = .16$ , partial  $\eta^2 = .08$ .

Bij aantal nevenschikkingen per deelzin is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 8.14$ ,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .04$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 4.25$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .20$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 4.85$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .22$ . De afdelingen Ergotherapie en Oogheelkunde hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij aantal lijdende vormen per deelzin is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 126.30$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .40$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 4.18$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .20$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 4.74$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .22$ . De afdelingen Bloedafname en Dialyse hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

In tabel 8 staan de marginale gemiddelden van versie bij de 11 aspecten van zinsbouwcomplexiteit.

**Tabel 8**

*Marginale gemiddelden voor de elf aspecten van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie.*

Aspect	Marginaal gemiddelde oude versie (N = 200)	Marginaal gemiddelde nieuwe versie (N = 200)
Zinslengte	12.21 (SE = .12)	10.72 (SE = .07)
Deelzinslengte	8.63 (SE = .07)	7.99 (SE = .06)
Aantal deelzinnen per zin	.47 (SE = .01)	.42 (SE = .01)
Aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk)	.06 (SE = .003)	.05 (SE = .003)
Aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk)	.12 (SE = .01)	.15 (SE = .01)
Aantal bijzinnen per zin (finitie complementen)	.31 (SE = .01)	.31 (SE = .01)
Aantal bijzinnen per zin (infinitief complementen)	.17 (SE = .01)	.11 (SE = .01)
Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (attributief bijvoeglijk naamwoorden)	.28 (SE = .01)	.21 (SE = .01)
Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributief bijvoeglijk naamwoorden)	.72 (SE = .02)	.69 (SE = .02)
Aantal nevenschikkingen per deelzin	.51 (SE = .02)	.47 (SE = .01)
Aantal lijdende vormen per deelzin	.09 (SE = .01)	.04 (SE = .003)



## Persoonlijkheid

Bij dichtheid van verwijzingen naar personen is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 129.54$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .41$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 7.63$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .31$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 6.12$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .26$ . De afdelingen Bloedafname en Ergotherapie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 1<sup>e</sup> persoon is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 20.77$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .10$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 5.59$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .25$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 3.49$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .17$ . De afdelingen Ergotherapie en Spoedeisende Hulp hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 2<sup>e</sup> persoon is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 97.49$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .34$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 9.85$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .37$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 6.69$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .28$ . De afdelingen Bloedafname en Ergotherapie hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 3<sup>e</sup> persoon is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 6.63$ ,  $p = .01$ , partial  $\eta^2 = .03$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 16.53$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .49$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 5.14$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .23$ . De afdelingen Infectiepreventie en Spoedeisende Hulp hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

Bij dichtheid alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden is er een hoofdeffect van versie,  $F(1,188) = 47.56$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .20$ . Ook is er een hoofdeffect van afdeling,  $F(11,188) = 9.22$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .35$ . Bovendien is er een interactie-effect van versie en afdeling,  $F(11,188) = 6.54$ ,  $p < .001$ , partial  $\eta^2 = .28$ . De afdelingen Ergotherapie en Bloedafname hebben het grootste verschil tussen de oude en nieuwe versie (zie bijlage 8).

In tabel 9 staan de marginale gemiddelden van versie bij de 5 aspecten van persoonlijkheid.

**Tabel 9**

*Marginale gemiddelden voor de vijf aspecten van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie.*

Aspect	Marginaal gemiddelde oude versie  (N = 200)	Marginaal gemiddelde nieuwe versie  (N = 200)
Dichtheid van verwijzingen naar personen	87.64 (SE = 1.72)	105.62 (SE = 1.74)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 1 <sup>e</sup> persoon	7.23 (SE = .41)	5.20 (SE = .31)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 2 <sup>e</sup> persoon	52.94 (SE = 1.37)	66.21 (SE = 1.51)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 3 <sup>e</sup> persoon	4.62 (SE = .30)	3.74 (SE = .28)
Dichtheid alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden	64.79 (SE = 1.60)	75.15 (SE = .1.47)

### **LiNT-niveau en de LiNT-score**

Van de oude patiëntenfolders van ziekenhuis A hebben 20 folders LiNT-niveau 1, 175 folders LiNT-niveau 2 en 5 folders LiNT-niveau 3. Van de nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A hebben 112 folders LiNT-niveau 1 en 88 folders LiNT-niveau 2. De gemiddelde LiNT-score van de oude patiëntenfolders is 40.99 (SD = 4.53). De gemiddelde LiNT-score van de nieuwe patiëntenfolders is 35.31 (4.13).

### 5.3.2. Automatische analyse van teksten van ziekenhuis B en C

#### Woordcomplexiteit

In tabel 10 staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de 3 aspecten van woordcomplexiteit.

**Tabel 10**

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor de drie aspecten van woordcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis B en C.*

Aspect	Gemiddelde ziekenhuis B (N = 3)	Gemiddelde ziekenhuis C (N = 3)
Woordlengte	5.06 (SD = .07)	5.08 (SD = .29)
Woordfrequentie	4.26 (SD = .11)	4.43 (SD = .23)
Proportie samenstellingen	.21 (SD = .02)	.22 (SD = .07)

#### Woordconcreetheid

In tabel 11 staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de 8 aspecten van woordconcreetheid.

**Tabel 11**

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor de acht aspecten van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis B en C.*

Aspect	Gemiddelde ziekenhuis B (N = 3)	Gemiddelde ziekenhuis C (N = 3)
Proportie strikt-concrete naamwoorden	.35 (SD = .01)	.30 (SD = .02)
Proportie ruim-concrete naamwoorden	.45 (SD = .02)	.42 (SD = .05)
Proportie algemene naamwoorden	.18 (SD = .04)	.15 (SD = .09)
Dichtheid van abstracte nominalisaties	31.43 (SD = 11.57)	53.12 (SD = 8.50)
Proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden	.09 (SD = .03)	.09 (SD = .07)
Proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden	.16 (SD = .10)	.21 (SD = .05)

Proportie concrete werkwoorden	.02 (SD = .01)	.03 (SD = .03)
Proportie algemene werkwoorden	.16 (SD = .02)	.16 (SD = .08)

---

## Zinsbouwcomplexiteit

In tabel 12 staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de 11 aspecten van zinsbouwcomplexiteit.

**Tabel 12**

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor de elf aspecten van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis B en C.*

Aspect	Gemiddelde ziekenhuis B (N = 3)	Gemiddelde ziekenhuis C (N = 3)
Zinslengte	11.47 (SD = 1.14)	13.60 (SD = 2.96)
Deelzinslengte	8.02 (SD = .79)	8.77 (SD = 1.87)
Aantal deelzinnen per zin	.43 (SD = .15)	.65 (SD = .16)
Aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk)	.08 (SD = .04)	.11 (SD = .07)
Aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk)	.09 (SD = .04)	.20 (SD = .06)
Aantal bijzinnen per zin (finitie complementen)	.28 (SD = .05)	.50 (SD = .09)
Aantal bijzinnen per zin (infinities complementen)	.15 (SD = .12)	.15 (SD = .08)
Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (attributief bijvoeglijk naamwoorden)	.24 (SD = .14)	.28 (SD = .08)
Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributief bijvoeglijk naamwoorden)	.56 (SD = .09)	.77 (SD = .54)
Aantal nevenschikkingen per deelzin	.25 (SD = .12)	.42 (SD = .21)
Aantal lijdende vormen per deelzin	.14 (SD = .02)	.12 (SD = .03)

## Persoonlijkheid

In tabel 13 staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de 5 aspecten van persoonlijkheid.

**Tabel 13**

*Gemiddelden en standaarddeviaties voor de vijf aspecten van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis B en C.*

Aspect	Gemiddelde ziekenhuis B (N = 3)	Gemiddelde ziekenhuis C (N = 3)
Dichtheid van verwijzingen naar personen	89.23 (SD = 14.99)	98.84 (SD = 21.29)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 1 <sup>e</sup> persoon	7.84 (SD = 2.28)	9.13 (SD = 5.97)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 2 <sup>e</sup> persoon	50.98 (SD = 15.06)	55.44 (SD = 38.28)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 3 <sup>e</sup> persoon	5.17 (SD = 2.46)	6.18 (SD = 5.86)
Dichtheid alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden	63.99 (SD = 15.24)	70.75 (SD = 37.80)

## LiNT-niveau en de LiNT-score

De drie patiëntenfolders van ziekenhuis B hebben allemaal LiNT-niveau 2. De gemiddelde LiNT-score van ziekenhuis B is 40.25 (SD = 4.82). 2 van de 3 patiëntenfolders van ziekenhuis C hebben LiNT-niveau 2 en 1 folder heeft LiNT-niveau 1. De gemiddelde LiNT-score van ziekenhuis C is 40.04 (SD = 6.12).

### **5.3.3. Vergelijking tussen automatische analyse bij ziekenhuis A, B en C**

Onderstaand vergelijk ik de gemiddelden van woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouwcomplexiteit en persoonlijkheid van ziekenhuis A, B en C. Hetzelfde doe ik voor het LiNT-niveau en de LiNT-score. Zo achterhaal ik of ziekenhuis B en C dichterbij de buurt komen van de gemiddelden van de oude folders of van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

#### **Woordcomplexiteit**

Voor de 3 aspecten van woordcomplexiteit geldt dat de gemiddelden van ziekenhuis B en C het dichtst in de buurt komen van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A (zie tabel 6 en tabel 10).

#### **Woordconcreetheid**

Voor de volgende 5 aspecten van woordconcreetheid geldt dat de gemiddelden van ziekenhuis B en C het dichtst in de buurt komen van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A (zie tabel 7 en tabel 11):

- Proportie strikt-concrete naamwoorden
- Proportie ruim-concrete naamwoorden
- Proportie algemene naamwoorden
- Proportie concrete werkwoorden
- Proportie algemene werkwoorden

Voor de aspecten 'proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden' en 'proportie ruimconcrete bijvoeglijk naamwoorden' geldt dat de gemiddelden van ziekenhuis B en C het dichtst in de buurt komen van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

Voor het aspect 'dichtheid van abstracte nominalisaties' geldt dat het gemiddelde van ziekenhuis B dichterbij de buurt komt van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A. Daarentegen komt het gemiddelde van ziekenhuis C op dit aspect dichterbij het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A.

## Zinsbouwcomplexiteit

Voor de volgende 4 aspecten van zinsbouwcomplexiteit geldt de gemiddelden van ziekenhuis B en C het dichtst in de buurt komen van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A (zie tabel 8 en tabel 12):

- Zinslengte
- Aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk)
- Aantal bijzinnen per zin (infinities complementen)
- Aantal lijdende vormen per deelzin

Voor het aspect 'aantal nevenschikkingen per deelzin' geldt dat de gemiddelden van ziekenhuis B en C het dichtst in de buurt komen van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

Voor de volgende vier aspecten geldt dat het gemiddelde van ziekenhuis B het dichtst in de buurt komt van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A. Het gemiddelde van ziekenhuis C komt juist dicht in de buurt van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A:

- Deelzinslengte
- Aantal deelzinnen per zin
- Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (attributieve bijvoeglijk naamwoorden)
- Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributieve bijvoeglijk naamwoorden)

Voor het aspect 'aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk)' geldt dat het gemiddelde van ziekenhuis B het dichtst in de buurt komt van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A. Het gemiddelde van ziekenhuis C komt hier het dichtst in de buurt van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

Het gemiddelde van de oude en nieuwe folders van ziekenhuis A is op 'aantal bijzinnen per zin (finitieve complementen)'.31. Het gemiddelde van ziekenhuis B ligt daar dichterbij dan het gemiddelde van ziekenhuis C (.28;.50).



## **Persoonlijkheid**

Voor de volgende 3 aspecten geldt dat de gemiddelden van ziekenhuis B en C het dichtst in de buurt komen van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A (zie tabel 9 en tabel 13):

- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden eerste persoon
- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden tweede persoon
- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden derde persoon

Voor de aspecten 'dichtheid van verwijzingen naar personen' en 'dichtheid van alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden' geldt dat het gemiddelde van ziekenhuis B het dichtst in de buurt komt van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A. Het gemiddelde van ziekenhuis C komt op deze aspecten het dichtst in de buurt van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

## **Vergelijking op alle aspecten**

Bij ziekenhuis B en C komt het gemiddelde van het merendeel van de aspecten dicht in de buurt van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A dan van de nieuwe folders van ziekenhuis A. Bij ziekenhuis B komen 8 van de 27 aspecten dicht in de buurt van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A. 18 van de 27 aspecten komen dicht in de buurt van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A. Bij ziekenhuis C komen 6 van de 27 aspecten dicht in de buurt van het gemiddelde van de nieuwe folders van ziekenhuis A. 20 van de 27 aspecten komen dicht in de buurt van het gemiddelde van de oude folders van ziekenhuis A.

1 van de 27 aspecten heeft hetzelfde gemiddelde bij de oude als bij de nieuwe folders van ziekenhuis A. Daardoor is er geen vergelijking mogelijk op dit aspect.

## **LiNT-niveau en score**

Van ziekenhuis B zijn de 3 patiëntenfolders op LiNT-niveau 2, van ziekenhuis B zijn 2 folders op LiNT-niveau 2 en 1 folder is op LiNT-niveau 1. Bij ziekenhuis A zijn de meeste oude patiëntenfolders op niveau 2 en de meeste nieuwe patiëntenfolders op niveau 1. De

LiNTscores van ziekenhuis B en C komen dichterbij de oude LiNT-score van ziekenhuis A dan de nieuwe LiNT-score.

## 6. Conclusies en aanbevelingen

De centrale vraag van het onderzoek was: “Hoe maken ziekenhuis A, B en C hun patiëntenfolders begrijpelijker?”

Deze centrale vraag is opgesplitst in twee onderzoeksvragen, waarvan de eerste is beantwoord met interviews en de tweede met een automatische en handmatige analyse.

Onderzoeksvraag 1 is: “Hoe geven ziekenhuis A, B en C hun beleid voor schriftelijke patiëntencommunicatie vorm?”

Voor onderzoeksvraag 1 heb ik het model voor het beleid van tekstkwaliteit gebruikt (Janssen & Van Etten, 1999). Op basis van een globale inventarisatie van beleid concludeer ik dat de drie ziekenhuizen op verschillende vlakken bezig zijn met de vormgeving van hun beleid voor schriftelijke patiëntencommunicatie. Een van deze vlakken is de visie op laaggeletterdheid: ziekenhuis A, B en C houden in hun communicatie rekening met hun diverse patiëntenpopulatie waarin zich ook laaggeletterde patiënten bevinden.

Het tweede vlak is de rolverdeling van de schrijfprocessen. Deze rolverdeling is hetzelfde bij de drie ziekenhuizen. Zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor de inhoud en de communicatieprofessionals voor de vorm van de patiëntenfolders. Hierbij maken de ziekenhuizen gebruik van de medische vakkennis van de zorgprofessionals en van de taalkundige vakkennis van de communicatieprofessionals. Als het gaat om andere communicatiemiddelen dan patiëntenfolders, dan hebben communicatieprofessionals daar niet altijd zicht op. Denk hierbij aan de brieven die zorgprofessionals sturen naar patiënten. Op het vlak van gebruikersonderzoek, testen de ziekenhuizen niet structureel bij hun patiëntenpopulatie. Wel denken ziekenhuis A en B na over methoden om patiëntenfolders structureel te testen in de toekomst.

Onderzoeksvraag 2 is: “Welke tekstuele aanpassingen doen ziekenhuis A, B en C om begrijpelijke patiëntenfolders te krijgen?”

**Deelvraag 1 is:** Hoe zijn de globale inhoud, opbouw, formulering, en vormgeving van de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C (veranderd) voor zover handmatig te meten?

- ➔ Hypothese 1: Op het gebied van inhoud, opbouw, formulering en vormgeving zijn de nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A verbeterd ten opzichte van de oude patiëntenfolders. De verwachting is dat het merendeel van de folders van ziekenhuis B en C voldoende scoort op de criteria van inhoud, opbouw, formulering en vormgeving.

Hypothese 1 is bevestigd. Op zowel inhoud, opbouw, formulering als vormgeving zijn er meerdere criteria verbeterd bij de nieuwe folders van ziekenhuis A. Aanvullend daarop scoren ziekenhuis B en C grotendeels voldoende op de criteria van de vier dimensies. Op het gebied van vormgeving is het grootste aantal criteria voldoende bij alle drie de ziekenhuizen. Twee vormgevingsaspecten die de drie ziekenhuizen inzetten zijn dikgedrukte letters en alleen maar rechte letters (geen schuine). Deze vormgevingsaspecten kwamen ook terug in het advies van de expert laaggeletterdheid tijdens de online testsessie.

**Deelvraag 2 is:** Hoe is de formulering (woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouwcomplexiteit, persoonlijkheid) van de patiëntenfolders van ziekenhuis A, B en C (veranderd) voor zover automatisch te meten met T-Scan?

- ➔ Hypothese 2: de nieuwe folders van ziekenhuis A hebben kortere en frequentere woorden; minder samenstellingen; meer concrete en minder algemene naamwoorden; minder nominalisaties; kortere (deel)zinnen; minder deelzinnen, bijzinnen, bijvoeglijke bepalingen, nevenschikkingen en lijdende vormen; meer persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden en verwijzingen naar personen dan de oude folders. De verwachting is dat de folders van ziekenhuis B en ziekenhuis C qua woordcomplexiteit, woordconcreetheid, zinsbouwcomplexiteit en persoonlijkheid overeenkomen met de nieuwe folders van ziekenhuis A.

Hypothese 2 wordt deels bevestigd. In lijn met de verwachting staan in de nieuwe folders van ziekenhuis A frequentere woorden, zijn de woorden concreter, is de zinsbouw minder complex en zijn de folders persoonlijker dan in de oude folders. Van de verwijzingen in

eerste, tweede en derde persoon is alleen de eerste persoon toegenomen. Dit betekent dat ziekenhuis A de lezer vaker aanspreekt in de nieuwe folders. A. Daarnaast zijn de LiNTniveaus van de nieuwe folders van ziekenhuis A naar verwachting verbeterd ten opzichte van de oude folders.

De reden dat hypothese 2 deels wordt bevestigd, zijn de volgende drie punten. Tegen verwachting van de literatuur zijn de woorden van ziekenhuis A in de nieuwe folders langer dan in de oude folders. Daarnaast komt de formulering van de folders van ziekenhuis B en C meer overeen met de oude folders van ziekenhuis A dan met de nieuwe folders. Bovendien komt het merendeel van ziekenhuis B en C qua tekstniveau dichterbij de oude folders dan van de nieuwe folders van ziekenhuis A.

Concluderend, ziekenhuis A, B en C zorgen zowel met hun beleid als met hun tekstuele aanpassingen voor begrijpelijke patiëntenfolders. De ziekenhuizen maken de patiëntenfolders begrijpelijker met aanpassingen op alle dimensies: op de inhoud, opbouw, vormgeving en formulering van de folders.

Op basis van de bovenstaande conclusie doe ik drie aanbevelingen over het tekstbeleid van ziekenhuis A, B en C en over de tekstuele aanpassingen in de patiëntenfolders van deze ziekenhuizen. Wat betreft het tekstbeleid raad ik aan om gebruikersonderzoek meer te implementeren in het beleid van de ziekenhuizen. Opvattingen van klanten, in dit geval van patiënten, maken volgens Janssen en Van Etten (1999) namelijk deel uit van het beleid van tekstkwaliteit. Door gebruikersonderzoek te doen testen ziekenhuizen of een folder die de communicatieafdeling als begrijpelijk ziet, ook daadwerkelijk begrijpelijk is voor patiënten. Om een representatief beeld te krijgen van de opvattingen van patiënten, is het van belang om patiënten te benaderen die verschillen in voorkennis, opleidingsniveau en achtergrond. Zowel een pop-up enquête op de website als een hardopleesonderzoek zijn bruikbare methoden voor gebruikersonderzoek. Om gebruikersonderzoek laagdrempeliger te maken voor de patiënt, kan ook een online testsessie een idee zijn voor de ziekenhuizen. De online testsessie uit dit onderzoek leverde immers ook bruikbare resultaten op.

Wat betreft de tekstuele aanpassingen raad ik de ziekenhuizen aan om te streven naar LiNT-niveau 1 in de patiëntenfolders. Om patiënten van goede communicatie over de zorg te voorzien, is het van belang dat de patiëntenfolders van ziekenhuizen een zo groot mogelijke groep patiënten bereiken. Met een patiëntenfolder op LiNT-niveau 1 kan een ziekenhuis een grotere groep patiënten bereiken dan met een folder op LiNT-niveau 2. Een patiëntenfolder op LiNT-niveau 2 begrijpt ongeveer 70% van de volwassen lezers, terwijl dit percentage toeneemt tot 86% als een patiëntenfolder op LiNT-niveau 1 is geschreven (LiNT, z.d.).

Tot slot raad ik ziekenhuizen aan om, naast de bestaande schrijfwijzers, de checklist uit de handmatige analyse te gebruiken als zij hun patiëntenfolders vereenvoudigen. Deze checklist biedt namelijk aanvullende aspecten om op te letten als het gaat om de inhoud, opbouw, vormgeving en formulering van een folder. Door deze checklist te gebruiken, kunnen ziekenhuizen zien welke aspecten van de patiëntenfolders al begrijpelijker zijn geworden en welke nog verbetering behoeven.

## 7. Discussie

De resultaten van het onderzoek komen grotendeels overeen met de literatuur.

Overeenkomstig met de literatuur komt in de visie van ziekenhuis A en C naar voren dat patiëntencommunicatie patiënten in staat stelt om zich voor te bereiden op of mee te beslissen over een behandeling (Pander Maat et al., 2015). Daarnaast stemmen ziekenhuis A, B en C hun communicatie af op de patiënten die laaggeletterd zijn. De ziekenhuizen doen hiermee aan convergentie: ze passen hun communicatiestijl aan aan die van de ontvanger (Gallois et al., 2005).

Verder zijn er overeenkomsten met de literatuur als het gaat om tekstuele vereenvoudigingen. Zo is de formulering van de patiëntenfolders van ziekenhuis A grotendeels op dezelfde manier vereenvoudigd zoals Pander Maat en Ditewig (2017) stellen. Een opvallend verschil tussen deze onderzoeken is de woordlengte: de woordlengte is langer geworden in de nieuwe patiëntenfolders van ziekenhuis A in vergelijking met de oude patiëntenfolders. Een verklaring voor dit verschil kan zijn dat het ziekenhuis de langere woorden uit de nieuwe patiëntenfolders bekender achtte voor de patiënt dan de kortere woorden uit de oude patiëntenfolders. De zinsbouw van ziekenhuis A is net zoals in het onderzoek van Pander Maat en Gravekamp (2022) vereenvoudigd door minder bijzinnen en nevenschikte deelzinnen te gebruiken.

Een verschil met de literatuur is het doel dat ziekenhuis A en C noemen in hun visie op patiëntencommunicatie. Zo geven deze ziekenhuizen aan dat patiëntencommunicatie onder meer bijdraagt aan een positief beeld of een positieve beleving van het ziekenhuis. Dit doel komt niet naar voren in de doelen die Pander Maat et al. (2015) noemen. Een verklaring hiervoor is dat zij de doelen meer hebben geformuleerd vanuit de positie van een patiënt dan vanuit de positie van een ziekenhuis. Tot slot heeft het huidige onderzoek de literatuur aangevuld op de gebieden inhoud, vormgeving en opbouw. Deze gebieden zijn weinig onderzocht als het gaat om tekstuele aanpassingen. Uit dit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen hun teksten ook begrijpelijker maken op deze dimensies als zij teksten vereenvoudigen.

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Zo was het wegens hoge werkdruk niet mogelijk om zorgprofessionals te interviewen, waardoor ik alleen communicatieprofessionals heb geïnterviewd. Daardoor heb ik hun perspectief niet meegenomen in het tekstbeleid. Hoe besluiten zorgprofessionals bijvoorbeeld welke informatie wel en niet relevant is voor de patiënt? Deze vraag geeft mogelijkheid tot vervolgonderzoek. Daarnaast komt de mening van de patiënt alleen aan bod in één testsessie van een ander ziekenhuis. Daarom is verdiepend onderzoek bij patiënten van belang.

Twee andere beperkingen gaan over de onderzochte ziekenhuizen en patiëntenfolders. De drie ziekenhuizen uit het onderzoek zijn allemaal grote ziekenhuizen. Mogelijk is het tekstbeleid bij kleine ziekenhuizen anders en hebben deze ziekenhuizen geen centrale afdeling die patiëntenfolders herschrijft. Dit is dan ook een optie voor vervolgonderzoek. Een andere beperking is dat ik bij ziekenhuis A oude en nieuwe patiëntenfolders ter beschikking had en bij ziekenhuis B en C niet. Daarbij heb ik maar een aantal patiëntenfolders bekeken bij ziekenhuis B en C. Aangezien de patiëntenfolders van ziekenhuis B en C illustratief zijn voor het beleid van de ziekenhuizen, heb ik ondanks het geringe aantal folders een goed beeld gekregen van de manier waarop ziekenhuis A, B en C hun patiëntenfolders vereenvoudigen. Om de literatuur over tekstuele vereenvoudigingen uit te breiden, is het interessant om meerdere ziekenhuizen te selecteren op basis van beschikbaarheid van oude en nieuwe folders om deze te vergelijken.



## 8. Bronvermelding

CommunicatieRijk. (Z.d.). *Taalniveau B1*. Geraadpleegd op 26 september 2022, van

<https://www.communicatierijk.nl/vakkennis/rijkswebsites/aanbevolen-richtlijnen/taalniveau-b1>

Den Ouden, H., & Doorschot, M. (2010). Overheidscommunicatie afstemmen op jongeren: experimentele evaluatie van een aansporing om te gaan stemmen. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 32(3), 242-257.

De Nederlandse Hypofyse Stichting. (Z.d.). *Topklinische ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 6 december 2022, van <https://www.hypofyse.nl/kenniscentra/medische-centra-ziekenhuizen/topklinische-ziekenhuizen/>

Elhami, A. (2020). Communication accommodation theory: A brief review of the literature. *Journal of Advances in Education and Philosophy*, 4(5), 192-200.

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, 5(1), 1-4.

Farzadnia, S., & Giles, H. (2015). Patient-provider interaction: A communication accommodation theory perspective. *International Journal of Society, Culture & Language*, 3(2), 17-34.

Gallois, C., Ogay, T., & Giles, H. (2005). Communication accommodation theory: A look back and a look ahead. In *Theorizing about intercultural communication* (pp. 121-148). Thousand Oaks: Sage.

Gregory, M. (2012). A possible patient journey: A tool to facilitate patient-centered care. *Seminars in Hearing*, 33(1), 9-15.

Janssen, D., & Van Etten, N. (1999). Kwaliteitszorg in een tekstfabriek: tekstkwaliteit in organisaties, een integrale benadering. *Tekst [blad]*, (1), 28-36.

Kraf, R., Lentz, L., & Maat, H. P. (2011). Drie Nederlandse instrumenten voor het automatisch voorspellen van begrijpelijkheid-Een klein consumentenonderzoek. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 33(3), 249-265.

LiNT. (z.d.). *Hoe moeilijk is uw tekst?* Geraadpleegd op 4 december 2022, van

<https://lint.hum.uu.nl/uitleg/moeilijkheidsniveaus>

Nederhoed, P. (2011). Vormgeving van de tekst. In *Helder rapporteren* (pp. 442-452). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- Pander Maat, H. L. W., & Dekker, N. (2016). Tekstgenres analyseren op lexicale complexiteit met T-Scan. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 38(3), 263-304.
- Pander Maat, H. L. W., Dekker, J., Slob, L., & Verhulst, C. (2015). Patiëntenfolders in Nederlandse ziekenhuizen: de praktijk en de mogelijke eisen.
- Pander Maat, H. L. W., & Ditewig, S. (2017). Hoe worden onderwijsteksten vereenvoudigd, en helpt dat?. *Tijdschrift voor taalbeheersing*, 39(2), 245-263.
- Pander Maat, H. L. W., & 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.
- Pander Maat, H. L. W., Kraf, R., Dekker, N., van der Sloot, K., van der Klis, M., van den Bosch, A., van Gompel, M., & Kleijn, S. (2021). Handleiding T-Scan. Geraadpleegd op 30 december 2022, van <https://raw.githubusercontent.com/proycon/tscan/master/docs/tscanhandleiding.pdf>
- Pander Maat, H. L. W., & Van der Geest, T. (2021). *Monitor begrijpelijke overheidsteksten* (Nr.1). Onderzoeksrapport Centrum IT + Media. Arnhem: HAN University of Applied Sciences. Geraadpleegd op 12 oktober 2022, van [https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/416984/monitor\\_begrijpelijke\\_overheidsteksten Onderzoeksrapport juli 2021 61388.pdf?sequence=1](https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/416984/monitor_begrijpelijke_overheidsteksten Onderzoeksrapport juli 2021 61388.pdf?sequence=1)
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health promotion international*, 24(3), 285-296.
- Statistisch Handboek Studiedata (z.d.). *Repeated Measures ANOVA*. Geraadpleegd op 9 januari 2023, van <https://sh-studiedata.nl/R/04-Repeated-measures-ANOVA-R.html#fn3>
- VBI Pharos. (Z.d.). *Online tool: Voorlichtingsmateriaal Beoordelingsinstrument (VBI)*. Geraadpleegd op 14 november 2022, van <https://www.pharos.nl/kennisbank/voorlichtingsmateriaal-beoordelingsinstrumentvbi/>
- Rijksoverheid. (2022, 19 april). *Betere zorg door aandacht voor laaggeletterdheid*. Geraadpleegd op 15 september 2022, van <https://www.telmeemettaal.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/2022/04/19/betere-zorg-door-aandacht-voor-laaggeletterdheid>

Taal voor allemaal. (2021, september). *Schrijven in Taal voor allemaal+*. Geraadpleegd op 15 september 2022, van

[https://www.taalvoorallemaal.com/IManager/Download/1071/115371/31457/2189157/NL/31457\\_2189157\\_70i2\\_210903\\_Schrijven\\_in\\_Taal\\_voor\\_allemaal\\_2021\\_PDF\\_.pdf](https://www.taalvoorallemaal.com/IManager/Download/1071/115371/31457/2189157/NL/31457_2189157_70i2_210903_Schrijven_in_Taal_voor_allemaal_2021_PDF_.pdf)

Van der Velden, R. K. W., & Bijlsma, I. (2019). Spreiding van laaggeletterdheid: Inzicht in taal-en rekenvaardigheden per beroep, sector en type werkzoekende. *ROA External Reports*.

Van der Velden, J., & De Been, M. (2019). Begrijpelijke communicatie begint bij een goed gesprek. *Bijblijven*, 35(9), 28-33.

Van Klei-Van Kleffens, C., & Smit, R. (2016). Laaggeletterdheid steeds groter probleem. *Medisch contact*, 6(11), 38-40.

Willems, A., Heijmans, M., Brabers, A., & Rademarkers, J. (2021).

*Gezondheidsvaardigheden in Nederland: factsheet cijfers 2021*. Onderzoeksrapport Nivel: Kennis voor betere zorg. Geraadpleegd op 12 oktober 2022, van

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004162.pdf>

Zorghulpatlas. (Z.d.). *Ziekenhuiszorg: algemene en academische ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 6 december 2022, van <https://zorghulpatlas.nl/zorg-in>

[nederland/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/](https://zorghulpatlas.nl/zorg-in-nederland/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/)

Ziekenhuischeck.nl. (Z.d.). *Wanneer kies je voor een academisch ziekenhuis?* Geraadpleegd op 6 december 2022, van <https://www.ziekenhuischeck.nl/artikel/wanneer-kies-je-voor-een-academisch-ziekenhuis/>

## 9. Bijlagen

### 9.1. Bijlage 1 (Interviewschema)

#### **Uitleg interview:**

Hallo, ik ben Nikki. Super fijn dat u mee wilt werken aan mijn onderzoek, bedankt! Ik zal u meer vertellen over het doel van mijn onderzoek en de rol van het interview binnen dit onderzoek. Voor de master Communicatie en organisatie doe ik onderzoek naar patiëntenfolders van ziekenhuizen. In dit interview wil ik het algemene tekstbeleid van jullie ziekenhuis in kaart brengen. Ik ben benieuwd hoe jullie het tekstbeleid organiseren en welke waarden achterliggend zijn aan dit tekstbeleid. Het interview zal ongeveer een halfuur duren. Achteraf stuur ik u het transcript van het interview op en kunt u aangeven als u bepaalde delen eruit wilt laten. Vindt u het goed als ik het gesprek opneem? Als ik het gesprek heb uitgewerkt, verwijder ik de opname weer. Ik deel deze opname niet. Mocht u tijdens het gesprek willen stoppen, dan mag dat altijd. Ook als u vragen tussendoor heeft, kunt u deze gerust stellen. Is alles helder voor u of heeft u vooraf nog vragen? Zo nee, dan gaan we nu van start.

#### **Introductievragen:**

1. Hoe lang bent u werkzaam bij \*ziekenhuis A/B/C\*?
2. Kunt u iets meer vertellen over uw functie binnen \*ziekenhuis A/B/C\*?
3. Hoe bent u betrokken bij het tekstbeleid van \*ziekenhuis A/B/C\*?

#### **Algemeen tekstbeleid:**

4. Kunt u iets meer vertellen over de visie van \*ziekenhuis A/B/C\* op patiëntencommunicatie?
5. Is het tekstbeleid van het \*ziekenhuis A/B/C\* decentraal of centraal georganiseerd?
6. Ligt de nadruk in \*ziekenhuis A/B/C\* op herschrijven door schrijfspecialisten, of op beter schrijven op de werkvloer?
7. Hebben de verschillende soorten medewerkers (communicatiespecialisten, managers, zorgprofessionals) vastomlijnde taken als het gaat om tekstkwaliteit?

8. Welke afdeling geeft de doorslag voor de inhoud van de folders?
9. Hoe besteedt het management aandacht aan (de verbetering van) teksten in \*ziekenhuis A/B/C\*? → Bijvoorbeeld: tekstspecialisten aanstellen/job-aids ontwikkelen, trainingen aanbieden aan schrijvende professionals
10. Formuleert \*ziekenhuis A/B/C\* een bepaalde operationele doelstelling voor teksten? → Bijvoorbeeld: B1, max aantal woorden per zin/alinea/tekst
11. Levert \*ziekenhuis A/B/C\* bepaalde formats voor brieven/mails of berichten? Of mogen de afdelingen deze zelf invullen?
12. Welke informatiebronnen bezitten schrijvers in \*ziekenhuis A/B/C\*?  
→ Bijvoorbeeld: Taaladviesboeken, job-aids, spellingcheckers, leesbaarheidstools, formats
13. Welke aspecten uit de informatiebronnen krijgen de meeste aandacht?
14. Wie maakt er gebruik van de informatiebronnen?
15. (Hoe) speelt gebruikersonderzoek een rol bij tekstkwaliteit?  
→ Vindt er gebruikersonderzoek plaats en zo ja, in welke vorm?
16. Hoe gaat \*ziekenhuis A/B/C\* om met laaggeletterde patiënten of patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?
17. Heeft de communicatieafdeling schrijftrainingen gevolgd?
18. Met welke organisaties werkt \*ziekenhuis A/B/C\* samen voor informatie?
19. Hoe beheert \*ziekenhuis A/B/C\* het budget voor de tekstkwaliteitszorg?

**Mening van de geïnterviewde:**

20. Wat vindt u goed gaan aan het tekstbeleid van \*ziekenhuis A/B/C\*?
21. Waar liggen volgens u verbeterpunten voor het tekstbeleid van \*ziekenhuis A/B/C\*?

**\*\*Extra vragen voor de geïnterviewden die folders aanpassen:**

1. Tegen welke uitdagingen loopt u aan als u folders herschrijft?
2. Welke tekstuele aspecten zijn makkelijk te vereenvoudigen?
3. Welke tekstuele aspecten zijn moeilijk te vereenvoudigen?

**\*\*\*Extra vragen specifiek voor ziekenhuis A:**

1. Kunt u iets meer vertellen over het herschrijfproject dat jullie uitvoeren?

2. Hoe is dit herschrijfproject gestart/wat was de aanleiding voor dit herschrijfproject?
3. Hoe bent u betrokken bij dit herschrijfproject?
4. Tegen welke uitdagingen lopen jullie aan bij het herschrijfproject?

**Algemene afsluiting:**

Ik heb antwoord gekregen op al mijn vragen. Hartelijk dank voor uw tijd en informatie!

Heeft u nog vragen of dingen die u wilde bespreken, maar nog niet aan bod zijn gekomen?

Ik stuur u binnen enkele dagen het transcript op.

## 9.2. Bijlage 2 (Transcripten)

### 9.2.1. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 1

#### Afkortingen:

- G: geïnterviewde
- I: interviewer

#### Begrippen:

- Full time equivalent (FTE): Een fte komt overeen met de volledige werkweek van één werknemer.
- RFE: afdeling binnen het ziekenhuis

#### Gebruikte tekens:

- [...] Het is onduidelijk wat er gezegd wordt.
- {} Geïnterviewde wijst iets in de omgeving aan.
- (...) De zin is nog niet afgemaakt. De zin wordt later afgemaakt of niet afgemaakt.

I: Ja, allereerst ben ik benieuwd naar je functie in het \*ziekenhuis A\*. Want \*geïnterviewde 3\* gaf al aan dat je manager van marketing en communicatie bent.

G: Ja.

I: Ik vroeg me af hoe lang je al werkzaam bent in het \*ziekenhuis A\*.

G: Ik werk hier nu 4,5 jaar, ruim 4,5 jaar. In deze functie. Daarvoor niet in een ziekenhuis.

I: Oke.

G: Dus ik heb hiervoor bijna 10 jaar bij Unicef gewerkt, Unicef Nederland. En daarvoor heb ik in de media gewerkt en bij Lego. Dus een hele diverse carrière.

I: Ja.

G: Zorg was een bewuste keuze. Omdat ik na 10 jaar, met heel veel plezier heb ik Unicef gewerkt, natuurlijk in een internationale ontwikkelings samenwerking, vond ik het de volgende stap, dacht ik ja dat moet wel weer een relevantie voor mij hebben en iets er moet

iets gebeuren. Nou als er ergens iets stond te gebeuren, was het natuurlijk wel bij de gezondheidszorg.

I: Ja.

G: Daar gebeurt van alles en nog wat. En dat zal de komende jaren ook nog steeds zo zijn en het is iets waar we allemaal mee te maken hebben. Dus ik vond het een heel relevant onderwerp en vandaar de stap naar \*ziekenhuis A\*.

I: Ja.

G: En \*ziekenhuis A\* is een ja toch wel iconisch in, zeker in deze regio als ziekenhuis. Dus dat vond ik ook een leuk, eigenwijs ziekenhuis. Waarvan ik dacht van ja daar wil ik wel werken.

I: Oke, en hoe zit je functie eruit binnen het \*ziekenhuis A\*?

G: Ik ben naja manager marketing en communicatie. Dat is een, zoals het bij ons heet, tweede echelon functie, dus die die functies vallen direct onder raad van bestuur. Samen vormen we het managementteam van \*ziekenhuis A\*. En dat zijn dus de managers van de ondersteunende dienst maar vooral ook de unitleiders van de verschillende vakgebieden en de bedrijfskundig managers. Dat is zeg maar het leidinggevend kader. We hebben een vrij platte organisatie, dus daar zitten niet heel veel lagen tussen. Ik stuur hier het team marketing en communicatie aan, nou dat zijn iets van 16 mensen nu in dit geval. Dat is een 13,5 FTE. Dus ja dat is een beetje in globaal wat de functie is. Waar zijn wij dan verantwoordelijk voor? Wij zijn verantwoordelijk voor uiteraard voor het media en mediabeleid, reputatiemanagement, dus alles wat dat betreft, we zijn verantwoordelijk voor een heel stuk patiëntinformatie, patiëntcommunicatie, dat is iets waar jij natuurlijk met name in geïnteresseerd bent.

I: Ja.

G: En een heel stuk interne communicatie. Nou binnen \*ziekenhuis A\* werken 6000 mensen ongeveer, globaal. Van alle soorten en maten en functies en daar valt altijd heel veel te communiceren.

I: Ja.

G: Dus ons intranet is ook een heel belangrijk kanaal waar we ontzettend veel op communiceren en ook wel via andere wegen uiteraard. We hebben onze afdeling is ingedeeld in advies, dus dat zijn mensen dat zijn communicatieadviseurs, strategisch communicatieadviseurs of gewone communicatieadviseurs die zeg maar echt een project



oppakken en daar een plan voor schrijven en dat verder met vaak met andere collega's uitvoeren.

I: Hmhm.

G: Die zijn veelal ook gekoppeld aan strategische onderwerpen vanuit onze \*ziekenhuis A\* strategie. En dan hebben we een contentteam, daar zitten contentspecialisten, die zijn gespecialiseerd op welke kanalen je inzet voor welk doeleinde en voor welke doelgroep en die schrijven ook heel veel. En binnen dat contentteam hebben we ook nog mensen die, iedereen heeft een beetje een eigen kleur. Dus de een doet wat meer op de website, de ander is wat meer van het intranet, weer iemand anders social media. Maar het is niet per se iets wat je alleen doet. We hebben ook wel een soort van groeps, dat we echt met elkaar dingen doen. Maar iedereen heeft ook wel een eigen kleur daarin.

I: Ja, dus als ik het goed begrijp zijn er wel taken vastgelegd per functie, maar het is wel ook binnen het team (...)

G: Nee, in principe hebben mensen dezelfde functie (...) I:

Oke.

G: Maar hebben we gewoon afgesproken, ook kijkend naar de interesse van iemand, de kunde en de kennis van iemand, dat iedereen specifiek dat onderdeel onder z'n hoede heeft. En daar ook een stukje doorontwikkeling op kan doen. Op het moment dat iemand intranet als eigen terrein heeft, dan gaat ie natuurlijk ook kijken binnen dat kanaal wat moet je eigenlijk doen om dat kanaal door te ontwikkelen.

I: Ja.

G: Anders blijft dat vaak een beetje liggen. Maar om je een beetje een beeld te schetsen: er komt hier elke dag heel veel binnen via onze redactiemail, waar mensen aandacht voor willen. En dat schrijven ze al veelal wel, want onze strategie is dat we mensen helpen om te communiceren. Dus het is niet ons doel dat we alles overpakken, dat zou ook niet kunnen.

I: Nee.

G: Dan zouden we twee keer zo groot moeten zijn. Iedereen communiceert daarnaast ook. Dus je moet mensen zo goed mogelijk faciliteren om het zelf zo goed mogelijk te kunnen doen. Dus we hebben heel veel tools en dingen waarmee mensen dingen zelf kunnen doen. En het intranet beheren in de zin van home, ja dat zijn wij weet je. Dus de homepage daar hebben we echt een soort van nieuwsredactie idee op om te kijken van wat pikken we eruit.

I: Ja. En hoe ben jij dan precies betrokken bij het tekstbeleid van het \*ziekenhuis A\*?

G: Nou we hebben anderhalve jaar hebben we tekstbeleid richting patiënten, ja we noemen het eigenlijk patiëntcommunicatie, hebben we ik denk nu al bijna twee jaar geleden van gezegd joh daar beginnen we eerst eens met een goede strategie. Want hier waren wel mensen die heel druk waren met patiëntenfolders maar we zagen ook al wel dat die patiëntenfolders, dat we daar iets mee moesten. Dat die zowel qua inhoud als de vorm waarin we ze gegoten hadden, dat moest echt anders. We wilden van papier weg, we wilden. En dan als je dat digitaliseert, wat we al lang gedaan hebben, dan heb je nog een soort van pdf. We wilden eigenlijk helemaal naar de digitale pagina's.

I: Ja.

G: Onze website was ook aan vernieuwing toe. Dus die twee dingen hebben we samengepakt. Maar we zijn wel begonnen met het schrijven van een visie van waar moet goede patiëntcommunicatie aan voldoen.

I: Ja.

G: En dat helpt je ook later om je plan goed uit te rollen. Want dan ga je eerst accorderen op de strategie. En een van de belangrijke uitgangspunten is bijvoorbeeld dat, en dat klinkt heel erg simpel, maar communicatie is niet iets wat je ook nog erbij doet. Nee, het is onderdeel van goede zorg. En dat geeft het meteen al een andere status he. Een dokter is niet alleen, een dokter, of verpleegkundige, of verzorgend team is niet alleen verantwoordelijk voor jouw goede behandeling, maar ook hoe ze goed met jou communiceren.

I: Ja.

G: Ben je van tevoren goed ingelicht over alles wat er gaat gebeuren, heb je samen kunnen beslissen, heb je, al die dingen hebben we in een strategie gegoten, die zul je ook wel gehad hebben of nog krijgen (...) I: Ja, van \*geïnterviewde 3\*.

G: Van \*geïnterviewde 3\*. Daar staat ook in dat we niet, als iemand iets heel goed kan, dat we dat dan niet over gaan zitten doen, maar dat we dan gaan samenwerken. Nou onze samenwerking met Thuisarts hoort daar bijvoorbeeld heel erg in.

I: Ja.

G: Dat we zeggen nou Thuisarts is een gerenommeerd instituut. Komt met goede teksten, goed afgestemd op niveau, daar willen we graag gebruik van maken. Dus die hebben we nu ook, die gaan we helemaal integreren in onze, als het gaat om aandoeningsinformatie.

I: En hebben jullie nog meer organisaties naast Thuisarts?

G: Pharos, daar werken we ook mee samen. Heel veel met andere ziekenhuizen. En ik denk dat er nog wel organisaties bij gaan komen in de toekomst, ja.

I: Ja. Ik had inderdaad ook het beleidsdocument gelezen met de uitgangspunten.

G: Ja, en daar zijn we mee begonnen. Toen hebben we vervolgens gezegd van oke als we dat dan willen, dan moet je natuurlijk een check doen van hoe staan we er nu voor als dit ons uitgangs(...) als dit onze strategie is en we kijken wat we nu hebben, dan scoren we daar toch wel behoorlijk wat minnen.

I: Ja.

G: Dus dan moeten we aan de bak.

I: En hoe hebben jullie dat gecontroleerd dan? Hoe jullie ervoor stonden?

G: Eigenlijk wisten we het al wel, dat we gewoon sommige dingen te lang niet, want eigenlijk moet patiëntcommunicatie moet ook altijd up to date zijn. Het systeem waarmee wij bijvoorbeeld tweejaarlijks of driejaarlijks zeiden van deze informatie is niet meer relevant of die moet herschreven worden, dat was niet meer intact.

I: Nee.

G: En het netwerk daarachter was eigenlijk een beetje weggezakt. Mensen die staan dan op een soort van lijst van jij bent decentraal redacteur, maar die werkt hier al lang niet meer. Weet je, het was echt weggezakt in de organisatie. Dat is gewoon doodzonde. Dus je moet het oppoetsen.

I: Ja.

G: En daar moet je natuurlijk wel strategisch handig iedereen aanhaken in huis die daar een rol in heeft.

I: Ja.

G: Want wij kunnen natuurlijk heel erg ons best doen om mooie en goede teksten te maken, maar uiteindelijk is die dokter verantwoordelijk. Ja, als die niet mee gaat werken, want uiteindelijk moet die zeggen 'Dit is goed zo'.

I: Ja

G: Dan ga je er niet komen. Dus we hebben heel erg ook via ons medische staf gespeeld, we hebben een klankbordgroep gemaakt, hier een projectaanpak gemaakt van hoe gaan we die 1800 teksten allemaal herzien. Want waar we nu mee bezig zijn moet je eigenlijk zien van joh zorgen dat die teksten niet alleen actueel worden, maar dat ze beter geschreven worden. Dus veel meer in heldere en duidelijke taal, zodanig dat de patiënt het ook begrijpt.

I: Ja

G: En dan hebben we het over de basis. Als die straks op orde is, dan hebben we een contentbak waar we alle andere dingen op kunnen inpluggen, dus ook apps en mijn \*ziekenhuis A\*, kunnen allemaal gebruik maken van diezelfde content.

I: Ja.

G: Dus dat staat niet op verschillende plekken. Maar dan ga je pas verder bouwen. Want dan ga je natuurlijk kijken: oke wat moet de volgende stap zijn. Wat gaan we nog, dan moet je je netwerk weer helemaal, nieuwe website, kunnen die decentrale redacteuren weer veel meer zelf. Hoe ga je dan instrueren en up to date houden? Hoe ga je het gedachtegoed van Taal voor allemaal dat wij dan gebruiken, deels gebruiken we gebruiken het niet helemaal, maar in ieder geval een aantal van die uitgangspunten hebben we heel erg omarmd. Hoe draag je dat gedachtegoed ook in huis uit? Want patiëntencommunicatie is natuurlijk meer dan de papieren communicatie waar wij ons nu mee bemoeien.

I: Ja.

G: En de communicatie in de spreekkamer, en wat er in de interactie gebeurt, ja daar zijn we natuurlijk niet bij.

I: Nee.

G: Dus daar wil je eigenlijk ook nog wel wat stappen zetten, maar goed dat doen we ook niet alleen hoor. We hebben ook een afdeling Kwaliteit en Verbetering die daar heel druk mee bezig is. Dus samen beslissen is zo'n item, wat natuurlijk heel erg vanuit die richting komt.

I: Ja.

G: Dus er zijn meerdere partijen die ook mee op dit terrein bewegen. En hoe betrek je patiënten zo goed mogelijk? Wat natuurlijk uiteindelijk moet je het ook toetsen (...)

I: Ja.

G: En liefst vooraf, dat is ook altijd wel een worsteling. Want iemand vragen om mee te kijken op een tekst van een aandoening waar die zelf niet aan lijdt is best ingewikkeld.

I: Ja.

G: Dus we hopen dat we straks ook wel op de website wat meer direct respons kunnen actief kunnen uitvragen.

I: Met een enquête of iets?

G: Ja, dat je een pop-up ofzo ‘Heeft u gevonden wat u (...)?’ of ‘Was deze informatie voor u helder/waar zou het verbeterd kunnen worden?’ dat soort, dus dat je het op die manier real time doet.

I: Ja.

G: Dan heb je denk ik meer relevantie voor de persoon die leest.

I: Want in hoeverre doen jullie nu aan gebruikersonderzoek?

G: Nou we hebben aan het begin, hebben we wat, maar dat zou je beter aan \*geïnterviewde 3\* en \*geïnterviewde 2\* kunnen vragen, aan het begin hebben we wel iets met een klankbordgroepje gedaan. Maar dat was best wel ingewikkeld merkten we.

I: Oke.

G: Ja, ja. Dus er zijn mensen betrokken, maar het is niet zo intensief als je misschien wel zou willen. En een heterogene patiëntgroep die je hiernaast zet, levert over het algemeen niet zo hele goede input op. Omdat het gewoon geen patiënten zijn die dat hebben.

I: Dan is het niet representatief.

G: Nou, dat is best lastig.

I: Ja.

G: Dan moet je eigenlijk al mensen van een bepaald abstractieniveau hebben die dat kunnen. Patiëntenverenigingen bijvoorbeeld.

I: Ja.

G: Die kunnen dat wel. Maar naja als je dat voor iedere aandoening gaat, dan is het ook huge. Dus we worstelen wel een beetje met dat thema, maar ik denk dat je dat ook vooral nog even bij \*geïnterviewde 2\* en bij \*geïnterviewde 3\* moet (...). Het is wel een van onze uitgangspunten, dat we het met patiënten doen.

I: Ja.

G: Dus we zoeken echt naar wegen om dat gewoon goed te doen. En zo af en toe lukt dat ook, maar misschien niet in de mate waarin we dat zouden willen.

I: Oke. Ja. En ik vroeg me ook af van wie er allemaal betrokken waren bij het beleid, dus toen jullie het op gingen stellen, de uitgangspunten.

G: Daar waren ook uiteraard wij vanuit de communicatie bij betrokken maar er was de medische staf bij betrokken, daar waren afdeling Kwaliteit en Verbetering was daarbij betrokken, raad van bestuur ook om uiteindelijk te zeggen ‘Ja, akkoord’. Ik zit even te denken wie nog meer. Verpleegkundig staf bestuur. We hebben eigenlijk alle gremia, zoals

dat bij ons heet, hebben we daarin betrokken. En daarna ook gesondeerd dat dat beleid was en daar kunnen we dan ook iedereen op aanspreken.

I: Ja. En zou je zeggen dat het tekstbeleid meer centraal of decentraal is georganiseerd? Dus meer vanuit: centraal: er is een communicatieafdeling die alles in de gaten houden en decentraal meer: per afdeling schrijft iedereen [...] ?

G: Ja, wij geven de uitgangspunten en wij geven de (...) zeker nu, als we nu even kijken we zijn natuurlijk een enorme inhaalslag aan het halen.

I: Ja.

G: Maar stel alles zou klaar zijn: dan is het eigenlijk veel meer decentraal georganiseerd. Want dan krijgt de betrokken persoon die verantwoordelijk is voor afdeling X voor alle teksten. Die krijgt gewoon automatisch een reminder uit het systeem, je moet je teksten checken. Die kunnen dan bepaalde dingen aanpassen, maar die kunnen bijvoorbeeld ook hele praktische dingen aanpassen op de website, weet je openingstijden, dat hoeft niet allemaal via ons. Als we herschrijven, dan zit er wel een check op voordat we het live zetten.

I: Vanuit de communicatieafdeling.

G: Ja. Dus we zijn in die zin (...). Maar nu in het stadium waar we nu zijn, dat we al die teksten herschrijven, zijn wij wel heel erg in de lead.

I: Maar dus nu is het wel centraal, maar dan wordt het uiteindelijk decentraler is het idee, of..?

G: Nou het is centraal met hele betrokkenheid van de afdeling.

I: Oke.

G: Dus we pakken het per afdeling op. We gaan eerst met de afdeling, we hebben al een inventarisatie gemaakt, dit zijn jouw teksten.

I: Ja.

G: We hebben al gezegd van 'Joh, kan dit niet bijvoorbeeld weg?', 'Is dit niet dubbel met dat?', 'Zou dat niet zus?'. Dus we hebben al een heel voorwerk gedaan. Dan gaan we natuurlijk hun commitment vragen. Dus we zijn ook aan het puzzelen met wanneer kunnen we welke afdeling doen. Want die afdeling moet ook tijd vrijmaken.

I: Ja.

G: Die moet ook tegenlezen en uiteindelijk zeggen 'Ja dat is oke'. Dus het is wel een hele erge samenwerking, een hele nauwe samenwerking. Je kunt niet om maar een voorbeeld te

noemen, de teksten van de afdeling Urologie herschrijven, en dan een keer terug en dan hup klaar.

I: Nee.

G: Het is een nauwe samenwerking. Want wij weten soms ook niet helemaal precies hoe die, hoe zo'n behandeling in zijn werk gaat.

I: Ja.

G: Dat heel helder opschrijven. En het hielp natuurlijk wel dat we al wel van tevoren hadden gezegd 'We gaan aandoening gerelateerde informatie dus *Ik heb Nierfalen*, ik zeg maar wat dat nemen we van Thuisarts over'. Dus dan kom je ook echt op een stuk informatie van Thuisarts. Dus wij concentreren ons op de behandeling. Wat gebeurt er als je in \*ziekenhuis A\* behandeld wordt voor XXX? Wat houdt zo'n behandeling dan in? Hoe moet je daarmee omgaan? Nou dat, dat doe je samen met behandelaars. En veelal hebben wij heel veel contact met verpleegkundigen, specialistisch verpleegkundigen. Soms direct met de artsen als het om en, het een is ingewikkelder dan het ander.

I: Ja.

G: Kijk op het moment dat je op de zorgpaden komt voor Oncologie, ja daar komt heel veel bij kijken natuurlijk.

I: Ja. En zijn er dan vaste momenten dat jullie dan met zo'n afdeling zitten of is dat (...)? G: Nee, wordt allemaal ingepland nu. We kijken per, we weten hoeveel RFE's heet dat bij ons, hoeveel afdelingen we hebben. Ja, en die zijn allemaal een beetje, die delen we in, dus dat is niet een heel vast patroon. Per afdeling.

I: Nee, het gaat meer per afdeling dan.

G: Per afdeling kijken wat nodig is, ja.

I: Oke, en, ja ik had ook als vraag of de nadruk in het \*ziekenhuis A\* ligt op herschrijven door schrijfspecialisten of beter schrijven op de werkvloer, of is dat eigenlijk een soort combinatie wat je nu zegt?

G: Nu is het wel heel erg vanuit ons. Dus je vraagt niet een verpleegkundige om een nieuwe tekst te schrijven. Dat doen wij. En dan leggen we het aan hun voor. Maar dat is omdat we nu (...)

I: Dat is meer inhoudelijk dan.

G: Dat is omdat we nu, omdat we nu een nieuwe basis neerleggen.

I: Ja.

G: Je kunt je voorstellen dat als je wilt dat het op termijn gewoon veel meer ook van de afdelingen wordt, dan zul je hen wel meer moeten trainen.

I: Ja, dat (...)

G: Hebben we nu nog niet gedaan. Nee.

I: Oke, ja ik vroeg me dat inderdaad (...)

G: Ze worden er wel in meegenomen en ze moeten echt wennen want ze vinden dat we het enorm versimpelen en soms vinden ze dat we het teveel versimpelen. Dat is natuurlijk je eigen referentiekader.

I: Ja.

G: Waardoor je zegt van he, maar dat zijn ook kleine voorbeeldjes, dat je het bijvoorbeeld altijd hebt over de dokter en niet over de oncologische hutsefluts of de specialist of de (...). Als je dat steeds gaat wisselen, dat is voor mensen heel verwarrend.

I: Ja.

G: Terwijl vanuit hunzelf geredeneerd, ze het veel beter vinden dat daar bijvoorbeeld staat 'de specialist' of dat soort dingen dus daar moet je dan wel een beetje mee. En ik denk dat de dames je nog veel meer kunnen vertellen over de dingen die daarin (...)

I: Ja

G: Ter tafel komen. En de een gaat wat makkelijker mee in eenvoudig taalgebruik dan de ander, maar we blijven er wel op hameren. Vanuit natuurlijk ook een stukje bewustzijn waar we in coronatijd natuurlijk nadrukkelijk mee geconfronteerd werden dat we patiënten ook steeds meer op afstand van het ziekenhuis zetten.

I: Ja.

G: Thuis. Er werd veel meer met, spreekuren werden telefonisch gedaan, ja en dan zie je dus dat de patiënt ook veel meer genoodzaakt is om informatie tot zich te nemen en hebben we ook moeten constateren dat dat niet altijd aansluit.

I: Ja, dat las ik inderdaad ook.

G: En dat gaat alleen maar meer worden, ook in de toekomst. Dat er meer mensen op afstand behandeld zullen worden, dus de informatie moet gewoon helder en duidelijk. En als je dan weet hoe groot deel van Nederland laaggeletterd is, ja dan zul je wel wat aan je informatie moeten doen.

I: Ja. Want hoe houden jullie rekening met die laaggeletterdheid?



G: Ja, door heel heel eenvoudig taalgebruik, door een voorleesfunctie straks te hebben en een vorm van vertaalmogelijkheid via een google translate. Maar vooral die voorleesknoop kan denk ik helpen.

I: Ja.

G: En ja we gebruiken hier in huis in spreekuren is het heel gebruikelijk dat er tolken meekomen of familieleden. En daar zit natuurlijk ook, in het directe, directe contact met de patiënt zit natuurlijk een soort van toets van wie zit hier tegenover mij en begrijpt ie überhaupt wat ik zeg.

I: Ja.

G: De informatie is allemaal dus nu bij [...] straks, maar we zullen daar ook nog wel, we hebben wel een printversie die heel makkelijk, dus we kunnen het ook nog wel schriftelijk uitreiken.

I: Dat is dan meer op aanvraag van de patiënt, dat schriftelijke?

G: Nou ook op aanvoelen van de verzorgende.

I: Ja.

G: Van de zorgverlener.

I: Ja.

G: Die dan kan denken deze personen moeten dit echt meekrijgen.

I: Ja. En je had het eerder over dat je uiteindelijk meer ook gaat zitten op het trainen van de professionals die zelf schrijven?

G: Nou, dat zou wel mijn wens zijn. Maar de vraag is of wij dat moeten doen of dat we dat op een andere manier moeten doen, bijvoorbeeld met onze collega's. Daar zijn we nog niet uit.

I: Oke, dus er is nog niet/jullie hebben nog niet een manier (...)?

G: Er zijn zoveel mensen. En het trainen is ook weer een vak apart. Dus haal je daar iemand voor naar binnen, of wil je train de trainer, daar hebben we eerlijk gezegd (...). Daar zijn we nog niet aan toe.

I: Oke.

G: Nee.

I: Ja, want ik vroeg me inderdaad af of dat dan meer zou gaan om dat je bepaalde job aids ontwikkelt dus bijvoorbeeld stappenplannen of instructielijsten, of dat je tekstspecialisten

aanstelt of dat je trainingen aanbiedt, inderdaad op welke manier je dat doet. Maar dat is dus iets waar jullie nog een weg in gaan vinden.

G: Daar gaan we over na denken, en daar denken we soms ook al over na. Weet je sommige afdelingen hebben natuurlijk zelf al een duidelijke vraag. En het is natuurlijk niet zo dat afdelingen überhaupt niet met hun patiëntcommunicatie bezig zijn.

I: Nee.

G: Dat is natuurlijk niet waar. Dus in heel veel RFE's wordt er goed over nagedacht en hebben ze ook wel bepaalde methodieken ontwikkeld om juist hun patiëntgroep goed te informeren. Als jij een RFE bent van bijvoorbeeld meer dan de helft van je mensen is van niet-westerse achtergrond, ja dan heb je daar al tools voor.

I: Ja.

G: Want dat kom je elke dag tegen.

I: Ja.

G: Dus we moeten ook niet voorbij gaan aan wat er allemaal al per, als je bijvoorbeeld kijkt naar de afdeling geriatrie die veel met demente personen werkt natuurlijk met allerhande andere aandoeningen ja die hebben zoveel methodieken zelf ontwikkeld, om juist met deze, hebben ook veel onderzoeken gedaan naar wat werkt, dus daar moet je ook wel eventjes maatwerk leveren denk ik.

I: Dat je ook kijkt per afdeling wat er al is?

G: Wat is er eigenlijk nodig?

I: Ja.

G: Hoe gaat het eigenlijk? Ervaren ze een probleem? Kijk wat wij nu doen is dat we die schriftelijke informatie gewoon opschonen en verbeteren en hertalen noemen wij het.

I: Ja.

G: En dat we die visie, steeds een stukje opschuiven richting die visie. Dat we uiteindelijk daar komen en dat we zeggen 'Ja onze, alle 12 punten zijn check!'

I: Ja.

G: En dat probeer je natuurlijk in iedere RFE te doen, dus dat je uiteindelijk die visie zegt 'Oke hoe zit het bij jullie, met dit dit dit?' Ja op dit moment zijn we nog \*ziekenhuis A\* breed bezig.

I: Ja.

G: En uiteindelijk zul je misschien meer, maarja, heel veel, onze capaciteit is natuurlijk ook ja zo tot in een bepaalde dat kunnen we leveren, we kunnen ook niet iedere RFE op maat bedienen. Want dan moeten we 3 keer zo groot zijn.

I: Ja, dat is wel een hele organisatie inderdaad.

G: Dat gaat niet, nee. Dat gaat niet.

I: En is er dan een bepaalde operationele doelstelling voor teksten, dus bijvoorbeeld hoeveel, dat je B1 schrijft of hoeveel woorden je hebt per zin?

G: Ja, kun je beter denk ik even (...) I:

Aan \*geïnterviewde 3\*?

G: Aan \*geïnterviewde 3\* vragen.

I: Oke.

G: Daar zijn heel veel richtlijnen voor geschreven vanuit het project wat he tekstblokken die overal gelijk moeten zijn, inderdaad nou B1 zeggen we niet, we hebben daar net nog, die Taal voor allemaal hebben we, die training hebben we gedaan.

I: Ja.

G: Maar we zitten niet helemaal op Taal voor allemaal. Dus we zitten een beetje tussen die twee niveaus in.

I: Ja.

G: Dus B1 is inderdaad wel goed om te zeggen dat we daar in ieder geval op zitten. Maar weet je er is een hele tool ontwikkeld, we zijn collectief getraind, maar we hebben ook een hele redactietool omdat er meerdere mensen aan werken he.

I: Ja.

G: Dus dan wil je ook een bepaalde werkmethode hebben die helder en duidelijk is. Dus daar is van alles geschreven en gedaan. Wordt ook steeds meer dingen worden daarop aangevuld. {Je ziet hier ook van alles hangen dus dat zijn dan weer dingen die. Hier zie je bijvoorbeeld de redactie, ja hoe schrijf je getallen bijvoorbeeld. Hoe ga je om met medicatie – geïnterviewde wijst naar de schrijfwijzer}.

I: Ohja, dat is van de schrijfwijzer van Taal voor allemaal toch?

G: {Synoniemen} Ja.

I: Dat had ik ook gezien.

G: Dit zijn dingen die hangen en die zijn natuurlijk ook online beschikbaar. Dus er is heel veel instructie.

I: Ja, oke. Ja, ohja, ik vroeg me ook af hoe het \*ziekenhuis A\* aandacht besteedt aan de schrijfvaardigheid van sollicitanten en bestaande medewerkers?

G: Niet.

I: Niet? Oke.

G: Nee, nee. We hebben geen, ja ons leerhuis biedt wel bepaalde dingen aan aan medewerkers, dus taaltrainingen of schrijftrainingen, ik weet eerlijk gezegd niet eens precies wat. Maar wij, vanuit communicatie, wat we wel doen is bijvoorbeeld, en daar is nu wel heel veel behoefte aan, dat we leidinggevenden helpen met hoe communiceer je op een goede manier met je medewerkers.

I: Ja.

G: He dus in projecten dat we adviezen geven over lijncommunicatie. Dat we zeggen 'doe dan dit of juist niet dit of zus', dus heel veel in het adviseurswerk zit heel veel van dat soort. Maar echt helpen van hoe schrijf je een goede dit of dat, nee dat doen we niet.

I: Oke.

G: Dat zit veel meer in alles wat het leerhuis aanbiedt. Het leerhuis is de afdeling bij ons die alle trainingen doet in huis.

I: Oke.

G: Dat doen ze niet per se zelf, ze halen ook heel veel naar binnen. En binnen het leerhuis heb je natuurlijk een deel dat zijn de verplichte trainingen. Binnen een ziekenhuis heb je natuurlijk heel veel verplichte trainingen want iedereen moet vaardig zijn in alle handelingen.

I: Ja.

G: Dus daar zit heel veel nadruk op. En ook op het opleiden van nieuwe verpleegkundigen, het begeleiden van coassistenten, nou dat hele stuk. En je hebt natuurlijk het stuk training on the job op allerlei vaardigheden en je hebt persoonlijke ontwikkeling. Nou dat hele stuk wordt eigenlijk door het leerhuis bij ons gedaan.

I: En geeft het leerhuis dan ook (...)

G: Als ze iets over schrijven zouden willen geven of wij adviseren dat er iets over schrijven zou moeten zijn, dan kijken we wel samen van wat is er dan nodig? He maar wij zullen die trainingen niet gaan geven. We hebben ooit een keer een training lijncommunicatie zelf gegeven, mensen van ons, was voordat ik hier was. En dan kom je er ook achter dat je niet per se een docent bent. Dat is best ingewikkeld.

I: In de zin van?

G: Om kennis over te dragen aan een grote groep. Dus moet je dat dan zelf doen of moet je zeggen nee wij gaan over de inhoud van die training wel praten, maar we laten het iemand anders doen? Nou eigenlijk zijn we daar ook mee gestopt, dus dat is niet meer ons primaire doel. Wat we wel doen is mensen heel erg helpen in de zin van hoe communiceer je binnen je eigen unit of hoe kun je een goed nieuws bericht opstellen? Dus dan faciliteren we ze meer en soms is het ook: hoe moet je het doen. Bijvoorbeeld een social media protocol. Hoe moet je je als \*ziekenhuis A\* gedragen op social media? Wat mag wel en wat mag niet? Dus dat soort dingen doen we natuurlijk wel, ja.

I: En is dat dan meer op aanvraag van mensen die dan zelf die teksten voorleggen aan jullie of (...)?

G: Nee, dan is het meer dat ze iets op intranet gepubliceerd willen hebben en dat wij zeggen ja waar we voorheen al die berichten schreven, zeggen we nu 'Joh met deze tools kan je zelf dit bericht eigenlijk al opstellen'.

I: Ja.

G: En dan werpen we nog één blik en dan gaat ie gewoon live. Ja.

I: Als een soort laatste redactie zeg maar.

G: Ja, laatste redactie. En heel veel onderwerpen gaan we natuurlijk zelf ook, we doen zelf ook veel aan interviews en verdieping, en dat, eigen content maken. Maar daar kwamen we in het verleden gewoon weinig aan toe omdat we de hele dag die berichten zaten door te zetten ja dan hadden we eigenlijk niet zoveel zin meer in. Dus we hadden gezegd van ja om nou echt toe te komen aan eigen content produceren, moeten we daar iets meer faciliteren en soms ook maar accepteren.

I: Ja.

G: Ja, ja.

I: Dat je toch iets meer verantwoordelijkheid ook bij (...)

G: Naar buiten is een ander verhaal, dus daar hebben we ook wel een social media protocol op het moment dat je naar buiten, dat je een vraag van een journalist krijgt of je wilt zelf naar de pers, dan moet dat via onze persvoorlichters.

I: Oke.

G: Dat is een afspraak die we hebben. Je betreft altijd de persvoorlichters soms zegt ie 'Prima, moet je gewoon lekker doen, hier zijn tips en tricks voor als je (...)'. Want soms

weten we dat mensen dat best goed zelf kunnen. Bepaalde dokters. Bij andere dingen zijn we erbij. En bij weer andere dingen zeggen we 'Nou niet zo handig, dus doe maar niet'. En veelal komen die verzoeken natuurlijk bij ons binnen.

I: Ja.

G: Ja.

I: Dus het is wel verschillend voor pers en intern.

G: Ja, pers, interne communicatie kan je voor een deel zelf, externe communicatie nou dat is al veelal media of social media, daar hebben we natuurlijk in ieder geval een social media protocol.

I: Ja.

G: En daar hebben we vaak wel overleg over, wat brengen we naar buiten, he dat is niet iets wat mensen zomaar doen.

I: Nee.

G: Nee.

I: En dan bij die patiëntenfolders, is dat dan, dat is ook naar buiten toe, maar dat is wel voor je organisatie (...)

G: Ja, patiëntenfolders is echt een andere tak van sport.

I: Oke.

G: Weet je, dat hoort bij de zorg.

I: Ja.

G: Dus dat moet je samen met de zorgverlener, moet je dat maken. Wat wij nu doen is daar heel erg het besef inbrengen van jongens dat moet beter en daar hebben we een visie voor.

I: Ja.

G: Dit zijn de 12 punten waar die aan moet voldoen. En daar gaan we ook nu die verbeter slag doorvoeren, zodat de basis in ieder geval op orde is. En dan kunnen we verder gaan bouwen.

I: Ja. En controleren jullie dan ook tussentijds hoe de visie ervoor staat en hoe de patiëntenfolders zijn?

G: Ja, zeker. Zeker. Zeker. Alleen de bak met werk die we op onze nek hadden gehaald, die is, we wisten dat het een enorme klus was, maar het blijkt nog veel grotere klus te zijn. Dus we zijn voorlopig nog niet klaar.

I: Ook heel veel teksten hoorde ik van \*geïnterviewde 3\*.

G: Ja, heel veel teksten en heel veel werk. Kijk en daarom is het daarom ook leuk wat jij, waar jij mee bij ons kwam, omdat het ons helpt om ook even een soort toets moment te hebben. Want we komen er nauwelijks aan toe.

I: Ja.

G: Om even te kijken van (...) I:

Van bovenaf.

G: Ja, en het is super om dan een groot deel van die teksten ook op die manier even te screenen van hoe duidelijk zijn ze nou eigenlijk.

I: Ja.

G: Ons heel goed realiserend dat daar ook dingen uit kunnen komen dat we denken van oh oeps we dachten dat ze zo duidelijk waren maar dat is nog niet zo. Dus dat kan heel veel werk met zich meebrengen maar het kan ons ook helpen om voor die hele grote bak die we nog moeten, ook weer input te krijgen.

I: Ja, precies.

G: Ja.

I: Ik zit even te kijken of ik de meeste vragen beantwoord heb gekregen. Ja, ik had als vraag wat de mensen van verschillende functies, of die vastgestelde taken hadden, maar volgens mij zijn we daar al op ingegaan.

G: Ja.

I: En, ik vroeg me ook nog af, maar dat, ik heb een soort model waar ik ook dus ook naar kijk voor tekstbeleid, en daarin speelt budget ook een rol maar ik weet niet of je daar antwoord op wilt geven. Maar misschien in percentages hoe je het budget voor de tekstkwaliteit kan beheren dus qua geld en uren.

G: Uren is hier de grootste kostenpost kan ik wel zeggen. En beeld. Want we zijn natuurlijk ook zelf veel beeld aan het maken.

I: Ja.

G: Ja, ik denk dat waar in het verleden twee mensen van onze afdeling voornamelijk met patiëntcommunicatie bezig waren, dat het nu veel meer in de groep ligt. En dat daar misschien wel twee keer zoveel mensen mee bezig zijn op dit moment, qua uren.

I: Ja.

G: Dus dat houden we niet vol de hele tijd. Er zitten ook wat extra FTE's op nu. En het helpt ons dat we ook een website aan het bouwen zijn. Dus binnen dat project had ik wel, heb ik wel wat ruimte kunnen vinden om dat te doen.

I: Want waarom, hoe helpt het?

G: Omdat je daar een budget hebt, dus dan kan je ook FTE's aannemen.

I: Ohja.

G: Dus daar zit ook, een FTE's kun je daar deels uithalen. Want binnen je eigen team, gewoon zo'n groot project, alleen maar met je eigen mensen doen, lukt eigenlijk niet.

I: Nee.

G: Nee, dus je hebt tijdelijk wel versterking nodig. En het zal ook betekenen dat het een groter deel van het team uiteindelijk is dat daar mee bezig blijft. En misschien niet 100% van hun tijd, maar gewoon wel een substantieel deel. Ja.

I: Ja, oke. En dat, ik vroeg me ook nog af wie uiteindelijk de doorslag geeft als de teksten worden opgeleverd. Dus of de communicatieafdeling dan bepaalt van dit blijft er staan als je bijvoorbeeld in overleg bent met zorgprofessionals en zij vinden iets anders dan (...).

G: Nou het is een overlegsituatie. Wij kunnen niet iets doordrammen.

I: Nee.

G: Als een dokter zegt 'Zo wil ik het niet', dan is die uiteindelijk wel de eindverantwoordelijke. En meestal kom je er toch wel uit.

I: Ja.

G: Dat is een beetje. Maar wij kunnen niet zeggen 'Zo moet het'.

I: Omdat zij meer inhoudelijk weer (...)?

G: Nou zij zijn eindverantwoordelijk voor die informatie.

I: Ja.

G: Het hoort bij de zorg.

I: Ja.

G: Dus wij kunnen niet zeggen 'Zo moet het'. Want het is een verlengstuk van wat zij doen met die patiënt.

I: Ja.

G: Als zij zeggen 'Dit moet hier zo staan'. Maar we doen natuurlijk ons uiterste best om iedereen in dezelfde lijn te krijgen. We hebben wel van tevoren natuurlijk ook veel gemanaged.



I: Ja.

G: Dus door die visie al goed vast te stellen, neem je een aantal van die dingen weg, door een besluit over Thuisarts met de medisch specialisten te nemen voorkom je dat er een dokter is die zegt 'Ja maar ik wil dat niet'. We hebben gezegd 'Nee, maar we gaan met iedereen.'

I: Ja.

G: Dus we gaan niet een wel en dan een niet en dan die wel en die niet. Dat is niet te doen. Dus als wij een [...] met Thuisarts, dan gaat het ook over de hele linie.

I: Ja.

G: Dus dat, dat is al duidelijk.

I: Dus dan helpt het ook (...)

G: Aan het begin moet je veel sonderen en soms zitten er mensen tussen die best wel lastig.

I: En wat zijn dan de voornaamste discussiepunten? Want je noemde daarvoor al vaktermen dat?

G: Ja, ik denk soms ook het niveau. Dat ze vinden dat het te simpel wordt. Maar ik denk dat \*geïnterviewde 2\* en \*geïnterviewde 3\* dat meer zien.

I: Ja.

G: En daar dus ook, die hebben die gesprekken met de RFE's. Dus die zal ik ook vooral aan hun stellen, die vraag.

I: Ja, oke. Duidelijk. En ik zag ook op LinkedIn nog dat jullie de Direct Duidelijk Deal hebben ondertekend.

G: Ja, klopt.

I: Ik vroeg me af hoe dat dan in relatie met jullie beleid staat?

G: Wij hebben daar even naar, we hebben natuurlijk, we vonden het een heel mooi initiatief. Er stonden nog helemaal geen ziekenhuizen bij, dat vonden we ook best wel raar.

I: Ja.

G: Dat we dachten van goh, het is misschien mooi dat zo'n olievlek toch ook wat, zich uitstrekt tot de zorg, dus daar willen we altijd wel een beetje ons nek voor uitsteken. We hebben natuurlijk wel gekeken van wat zijn de verplichtingen die eraan hangen. Nou eigenlijk niet. Het is vooral het gedachtegoed uitdragen dat je duidelijke taal moet schrijven. Volgens mij is dat ook ons uitgangspunt, dus dat past prima bij ons.

I: Want zitten daar nog bepaalde aspecten aan, aan die Deal, waar je dan aan moet voldoen? Of gaat het meer om echt, we hebben die visie?

G: Het gaat echt om een olievlekwerking in Nederland dat we duidelijke taal moeten bezigen. En dat is begonnen bij Belastingdienst, andere overheidsorganen, gemeentes, die ook weer veel werk te verzetten hebben. Maar in de zorg geldt het net zo goed. Dus wij dachten: kom, we sluiten ons ook aan. Ja.

I: Ja. Leuk om te zien inderdaad. Jullie waren dan de eerste toch, die (...)

G: Ja, we waren de eerste. Net als bij Thuisarts waren we ook de eerste, dat vinden we altijd wel leuk.

I: Ja, dat snap ik. En dan had ik nog een wat meer persoonlijke vraag van wat je zelf goed vindt gaan aan het tekstbeleid en waar je denkt dat verbeterpunten liggen in het algemeen?

G: Ik denk dat we nu nog heel erg in het project zitten van opbouw van die hele bak met content. Ja, en daar leren we elke dag. Daar hadden we een heel ambitieus plan en dat blijkt gewoon niet haalbaar. Dus daar hebben we al een paar keer bij moeten stellen. Dus ik kan nu nog niet zoveel leerpunten, die zitten heel erg op het proces.

I: Ja.

G: Leerpunten ten aanzien van de inhoud, vind ik nog een beetje vroeg.

I: Ja. En het proces?

G: Het proces hebben we gewoon heel veel geleerd in de zin van je ambities niet zo hoog stellen. Het is niet zo makkelijk, he want we hebben ook wat werkstudenten hier. Het blijkt best wel lastig te zijn om iemand te vinden die dit ook echt goed kan. Dit is toch wel een vak apart, laat ik het zo zeggen.

I: Ja.

G: Dat is echt wel een leerpunt. Het is een vak apart. Iemand die hier waanzinnige mooie interviews schrijft, is niet per definitie iemand die hele mooie patiënteninformatie schrijft. Want je moet namelijk niet mooi schrijven.

I: Het moet gewoon begrijpelijk zijn.

G: Dat is het allergrootste leerpunt: mooi schrijven moet je afschaffen.

I: Ja.

G: Je moet goed schrijven. Helder schrijven. Duidelijk schrijven. En dat is niet per definitie mooi.

I: Nee.

G: Dus waar wij dan zeggen 'Als je drie keer een woord hebt genoemd, dan ga je een keer zeggen deze of die'. Nee, dat moet je dus gewoon niet doen.

I: Ja.

G: Dat soort dingen.

I: Dat is wel anders, begrijpelijk schrijven.

G: Dat is meer persoonlijk, want ik heb natuurlijk ook wel teksten geschreven of tegen gelezen, en ik dan denk [...], ja dat moet.

I: Ja, oke, helder!

## 9.2.2. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 2

### Afkortingen:

- G: geïnterviewde
- I: interviewer

### Begrippen:

- CMS: contentmanagementsystem

### Gebruikte tekens:

- [...] Het is onduidelijk wat er gezegd wordt.
- {} Geïnterviewde wijst iets in de omgeving aan.
- (...) De zin is nog niet afgemaakt. De zin wordt later afgemaakt of niet afgemaakt.

I: Ja, allereerst ben ik benieuwd naar je functie, want \*geïnterviewde 3\* vertelde al dat je communicatieadviseur bent en projectleider.

G: Ja.

I: Van dit project en ik vroeg me af hoelang je werkzaam bent in het \*ziekenhuis A\*. G: Ja. Ik werk bijna 12 jaar in \*ziekenhuis A\* en inderdaad de laatste jaren als senior communicatieadviseur en nu als projectleider van de herziening van de patiënteninformatie.

I: Dat is al wel een tijd.

G: Ja, he, ja.

I: Ja, leuk. En kan je iets meer vertellen over je functie als communicatieadviseur en projectleider?

G: Die functie van communicatieadviseur is best wel breed he, dus dat gaat van crisiscommunicatie tot gewoon interne projecten, tot meer projecten die extern gericht zijn. Maar laatste jaar, halfjaar, nou ik kan wel zeggen jaar, ben ik vooral met die patiëntencommunicatie bezig. Dus ik heb de visie, onze visie op patiëntencommunicatie ontwikkeld en eigenlijk daaruit volgend is de, de herziening van onze patiënteninformatie. Dan gaat het dus, ik bedoel hier met patiëntencommunicatie echt de informatie over, de communicatie over de zorg en alles rond de zorg. Dus zorg en dienstverlening van \*ziekenhuis A\*.

I: Oke.

G: Ja. Maar die functie van communicatieadviseur is veel breder dan dus in corona waren we druk bezig met gewoon ja crisiscommunicatie eigenlijk of ja.

I: Daar valt veel meer onder, onder (...)

G: Ja, dus dat is een beetje net wat er voorbij komt. Maar nu zijn we heel druk hiermee, ja.

I: En wat, want je gaf net aan van dan gaat het om de communicatie naar buiten maar ik vroeg me even af van, over de zorg, wat dan precies dat herschrijftraject inhoudt, welke teksten je allemaal begrijpelijker maakt?

G: Nee als ik het heb over patiëntencommunicatie nu, bedoel ik dus communicatie over de zorg en de dienstverlening.

I: Oke.

G: Maar als communicatieadviseur houd ik me soms ook bezig met nou we gaan nu samenwerken met Thuisarts bijvoorbeeld. Dat is, daarover gaan we ook communiceren.

I: Ja.

G: Nouja dat is dus meer naar de buitenwereld in een bredere zin (...) I:

Oh, oke.

G: Richting media, richting stakeholders.

I: Minder de patiëntinformatie an sich.

G: En dat is dan meer, dat is niet echt patiënteninformatie.

I: Nee.

G: Dus dat zijn twee verschillende facetten zeg maar.

I: Ja, oke. En hoe ben jij betrokken bij het tekstbeleid van het \*ziekenhuis A\*? Dus je hebt zelf meegewerkt aan dat beleid opstellen?

G: Ja, dat beleid heb ik opgesteld eigenlijk. En daar hebben natuurlijk een heleboel mensen binnen \*ziekenhuis A\* ook meegekeken, binnen ons team maar ook buiten ons team. Dus we hebben ook zorgverleners mee laten kijken en andere ondersteunende afdelingen, mensen die betrokken zijn bij het elektronische patiëntendossier, bij innovatie, de gremia hier in huis. Dus het verpleegkundig stafbestuur, de medische staf, natuurlijk de raad van bestuur, de patiëntenraad. Omdat wij hiervoor hadden we eigenlijk niet echt beleid als het gaat om communicatie in tekst en beeld. {Het ligt hier toevallig. Dit is zeg maar de verkorte versie zoals we hem delen met onze collega's in huis – geïnterviewde wijst naar document met 12 uitgangspunten}.

I: Ohja, ja.

G: Dat gaat. Ja het idee, communiceer je in tekst en beeld over de zorg, over of rond de zorg, houd dan hier rekening mee. En naja dat is een wat langer stuk geworden maar eigenlijk is de essentie is dit. En daar hadden wij nooit beleid voor. Dus eigenlijk deden we maar wat. Nee dat is niet helemaal waar natuurlijk.

I: Nee.

G: Daar hadden we wel ideeën over. Maar binnen \*ziekenhuis A\* konden we dat niet, dan had je soms ook wel discussie natuurlijk. Want je kon nergens op terugvallen.

I: Ja.

G: We voelden steeds sterker van ja we hebben wel behoefte aan beleid waar we ook naar kunnen verwijzen van nee dit is de afspraak in \*ziekenhuis A\*.

I: Ja, dat je meer eenheid hebt.

G: Ja. Omdat we natuurlijk niet, het is niet alleen de afdeling communicatie die communiceert met patiënten. Dat doet het hele ziekenhuis, dus ja. I: Ja. En op basis waarvan hebben jullie die 12 uitgangspunten opgesteld?

G: Ja, dat is, ik heb geïnformeerd bij andere ziekenhuizen, ik heb ja best wel ja gelezen over dit onderwerp. Ik wil niet zeggen dat ik een heel uitgebreid onderzoek heb gedaan maar wel naja, wat is nou patiëntgerichtheid. Daar zit natuurlijk ook die, die, die communicatie is daar een belangrijk element in. Ja en ook gewoon onze eigen ervaring tot nu toe, ja.

I: Ja.

G: En natuurlijk ook gewoon de strategie van \*ziekenhuis A\*. He, wat hebben we al wel aan beleidsstukken waar je je dan op kan richten. Ja.

I: Ja.

G: En wat is er, wat zijn de trends, he, dus bijvoorbeeld hier staat ook in opgenomen samen beslissen. Nou dat is natuurlijk iets waar landelijk gewoon steeds meer aandacht voor is van he vroeger was het zo de dokter bepaalt, nu willen we heel graag dat patiënten ook meebeslissen. Nou als je dat wilt, dan moet de patiënt ook goed geïnformeerd zijn. Dus he dat soort aspecten zitten daar ook in.

I: Ja, oke. En in hoeverre is de patiënt daar dan nog bij betrokken geweest, bij dat beleid?

G: Ja we hebben, we hebben, we hebben het meer getoetst bij patiënten.

I: Oke.

G: Ja. En daar moet ik even heel hard nadenken. Dat was vooral heel positief. Er is nog wel iets uit aangepast, maar dan weet ik even niet meer wat.

I: Denk er rustig over na hoor.

G: Dat weet ik zo even niet meer. Nou bijvoorbeeld wat zij heel belangrijk vinden, dat digitaal vinden ze aan de ene kant heel belangrijk en aan de andere kant ook van oh let op niet iedereen kan daarin mee. Dus zorg wel dat je ook op papier dingen blijft verstrekken. Weet je dat soort dingen, dat kregen we ook echt wel terug van patiënten. En het is niet zo dat we dat zelf niet hadden bedacht, maar dat is wel een belangrijk (...) I: Een aandachtspunt.

G: Een aandachtspunt. Ja. Maar het is ook, het is best lastig om zoiets te toetsen bij patiënten. Want ja hoeveel patiënten ga je dat dan toetsen en iedereen heeft z'n eigen perspectief he. Hoogopgeleide patiënten zien dit en die denken ja maar het moet ook niet te veel Jip en Janneke worden allemaal.

I: Dat hoor je vaak inderdaad.

G: Terwijl ja, denk ja, moeten we hier nou naar luisteren? Dat denk ik dan toch niet eigenlijk. Natuurlijk moeten we niet een kinderachtige toon gaan aanslaan, maar ja.

I: Maar er zit natuurlijk ook een verschil in kinderachtig en (...) G:

Precies.

I: Begrijpelijk.

G: En begrijpelijk, ja.

I: Ik vroeg me sowieso af wat, wat patiëntgerichte communicatie precies inhoudt. Want je noemde net het begrip.

G: Ja, oh god, er was [...] heel erg, had ik zo een soort definitie kunnen geven. Nouja er zit dus wel wat hier in die visie ook zit, van het versterkt de positie van de patiënt.

I: Ja.

G: Ik denk dat dat te maken heeft met patiëntgerichtheid. Dat het, maar ook de inclusiviteit, En dan vind ik achteraf zit dat niet helemaal duidelijk genoeg hierin. Maar ja ik denk dus dat dat heel belangrijk is. Dat elke situatie, elke persoon anders is en dat dat ook wel uit je communicatie moet blijken of dat daar een soort, die openheid erin moet zitten.

I: Dat bedoel je met inclusiviteit dan, of?

G: Nou, ja, dat is een van de aspecten dan daarvan denk ik.

I: Ja.

G: En het is natuurlijk ook dat het begrijpelijk is voor een heleboel mensen.

I: Ja.

G: Maar het is ook dat de afdeling Diëtetiek, als die menu suggesties doet, dat het niet alleen maar aardappel/groenten/vlees is, maar dat je ook een beetje uitgaat van wat er tegenwoordig in Amsterdam, dat daar veel meer variatie is.

I: Ja.

G: Dat je niet ja de bevolking is anders dan in de jaren 50 zeg maar.

I: Ja.

G: Dus dat is ook inclusiviteit. En dat je in je afbeeldingen niet alleen maar witte mensen laat zien en alleen maar mannen.

I: Ja.

G: Maar dat je daar variatie in hebt. Dat is natuurlijk veel breder dan dat. Waardoor je zorgt dat je echt je best doet om iedereen aan te spreken.

I: Ja.

G: Dat is natuurlijk ook, maar patiëntgerichtheid is ook dat je in je teksten het perspectief van de patiënt steeds meeneemt. En wat ik wel zie in oudere teksten van ons is dat het toch heel erg vanuit hoe is het geregeld in \*ziekenhuis A\*, in plaats van ik ben een patiënt en ik sta daar en wat moet ik?

I: Ja.

G: Dus dat, dat is wel, ja, dat is heel moeilijk, ja, om dat in een soort regel te vatten. Maar dat proberen we wel heel erg in het project waar nu mee bezig zijn mee te nemen.

I: Ja. En hoe doe je dat dan?

G: Door de teksten persoonlijker te maken. Dus heel erg erop te letten in plaats van passieve zinnen of meer algemeen dat het echt is 'U krijgt dit', 'U doet dit', of 'De dokter doet iets'. En niet, niet vanuit het proces binnen ons ziekenhuis maar meer vanuit wat zijn de stappen van de patiënt.

I: Ja.

G: Maar het is best wel lastig, want wij weten dat niet altijd.

I: Nee.

G: Als communicatieafdeling. Dus daar hebben we wel de zorgverleners heel hard bij nodig.

I: Ja en hoe doen jullie dat dan, dat gesprek aangaan met de zorgverleners?



G: Ja, het gaat om 1800 folders, dus we kunnen niet over alles dan heel uitgebreid het gesprek aan. Maar wat wij wel doen is gewoon vragen wie doet dat dan, en wanneer is dat dan, dus eigenlijk heel erg het concreet proberen te maken, dat is eigenlijk vooral ook wat we dan doen.

I: Ja.

G: Ja.

I: Oke. Ik vroeg me inderdaad of u, je, nog iets meer zou kunnen vertellen over de visie en waarden als het gaat om tekstkwaliteit.

G: Tekstkwaliteit. Nouja wij proberen onze teksten in ieder geval B1 te maken. We proberen die teksten patiëntgericht dus te maken, door het persoonlijker, actiever te maken. We hebben een schrijfwijzer, we proberen eenduidig te zijn in de termen die we gebruiken, we zijn als team getraind door Taal voor allemaal. Wat eigenlijk verder gaat dan B1, want B1 is misschien een beetje woordjes.

I: Ja.

G: En ik denk een goede tekst gaat veel verder dan dat. Want je kunt een onbegrijpelijke tekst maken in B1 woorden of een tekst die gewoon helemaal niet, waar iemand zich niet aangesproken door voelt. Wij proberen wel te zorgen dat onze teksten, dat het duidelijk is voor wie is het bedoeld. En dat diegene voor wie het bedoeld is, zich ook aangesproken voelt door die teksten.

I: Ja.

G: Dus door het persoonlijker te maken en dat betekent dus absoluut niet, we houden het op een bepaalde manier ook wel een beetje zakelijk he. Dus we gaan niet allerlei emoties en gevoelens invullen bijvoorbeeld.

I: Nee.

G: Dus daar proberen we juist ook wel een beetje afstand te bewaren. En je probeert ook goed verwachtingen te managen. Maar goed, dat gaat dan eigenlijk meer over de inhoud dan over de tekst maar.

I: Ja. Maar ik vroeg me het wel af inderdaad, want ik las ook in het beleid ook over een vriendelijke toon inderdaad, maar dat is dan wel een beetje balanceren hoe je vriendelijk/geruststellend bent en (...) G: Ja.

I: Tegelijkertijd zakelijk denk ik?

G: Ja, ja zakelijk is ook, ik gebruik het woord, maar zakelijk is eigenlijk niet het goede woord. Wat je ziet is dat soms als mensen denken ik moet een soort empathisch/vriendelijke tekst maken, dat je dan heel erg daarop gaat zitten. Op het invullen van emoties. Terwijl ik denk dat patiënten daar helemaal niet op zitten te wachten. En dan kun je ook nog weer er heel erg naast zitten. Iedereen beleeft dingen op een andere manier.

I: Ja.

G: Terwijl wij natuurlijk heus wel teksten hebben over kanker en psychische problemen ofzo.

I: Ja.

G: Maarja daar zeggen we dan wel, dat kanker ingrijpend, dat de kanker en de behandeling daarvan heel ingrijpend kan zijn.

I: Ja.

G: En waar we heel vaak zeggen van 'U krijgt dit' of 'U (...) kiezen we er dan bewust voor om niet te zeggen 'U kunt zich zorgen maken en slecht slapen' ofzo. 'Sommige mensen' of 'veel mensen kunnen klachten (...)', dan proberen we weer een beetje afstand te houden.

I: Oh, oke. Dus dat is ook afhankelijk van het onderwerp dan?

G: Soms wel, ja.

I: Ja.

G: Ik weet niet of dit antwoord is op je vraag van die tekstkwaliteit. Maar we proberen dus als het gaat, de belangrijkste dingen zijn toch wel dus zoveel mogelijk B1 woorden. Er is natuurlijk in de medische wereld heel erg veel niet B1, we hebben gewoon heel veel moeilijke woorden. Die leggen we uit.

I: Ja.

G: En we gaan ook wel de discussie aan met artsen: 'Vind je het echt essentieel dat dit moeilijke woord benut wordt?' Nou, soms is daar een hele goeie reden voor, mensen zoeken dat op. Of soms staat iets ook op die manier in de afspraak. Nouja dan wil je daar ook niet verdere verwarring over hebben. Dus dan moeten we dat gewoon goed uitleggen. En we schrijven dus niet heel mooi. Ik bedoel niet storend lelijk, maar als wij een woord hebben gekozen, een term, gaan we daar niet drie varianten van toepassen in een tekst. Want dat is verwarrend.

I: Ja, dat gaf \*geïnterviewde 1\* inderdaad net ook aan. En zijn er dan nog bepaalde punten waar jullie de meeste discussie over hebben, als het gaat om de tekst als je het met zorgprofessionals bespreekt?

G: Nouja, toevallig gister had ik nog, en weet je het is soms ook een beetje choose your battles en ja, het ging over de A-C luxactie en de C-S luxatie. Nou dat is iets met je sleutelbeen en dat C-S en A-C staat dan voor de medische termen voor die, voor die botjes. Die willen ze er per se in. En ik goh volgens mij vindt een patiënt het helemaal niet gek als je zegt 'Een A-C luxatie is dit bot en dit bot uit de kom'. Ik ben het al kwijt wat het was. Hoeft niet per se waar staat die A, waar komt die A vandaan en waar komt die C vandaan. Maar goed, vonden zij wel heel belangrijk dus dat doen we dan wel. Maar dan ja, dan moeten we dat dus even uitleggen. Dus dat soort discussie heb je soms. En soms ook wel ja dat dat, soms zit er natuurlijk een soort beroepstrots in zo'n folder. Die misschien iemand zelf in z'n avonduren heeft geschreven ooit.

I: Ja.

G: Want zo gaat het. Mensen hebben daar helemaal geen tijd voor. Dat doen ze vaak in hun vrije tijd maken ze die informatie voor patiënten. En dan kan er zomaar iets in komen te staan over de geschiedenis van die bepaalde techniek ofzo of dat apparaat. En daarvan zeggen we ja maar dat is voor een patiënt niet belangrijk.

I: Ja.

G: En het is een beetje kill your darlings. Die, daar is iemand gewoon verknocht aan, die heeft daar z'n best op gedaan. I: Dat kan dan weerstand oproepen.

G: Dat kan dan een beetje weerstand oproepen. Maar over het algemeen ziet men heel erg het nut hiervan. En ik denk dat dat wel anders is dan tien jaar geleden bijvoorbeeld.

I: En hoe is jullie tekstbeleid dan uiteindelijk gekoppeld aan de waarden die jullie hebben?

G: Aan de?

I: De waarden die jullie hebben als \*ziekenhuis A\* zijnde?

G: Nou zeker, dat, ik, kijk, dat blijkt ook uit onderzoeken. Als je slechte voorlichting geeft, als daar verwarring in ontstaat of he, dan vergroot dat de onzekerheid en heb je dus een negatievere ervaring, een negatievere beleving. Het vertrouwen in de zorg neemt dan ook af.

I: Ja.

G: Dus ik denk dat goede communicatie heel belangrijk is om het vertrouwen dus te hebben en die positieve ervaring dus te hebben.

I: Ja.

G: En dat vaak he zo'n heel, zo'n zorgtraject daar zitten heel veel schakeltjes in. En vaak is het als iemand tegenover die zorgverlener zit is het goed, maar dan ben je thuis of je moet wachten en dan kan er allerlei twijfel ontstaan. Nou als je dan dus ook nog eens onduidelijke of slechte informatie geeft, ja dan wordt dat alleen maar groter. Dus ja nee ik denk dat dat voor de ja.

I: Oke, helder. En ik vroeg me af of het tekstbeleid verschillend is voor de verschillende contentvormen, dus tekst, filmpjes, beeldmateriaal of dat dit zeg maar gewoon één uitgangspunt is voor alle soorten teksten?

G: Nee, dit is eigenlijk één uitgangspunt. Dit is de basis. Dat werk je dan verder uit per soort, ja.

I: Oke, oke. En ik vroeg me ook af wat je zelf goed vindt gaan aan het tekstbeleid of waar je denkt dat verbeterpunten liggen voor het \*ziekenhuis A\*.

G: Nou ik denk dat we eigenlijk nog steeds aan het begin staan hiervan. Ja. Kijk, ja ik denk dat het beleid op zich goed is, maar dat het natuurlijk nog lang niet over wordt (...) I:

Toegepast.

G: Toegepast.

I: Ja.

G: En dat het ook zo is, ja, wij hebben als communicatieafdeling ook echt nog niet overal invloed op. Dus dat is een kwestie van lange adem. En we zijn nu bezig met zeg maar de basis, onze wat vroeger folders waren, om dat nu op de website beter te doen. Maar we hebben een online patiëntenportaal, er gaan allemaal brieven naar patiënten, ja daar hebben wij ook niet altijd zicht op. I: Nee. Want hoe is dat dan geregeld?

G: Nou heel veel vanuit de afdelingen zeg en het patiëntenportaal daar is een, dat is denk ik wat meer vanuit de techniek in eerste instantie ingestoken. En ja dat is een gigantisch ding ook, als je bedenkt hoeveel pagina's zoiets heeft.

I: Ja.

G: En dan nog, dat is ook, het is ook best lastig om een grens te leggen. Want in dat patiëntenportaal zien mensen ook de brieven die tussen zorgverleners over hun situatie of de correspondentie zeg maar, de brief naar de huisarts, die is niet voor de patiënt bedoeld.

Die, dat is artsen onderling.

I: Ja.

G: Daar staan natuurlijk heel veel moeilijke woorden in. Maar mensen kunnen daar nu wel bij. Ja. Dus het is ook een beetje van hoe ver ga je. Maar ik denk dat het beleid, we hebben dit nu ruim een jaar, en ik denk dat dat goed is en dat het bewustzijn ook vergroot in de organisatie.

I: Ja, want hoe meet je dan beleid of dat wordt toegepast?

G: Nou dat meten we niet, dat kan je niet meten. We kunnen dat meten aan onze eigen, waar we invloed op hebben, daar wel.

I: Ja.

G: Ja, ja, ja.

I: Oke, en ik vroeg me af over het project zelf, dus waar jullie nu mee bezig zijn met het hertalen van teksten.

G: Ja nog heel even, want dit gaat natuurlijk niet alleen maar over, ja dit gaat over, dit, ja ik zit toch nog een beetje te worstelen met jouw term 'tekstbeleid'. Want dit gaat natuurlijk niet alleen over tekst eigenlijk he.

I: Ook over beeld bedoel je, of?

G: Ja, ja, ja.

I: Dan is het misschien te beperkt?

G: Want ik, want als ik denk aan tekstbeleid, dan is, zou je misschien eerder aan een soort schrijfwijzer denken. Die hier eigenlijk onder hangt.

I: Ja.

G: Ja.

I: Ja, dit is dan breder, bedoel je?

G: Ja, dit is iets breder, ja.

I: Ja, oke.

G: Dit gaat ook over dat je patiënten laat meekijken bijvoorbeeld. Ja.

I: Ja. Want jullie maken wel gebruik van de schrijfwijzer Taal voor allemaal toch? G: Nou we hebben, we zijn getraind door Taal voor allemaal en we hebben gewoon een eigen schrijfwijzer gemaakt.

I: Oke.

G: Want ik heb niet een schrijfwijzer van Taal voor allemaal.

I: Oh, ik dacht dat \*geïnterviewde 3\* dat zei, maar dat zal ik dan zo even vragen. G: Nou meer, wel, wel een soort leidraad ofzo, maar daar zitten niet echt woorden in zeg maar

van dit. Maar wel, ja oke, dat zou je ook een schrijfwijzer kunnen noemen. Nouja die hebben we vrijwel in z'n geheel overgenomen. Ja, ja.

I: Oke. {Want dat is volgens mij die, die daar staat toch? – interviewer wijst naar de schrijfwijzer} G: Ja, klopt. Ja, ja.

I: Ja, ik vroeg me af hoe het hertaalproject eigenlijk is gestart, dus wat dan de aanleiding daarvoor was.

G: {Nou de aanleiding was dit – geïnterviewde wijst naar document met 12 uitgangspunten}. En de aanleiding voor dit was eigenlijk corona. Dat we toen zagen hoe ontzettend belangrijk, naja dat wisten we al, maar corona maakte dat nog duidelijker doordat er meer zorg op afstand kwam en dat je eigenlijk meer verwacht van patiënten en ja dat er dus meer in tekst en beeld werd gecommuniceerd in plaats van (...) I: Mondeling.

G: Mondeling. Dus dat was aanleiding. En dit is natuurlijk alleen maar een visie. Nou die wil je dan ook in de praktijk gaan brengen en de aanleiding was ook dat onze website toe was aan een rebuild. Dus we moesten overstappen naar een nieuwe CMS en dat bood de kans, wij hebben nu nog een soort foldersysteem en we hebben de website dus op die website staan dan pdf van die folder en dat is natuurlijk helemaal niet handig, want dan moet je eerst een pdf downloaden. En je hebt twee systemen. Want we hebben ook nog webpagina's. Dat sloot gewoon allemaal niet goed op elkaar aan. Dus we wisten gewoon we moeten daar iets mee. En we wisten ook dat het beheer van die folders gewoon niet optimaal was. Dat wij niet van, dat we niet altijd wisten wie is er nou eigenlijk eindverantwoordelijk voor deze tekst. En ook teksten waarvan we dachten klopt het eigenlijk nog wel. Dus er zitten allerlei aspecten aan dit project, dus het heeft ook met een beter beheer te maken. Een soort grote schoonmaak van wat hebben we nou. Ja. Dus dat was, dat was de aanleiding.

I: En wie is er nu dan uiteindelijk eindverantwoordelijk voor de teksten?

G: Ja, dat verschilt per tekst. Kijk we hebben, nou hoeveel, 30 afdelingen ofzo? En, en de, kijk wij zijn verantwoordelijk en dat staat ook in onze, in, in het beleid, {dus de uitgebreide versie van dit – geïnterviewde wijst naar document met 12 uitgangspunten}. En wij, verantwoordelijk voor de vorm en de toon, maar de inhoud, daar is altijd een medische afdeling voor verantwoordelijk.

I: Ja.

G: Dus wat wij nu hebben is dat wij aan elke tekst die wij hebben herzien, hangt gewoon een naam van iemand die verantwoordelijk is en een afdeling.

I: Ah oke, dus wel heel specifiek een persoon die daar verantwoordelijk voor is? G:

Ja, ja. En soms gewoon een afdeling hoor, maar (...)

I: Ja.

G: Maar, en eens in de twee jaar moet die tekst gecontroleerd worden. En daar komen dan vanuit het CMS ook automatisch, automatische reminders voor. Ja.

I: Zo wordt het ook bijgehouden.

G: Zo wordt het bijgehouden.

I: Ja.

G: En het is dus ook, dus wij hebben niet het laatste woord over een tekst. Dat is toch, de inhoud gaat natuurlijk wel voor.

I: Ja.

G: En dat is ook wel heel erg belangrijk. Want wij zijn geen artsen. En zelfs he ik bedoel ja, het is een ziekenhuis, je hebt gewoon medisch specialisten. Die van hun onderdeel veel weten. Dus een afdeling als interne geneeskunde heeft weer allemaal sub specialismen.

I: Ja, dus uiteindelijk moeten zij dan wel doorslag geven.

G: Zij moeten daar, ja, ja.

I: Oke, helder. Ja ik vroeg me ook af hoe het project rekening houdt met laaggeletterdheid?

G: Ja daar proberen we zo goed mogelijk rekening mee te houden, maar we weten natuurlijk he 1 op de 6 Amsterdammers is laaggeletterd. Misschien zelfs 1 op de 5, ik ben het even kwijt. Nou een enorme, nee 1 op de 6 geloof ik. Maarja goed als je B1 hebt, heb je geloof ik 80% van de Nederlanders begrijpt het, dus daar zit nog een hele groep onder die het dan niet begrijpt.

I: Ja.

G: Ja, die, dus wij proberen zo goed mogelijk onze teksten begrijpelijk te maken voor iedereen en we weten ook dat we dat, dat dat natuurlijk niet lukt om iedereen te bereiken. Dat kan niet. Maar wat we, dat is het voordeel van de website, dus dat we nu een voorleesfunctie hebben op de site. Dus mensen kunnen de tekst ook laten voorlezen. We hebben een vertaalfunctie, wat ook fijn is. En we proberen informatief beeld toe te voegen, maar dat beeld vervangt nooit de tekst he. Dat, dat is meer aanvullend. Dus wij proberen zo goed mogelijk rekening te houden met laaggeletterden, maar sommige onderwerpen zijn

gewoon heel erg moeilijk, dus dat, dus wij schrijven niet helemaal het laagste niveau Taal voor allemaal.

I: Nee.

G: Dat, dat kan niet. Dan zou je daar echt nog een extra versie van moeten maken. Maar vergeleken met hoe het was denk ik dat we, dat het bereik heel erg vergroot wordt.

I: Ja, dat is goed inderdaad. En hoe vaak voeren jullie projecten zoals deze uit? G: Nou dit is, dat geen idee, ik heb het in die 12 jaar nog niet eerder meegemaakt. Dat helemaal niet betekent dat de collega's die zich eerder met die folders bezig hielden, dit niet belangrijk vonden. Die deden daar ook hun best voor (...)

I: Ja.

G: Maar nu gaan we overal doorheen.

I: Ja nu is het echt een grote scala aan teksten.

G: Ja, ja, ja. En nu doordat we dit beleid hebben waarin als derde ook die begrijpelijke taal staat. Eerder waren een of twee collega's bezig met die folders en die, die verloren dan gewoon he als er weerstand kwam tegen te eenvoudig.

I: Ja.

G: Wat ook een beetje de tijd dan nog was. Ja die verloren dan dus die strijd. Of die konden dan (...)

I: Ja.

G: En nu hebben we gewoon nee dit is gewoon afgesproken. En dit is gewoon hoe we het doen.

I: Ja, je hebt wel iets om op terug te vallen.

G: We hebben nu iets om op terug te vallen en dit is een wat grotere beweging, ja.

I: Ja.

G: Ja.

I: Oke, helder. Ohja, ik vroeg me nog af, want ik had gezien op LinkedIn dat jullie ook de Direct Duidelijk Deal hebben ondertekend (...) G: Ja.

I: Als eerste (...) G:

Ja.

I: En ik vroeg me af hoe dit project dan in relatie staat tot die Direct Duidelijk Deal. G: Nouja wij zijn natuurlijk al best een tijd heel erg geïnteresseerd in dit onderwerp. Nou



daar, daarin die visie hebben we dat heel expliciet nog weer gemaakt, en dus er is enorme samenhang. En we hebben nu ook het gevoel van ja maar we, we zijn hier echt heel hard voor aan het werk nu durven wij ook wel te zeggen van ja we kunnen die Deal ondertekenen. Het is niet een loze belofte.

I: Ja.

G: Want we hebben het in het ziekenhuis met elkaar afgesproken, het is een van onze uitgangspunten, we zijn heel concreet bezig dus ja, die samenhang is, is heel groot. Ja.

I: Ja. Leuk om te zien inderdaad dat jullie dat hadden ondertekend.

G: Ja, en het is ook, en dat vinden wij dan natuurlijk ook weer heel leuk dat we het eerste ziekenhuis zijn, ja.

I: Ja, dat zei \*geïnterviewde 1\* inderdaad ook. Ja, ik heb wel antwoord gekregen eigenlijk op al mijn vragen. Ik weet niet of je zelf nog aanvulling hebt of vragen of?

G: Nee, nouja wat ik, he we hebben gister de overeenkomst met Thuisarts getekend. Ik weet niet of \*geïnterviewde 1\* daar ook iets over gezegd heeft, maar dat is dus ook he, dat we niet alles zelf gaan doen. Soms kunnen anderen dat gewoon veel beter en Thuisarts is ook heel toegankelijke informatie voor patiënten.

I: Ja.

G: Dus dat gaan we nu ook meer inzetten. In onze eigen informatie.

I: Ja.

G: En dat is leuk, want daar zijn we ook het eerste ziekenhuis die dat doet.

I: Oke.

G: Dus, het is heel raar dat alle ziekenhuizen zelf hun informatie maken (...) I:

Ja, omdat ze eigenlijk wel overeenkomstige informatie hebben.

G: Terwijl er heel veel overlap is.

I: Ja.

G: Natuurlijk zijn er dingen specifiek, maar dus daar proberen we ook gewoon wat slimmer mee om te gaan.

I: En zijn er dan specifieke onderwerpen die jullie van Thuisarts halen of gewoon (...)?

G: Nou Thuisarts heeft heel veel medisch specialistische informatie. Gister hoorde ik zelfs 40%. Dus de Federatie Medisch Specialisten werkt daar ook aan mee. Dus eigenlijk, ja. Ja wat je ziet is dat het vooral de informatie over aandoeningen en over behandelingen,

behandelingen is die we daar van kunnen gebruiken, ja. En dat scheelt gewoon echt tijd ja als we dat van hen kunnen gebruiken.

I: Ja.

G: En we laden dat dan met een speciale applicatie in onze site, dat gaat dus over twee weken live, waarbij zij ook het onderhoud blijven doen van die teksten.

I: Oh, oke.

G: Dus dat is echt heel mooi.

I: Dus dat is dan ook echt een samenwerking (...) G:

Ja.

I: Dat zij zelf ook nog bijhouden.

G: En het is gewoon tekst die ook op Thuisarts staat. En wij laden die zeg maar op specifieke pagina's en zij werken met situaties van *Ik heb dit of Ik laat dit onderzoeken* en dan laden wij dat op onze pagina. En hoeven wij daar eigenlijk alleen nog maar ja wat vaak de juist wat praktische concrete informatie vanuit \*ziekenhuis A\* aan toe te voegen.

I: Ja.

G: Of misschien een aanvullend onderzoek wat er he dan bij ons gebeurt. Ja en dat is gewoon heel mooi, dat scheelt veel tijd.

I: Ja, dat de basisinformatie er wel al staat.

G: Ja. En ik denk dat dat ook als het gaat om patiëntgerichtheid he want die patiënt is bij de huisarts en krijgt informatie en dan gaat ie naar het ziekenhuis en als je dan echt één lijn kan aanbrenge in die informatie van huisarts tot de specialist, nou dat is ook weer minder verwarring dus ik denk dat dat ook patiëntgericht is dat je zorgt dat je daar één duidelijke lijn in aanbrengt.

I: Ja, dat de informatie eenduidig is.

G: Ja.

I: Ja, oke. Dan heb ik al mijn vragen beantwoord gekregen. Heel erg bedankt in (...) G:

Nou!

### 9.2.3. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 3

#### Afkortingen:

- G: geïnterviewde
- I: interviewer

#### Gebruikte tekens:

- [...] Het is onduidelijk wat er gezegd wordt.
- {} Geïnterviewde wijst iets in de omgeving aan.
- (...) De zin is nog niet afgemaakt. De zin wordt later afgemaakt of niet afgemaakt.

I: Ja, je hebt natuurlijk al meer verteld over je functie als contentspecialist.

G: ja.

I: Of tenminste verteld dat, dat dat je functie is, maar ik vroeg me af of je daar iets meer over kan vertellen, waar je je mee bezig houdt?

G: Ja ik ben wel echt speciaal aangenomen in eerste instantie voor dit project dus ja we wisten of ja \*geïnterviewde 1\* wist en er was binnen de afdeling was bekend dat dit project eraan zat te komen. En ik was toen natuurlijk net klaar met m'n stage dus ja als contentspecialist richt ik me nu wel echt helemaal op die patiënteninformatie. Er zijn maar contentspecialisten in het team maar die zijn bijvoorbeeld ook bezig met social media of met intranet of de website en ik ben echt alleen maar bezig met patiënteninformatie.

I: Oke.

G: En nu echt op dit project. Dus echt puur het, ja het vereenvoudigen van die teksten. Het uitzetten van teksten bij collega's, bij afdelingen, afstemmen met afdelingen. Dus dat is wat ik, wat ik eigenlijk, eigenlijk continu doe.

I: Ja, oke, helder. En hoe lang werk je nu al bij het \*ziekenhuis A\*? Want je begon hier als stagiair?

G: Ja, ja. Ik ben er een maand tussenuit geweest, dus ben in maart begonnen.

I: Oke.

G: 1 maart ja. Dus nu volgens mij 8 maanden.

I: Ja.

G: Ja.

I: Even nadenken, ja.

G: Ja.

I: En hoe ben jij dan precies betrokken bij het tekstbeleid van het \*ziekenhuis A\*?

G: Het tekstbeleid, patiënteninformatie, of?

I: Ja.

G: Naja ik ben er, ik ik, ik ben een beetje verantwoordelijk gemaakt voor de schrijfwijzer die we aanhouden. Voor, voor het herschrijven van die patiënteninformatie. Dus we hebben bepaalde schrijfafspraken gemaakt, ook heel erg op basis van de training die we bij Taal voor allemaal hebben gevolgd. Dus die schrijfwijzer die bewaak ik. En ik merk dat ik ook best wel op die regeltjes zit. En dat ik anderen daar ook wel op wijs van nou we hadden afgesproken dat hier geen hoofdletter hoorde en geen punt, maar dus dat is, dus in die zin denk ik dat ik daar, dat ik daar best wel me ook verantwoordelijk voor voel. Ja en ik, ik ben gewoon zelf gewoon echt actief bezig om die teksten dus te vereenvoudigen. Of kijk erop toe dat dat goed gebeurt. Dus ja de vorm van zo'n tekst, ja daar ben ik wel, ja verantwoordelijk voor.

I: Ja.

G: En de afdeling doet de inhoud maar ik doe samen met andere collega's echt die vorm van die teksten. Dus hoe het geschreven is.

I: Ja. En wie heeft dan die training allemaal gevolgd, van Taal voor allemaal, is dat de communicatieafdeling of (...) G: Ja eigenlijk, het hele team (...) I: Ziekenhuisbreder?

G: Het hele team heeft eigenlijk een training van twee sessies gehad, dus ook omdat iedereen eigenlijk meedraait in het project. Of naja dat was vooral, was dat in het begin zo en ik hoop dat dat ook weer een beetje terugkomt maar dus iedereen heeft een soort basistraining gehad waarin die schrijfafspraken eigenlijk ook gewoon allemaal aan bod zijn gekomen, dus iedereen is toen een beetje met de neus op de feiten gedrukt van oke je denkt misschien dat je al eenvoudig schrijft, maar het kan echt nog een stapje eenvoudiger, misschien nog wel een stapje eenvoudiger.

I: Ja.

G: En daarna hebben we nog met een aantal collega's, ik denk 6/7 collega's een training gevolgd in het testen van patiënteninformatie. Dus hoe je ja kunt toetsen bij een patiënt dus of die informatie inderdaad begrijpelijk is en ook ja wanneer je, wanneer en hoe je het beste

beeld kunt inzetten. Ja en of zo'n manier dat het dan natuurlijk niet verwarrend werkt, maar juist ja, de tekst versterkt of aanvult.

I: Ja.

G: Dus daar hebben we nog met een selecter groepje een training in gevolgd.

I: En is iedereen dan ziekenhuisbreed of communicatieafdeling?

G: Iedereen is de communicatieafdeling (...) I:

Oh, oke.

G: Ja, die, die die basistraining heeft gedaan.

I: Ja.

G: Ja.

I: Oke. En ohja dat vroeg ik me af van de schrijfwijzer, hoe je die die aspecten waar jullie op letten selecteren. Want jullie focussen jullie volgens mij meer op bepaalde aspecten dan op andere uit de schrijfwijzer (...) G: Ja.

I: Op basis daarvan, waarvan bepaal je dat? Waar je op let?

G: Nou eigenlijk alles wat er in de schrijfwijzer staat daar proberen we ons eigenlijk helemaal aan te houden. Dus wat in die schrijfwijzer staat dat is wel wat we horen te doen. Maarja goed, het is zo'n groot project, dat ik me, dat ik gewoon weet, dat er wel eens wat doorheen glipt.

I: Ja.

G: Dus dat we, dat er, dat er misschien, en dat vind ik heel jammer maar dat we misschien nog niet 100% aan die afspraken houden maar (...)

I: Ja.

G: In principe is elke afspraak ja belangrijk. Want dat zorgt gewoon voor eenduidige en ja verzorgde teksten. Ja dat is wat we het liefst willen natuurlijk.

I: Oke. En zijn er dan nog bepaalde aspecten het makkelijkst of het lastigst te vereenvoudigen in die teksten?

G: Ja ik wil trouwens nog iets toevoegen aan die andere vraag, want ik denk (...) I:

Oh, ja dat mag.

G: Wel dat waar, waar we echt denk ik met z'n allen wel heel scherp op zijn en ik denk dat dat ook echt uit Taal voor allemaal training komt dus korte zinnen, maar ook op

woordniveau, gewoon ja moeilijke woorden of vermijden of uitleggen als het moeilijke woorden zijn. Ik denk dat dat toch wel de basis is van het vereenvoudigen van de teksten. En vaker op een nieuwe regel beginnen.

I: Oke, dus dat zijn wel de hoofdpunten zeg maar (...)?

G: Ja, gewoon, moeilijk taalgebruik gewoon vermijden, omslachtig taalgebruik, actief, ik voeg er nu steeds iets aan toe, maar, merk ik.

I: Er staat genoeg op de schrijfwijzer.

G: Ja, actief schrijven, niet passief, maar goed dat komt straks uit de tool natuurlijk ook naar voren of dat echt zo is. En dus korte, ja korte zinnen. Dus een zin eerder afbreken en een nieuwe zin beginnen in plaats van komma, nog een komma (...)

I: Ja.

G: Misschien nog een dubbele punt.

I: Ja.

G: Dus dat zijn wel dingen waar we, echt wel de hele tijd scherp op zijn denk ik.

I: Oke.

G: Ja.

I: Ja, goede verduidelijking inderdaad. En had je, had je dan nog dingen die je het lastigst vond uit die schrijfwijzer om toe te passen of?

G: Naja ik denk gewoon omdat je met een best wel grote groep mensen werkt, ja en gewoon ja je kunt gewoon ook niet continu scherp zijn op alles (...).

I: Hmhm.

G: Maar ook niet iedere collega is even scherp op alles, dus daar glijpen soms ook wel details tussendoor. Dus het gaat bijvoorbeeld dan om als je een opsomming hebt, hebben we bijvoorbeeld afgesproken om alleen een hoofdletter te gebruiken en een punt aan het begin van een bullet zeg maar als het een hele zin is. Een volledige zin. Maar ja, het moet wel in de hele opsomming dan ook gelijk zijn. Dus stel er staat maar één zin in die bullet, en de rest zijn allemaal woordjes, ja schrijf je alles dan met een hoofdletter.

I: Ja.

G: Maar ik weet gewoon dat het soms ook, dat dat soms niet goed gaat. Dus dat er dan, dat er soms ook het, steeds twee woordjes achter een bullet staan en dat het dan alsnog met een hoofdletter en een punt erachter. Dat ja, dat zijn gewoon, of dat bijvoorbeeld toch, dingen aan elkaar of uit elkaar schrijven, dat daar toch ja, foutjes in gemaakt worden.

I: Ja.

G: Ja. Dat is niet fijn. Want het is gewoon, je wilt dat het gewoon allemaal hetzelfde is, maar in de praktijk is dat gewoon best wel lastig (...).

I: Ja.

G: Als je met zo'n grote groep mensen aan iets werkt.

I: Dat kan ik me ook wel voorstellen.

G: Ja.

I: En ook omdat je op zoveel verschillende aspecten let (...).

G: Ja.

I: Dan is het natuurlijk ook best lastig om het altijd (...) G:

Ja, ja.

I: Consequent te doen.

G: Ja, ja zeker.

I: Ja.

G: Ja.

I: En ik vroeg me sowieso af hoe jullie te werk gaan, als jullie zo'n tekst hertalen. G: Nou wat we eigenlijk zeggen is ook een, nou we hebben een aantal ook werkstudenten gehad en nog steeds, die we ook hebben ingewerkt, en wat we dan ook zeggen is dat je eerst een beetje boven de tekst moet gaan hangen, dus dat je, niet meteen je helemaal moet gaan storten op die tekst en maar moet gaan beginnen met herschrijven. Maar eigenlijk eerst die tekst eens rustig doorlezen en bedenken oke wat is nou eigenlijk het doel van deze tekst? Wat is nou de boodschap die, die je wel overbrengen aan de patiënt?

I: Ja.

G: Ja en soms zie je dat een tekst dan ook meerdere doelen heeft, dus dan gaat het over informeren over de aandoening maar zit er tegelijkertijd ook allemaal instructies die je moet doen voordat je, voor de behandeling.

I: Ja.

G: Nouja dan moet je soms een tekst uit elkaar halen. Maarja het is belangrijk om gewoon te beginnen met boven zo'n tekst te gaan hangen en nou wat is de bedoeling en we hebben wel geprobeerd om een beetje een structuur op te zetten bijvoorbeeld voor een, een tekst die gaat over een behandeling, dat je met bepaalde kopjes werkt. Dus ja de informatie die je dan tegenkomt in een tekst die ga je dan eigenlijk een beetje indelen onder die kopjes voor

zover dat kan. Maar ja het moet gewoon natuurlijk, dus dus ja, het is een stukje structureren en dan ga je natuurlijk ook gewoon het herschrijven. En dat is niet op woordniveau, maar je gaat echt op alineaniveau, ja op alineaniveau en dan op zinsniveau ga je ja ga je dat herschrijven. En dat ja daar moet je gewoon best wel in schuiven en in (...). Dus het is niet, het is niet zomaar klaar. Je bent niet in een kwartiertje, nou alle moeilijke woorden eruit gehaald en that's it.

I: Ja. Maar eigenlijk begin je dan dus, als ik het goed begrijp eerst groter (...) G:

Ja.

I: En dan steeds meer ingezoomd.

G: Ja. Dat is inderdaad (...)

I: Ja.

G: De korte uitleg.

I: Nee, maar dat is wel helder inderdaad, hoe je het nu hebt uitgelegd.

G: Ja.

I: En ik vroeg me ook af toen ik naar de patiëntenfolders keek bij de corpusanalyse, vroeg ik me ook af inderdaad ook af van wat de belangrijkste doelen zijn voor de patiëntenfolders. Want ik heb er wel iets over gelezen maar (...).

G: Ja.

I: Op basis daarvan leek het me dan ook makkelijker om te bepalen wat dan de kernboodschap is van zo'n tekst, omdat wat je net zei je hebt inderdaad een deel over een behandeling maar je hebt ook een deel over informeren over een bepaalde ziekte.

G: Ja.

I: Wat is dan zeg maar de (...)?

G: Ja ik denk dat het is voor patiënten die komen hier binnen en die zijn ja soms best wel ziek. Dus ik denk, het is voor patiënten best wel fijn om naast dat ze natuurlijk gewoon contact hebben met een arts of verpleegkundige of verpleegkundig specialist, is het voor patiënten best wel fijn dat ze nog op een plek informatie kunnen vinden en nu straks wordt dat de website maar (...).

I: Ja.

G: Als dat nodig is, kan het ook nog steeds op papier. Om het nog even na te lezen wat ze net hebben gehoord. Of misschien lezen ze het ook al ter voorbereiding op een afspraak,



maar dus het is soms niet alleen informeren, maar is ook, kan ook geruststellend zijn om het ja om, om die informatie nog een keer na te lezen.

I: Ja.

G: En om te lezen dat bijvoorbeeld als je ergens last van hebt, dat dat normaal is en dat vanzelf weer over kan gaan. Dus ik denk ja, het is informeren, soms voorbereiden, soms ook instrueren, dus uitleggen wat voor oefeningen iemand bijvoorbeeld moet doen of waar je rekening mee moet houden als je thuiskomt. Dus dat je bepaalde bijvoorbeeld als je een operatie hebt aan je schouder dat je dan van tevoren het beste alvast spullen uit keukenkastjes kunt halen die je veel nodig hebt omdat je dat na de operatie niet meer makkelijk kunt doen (...).

I: Ja.

G: Dus het zijn, het loopt, het loopt soms best wel door elkaar denk ik. Maar over het algemeen ja hoop ik dat onze teksten naast informatief ook ja geruststellend kunnen zijn.

I: Ja, want hoe zorg je voor een geruststellende toon inderdaad?

G: Nou ik denk sowieso dat we patiënten in de tekst heel erg uit proberen te nodigen om vragen te stellen als ze meer informatie willen of als iets niet duidelijk is. Maar ook dus door aan te geven van 'Goh als u dit heeft, dit is niet raar, het gaat vanzelf weer over, of als u ergens last van hebt kunt u pijnstillers krijgen of medicijnen tegen de pijn. De of de anesthesioloog blijft bij u of let goed op u' of ja dus ik denk dat we dat wel in onze woordkeuze dat dat wel beetje ja subtiel naar voren komt zeg maar.

I: Ja, oke. En gebruiken jullie naast die schrijfwijzer van voor Allemaal nog andere schrijfmiddelen als jullie de teksten vereenvoudigen?

G: Ja, is het B1.nl.

I: Ohja, daar had je het over inderdaad.

G: Ja. Ja, dat is natuurlijk op woordniveau dus dan. B1 is volgens mij wel meer dan alleen op woordniveau. Maar je kunt ja dat is wel gewoon een goed toetsmiddel om te kijken oke ik heb nu een woord bedacht, maar is dat eigenlijk wel makkelijk genoeg (...).

I: Ja.

G: Of kan het misschien toch nog makkelijker. En het geeft ook een beetje inspiratie om soms de zin toch een beetje om te gooien zodat je dan een makkelijker woord kunt gebruiken.

I: Ja.

G: Maar ik denk dat dat wel de twee hoofd, ja, de schrijfwijzer en ishetb1.nl vooral.

I: En maken (...)?

G: En natuurlijk de training die we hebben gehad, maar.

I: Ja.

G: Ja.

I: En maken anderen afdelingen daar ook gebruik van of is het vooral de communicatieafdeling?

G: Nou het zijn, wij zijn degene die die teksten vereenvoudigen dus, wij nemen de afdelingen er wel in mee, van 'Goh mensen die minder goed kunnen lezen die vinden dit een moeilijk woord of vinden het ingewikkeld dat het een lange zin wordt of vinden het fijn als er veel herhaling in de tekst terkomt'.

I: Ja.

G: Maar dus op een gegeven moment snappen ze wel wat de bedoeling is (...).

I: Ja.

G: Maar wij zijn degenen die dat toepassen, dus daar doen zij eigenlijk verder niks mee.

I: Oke. Oke.

G: Ja. Het is vooral de bedoeling dat zij snappen wat wij doen.

I: Ja.

G: Ja.

I: Ja ik vond dat inderdaad lastig in hoeverre het centraal of decentraal gaat.

G: Ja, het vereenvoudigen of.?

I: Nee gewoon de teksten schrijven, uiteindelijk dus.

G: Ja.

I: Want nu zijn jullie natuurlijk bezig met het project om het allemaal te (...) G:  
Hertalen.

I: Vereenvoudigen of hertalen.

G: Ja.

I: Maar is het dan uiteindelijk zo dat de afdelingen daar ook mee verantwoordelijkheid bij krijgen als ze hun teksten schrijven of blijft het dat de communicatieafdeling ertussen zit? G:  
Nou het blijft, het blijft gewoon zo dat een afdeling verantwoordelijk is voor de inhoud. Dus ook als er iets nieuws met komen, dus een nieuwe tekst. Dan is het de afdeling die zegt van

‘Nou, we willen hier informatie over. We willen dat hier informatie voor komt voor patiënten’.

I: Ja.

G: Dus dan zijn zij verantwoordelijk voor het aanleveren van de inhoud en dan maken we er eigenlijk iets van. Dus wij zorgen ervoor dat het dan een begrijpelijke tekst is die gewoon met een goede structuur en die er verzorgd uitziet. Dus zij doen de inhoud, wij doen de vorm, dat is eigenlijk, dat is ook al best wel lang zo, volgens mij.

I: Ja.

G: En in dit project is het eigenlijk niet anders. Dus we zeggen ook tegen afdelingen van tevoren, voordat wij gaan herschrijven, dan doen zij al een inhoudelijke check op die teksten, zodat we niet verouderde informatie gaan herschrijven, dat zou zonde zijn (...).

I: Ja.

G: Maar dan zeggen we ook tegen hen ‘Let er niet op of het er mooi staat. Want dat is iets wat wij doen’.

I: Ja, dus soort van duidelijke taakverdeling.

G: Dus daar moeten zij hun energie niet aan. Ik bedoel natuurlijk hebben ze daar hun ideeën wel over (...)

I: Ja.

G: Maar uiteindelijk zijn wij daar, hebben wij daar regie op.

I: Ja, oke, duidelijk. Ja hebben jullie een soort standaard aanpak waarin jullie die teksten vereenvoudigen per afdeling, of is dat ook nog verschillend?

G: Nou dat is ook wel een beetje veranderd door de tijd denk ik. Dus door, doordat we zelf ook hebben geleerd van de eerste afdelingen die we hebben gedaan.

I: Ja.

G: Maar eigenlijk is het voor elke afdeling wel redelijk hetzelfde, alleen ja, tuurlijk het verschilt, het is over het algemeen hetzelfde maar het verschilt toch altijd wel een beetje want je hebt te maken met andere mensen elke keer weer, die ook weer hun eigen wensen hebben en hun eigen eigenlijk handleiding.

I: Ja.

G: En de ene afdeling is ook veel groter dan de andere afdeling. Afdeling als het

Hartcentrum heeft bijna 130 teksten, ja dat vlieg je anders aan dat een afdeling met maar zes teksten bijvoorbeeld. Want dan moet je, echt voor jezelf, maar ook voor de afdeling moet je toch ja heel erg op de structuur gaan zitten. Dus dan zijn we op een gegeven moment bijvoorbeeld ook aan afdelingen gaan vragen van 'Goh kunnen jullie het misschien zelf al per onderwerp in groepjes indelen, zodat we per onderwerp kunnen gaan herschrijven (...)'.  
I: Ja.

G: En dan kunnen zij het ook per onderwerp uitzetten bij bepaalde specialisten. Maar dat doe je niet bij een afdeling met maar zes teksten.

I: Nee, dat doe je echt als je met meer teksten te maken hebt.

G: Ja. En nou bijvoorbeeld een afdeling als Maag-, darm-, leverziekten, heb ik heel erg geprobeerd om, omdat zij heel, voor hun onderzoeken moeten patiënten heel veel voorbereidingen doen. Ze moeten nou nuchter zijn, maar ook soms moeten ze met darmspoelingen zodat ze helemaal leeg en schoon zijn vanbinnen, ja daar heb ik bijvoorbeeld geprobeerd goh kan ik daar een beetje eenduidigheid in krijgen in die voorbereidingsinformatie (...).

I: Ja.

G: Nou dat in de praktijk blijkt dat gewoon best wel ingewikkeld. Dus dan moet je je ook afvragen oke voor wie is dat eigenlijk dan zo belangrijk dat dat allemaal een beetje hetzelfde is. Ja, het is vooral belangrijk dat de patiënt als ie een tekst ziet, dat dat gewoon duidelijk is.

I: Ja.

G: Maar ja zo kijk je wel een beetje per afdeling oke wat voor informatie hebben ze en wat is dan de behoefte? Ik weet dat er ook een afdeling aankomt, die hebben een soort, naja bijna informatiemapjes die ze een patiënt meegeven, van bijna 30 pagina's en dan denk je oeh 30 pagina's, maar zij hebben dat op hun manier wel heel goed en netjes verzorgd voor een patiënt. En dan komen wij met ons project. Ja moet je dan die informatie wel, moet je dat dan allemaal uit elkaar gaan trekken, ja. Misschien is dat wel helemaal niet, misschien haal je dan wel heel veel overhoop.

I: Ja.

G: Wat eigenlijk gewoon best wel goed gaat. Dus je kijkt toch, ondanks dat je voor iedere afdeling wel in het begin eenzelfde aanpak kiest, kijk je toch wel heel, ja ook wel wat je

contactpersoon nodig heeft. En wat voor informatie een afdeling heeft. En dan verschilt het soms ook wel.

I: Ja. Misschien ook gedurende het proces (...) G:

Ja.

I: Wat je zei, dat je dan ook wel een beetje verandert qua aanpak.

G: Ja en zo hebben we ook wel een beetje geleerd van eerdere afdelingen die we al hebben gedaan en dat passen we dan nu toe. Bijvoorbeeld iets, iets, ja, iets praktisch, dan we dan als we een tekst sturen naar afdelingen, dat we dan nu erboven zetten in hoeveelste feedbackronde we zitten zeg maar.

I: Ja.

G: We doen maar twee feedbackrondes. Maar als je in 60 teksten zit, dan is het best wel fijn om dan, als je dan een tekst opent, dat je ziet oh met deze tekst zitten we in de tweede ronde, oke (...).

I: Ja.

G: Dan is dit de laatste check (...).

I: Ja, ja.

G: Nou dat is iets wat we gaandeweg hebben ontdekt, nou dat is best wel fijn als dat (...) I: Als dat genoemd wordt.

G: Bovenaan de mail staat.

I: Ja, oke. En hoe worden dan de patiënten erbij betrokken, bij dat herschrijfproject of komt dat nog?

G: Ja, nou, we hebben, we hebben, we hebben daar een training in gevolgd in hoe teksten kunnen toetsen bij patiënten en sowieso is dat nodig. Dat we patiënten betrekken. Want ik bedoel we doen dit project natuurlijk helemaal zodat het begrijpelijker is voor patiënten, maarja dan moeten we wel ja dat wil je dan ook weten, of dat echt zo is.

I: Ja.

G: Dus we hebben helemaal aan het begin van het project wel een aantal, tijdens onze pilot, bij afdeling Urologie, hebben we wel een aantal teksten ook getoetst op patiënten. En dat was heel erg nuttig. Alleen de methode die we ja die we daarvoor gebruiken, die hadden we dus van Taal voor allemaal geleerd. Die, die was ook echt wel goed. Maar heel tijdrovend, omdat je echt per tekst dan helemaal de vragen moet bedenken en eigenlijk is dat gewoon niet te doen als je in totaal meer dan 2000 teksten gaat herschrijven en natuurlijk ga je niet

al die 2000 teksten toetsen, maar als je daar alleen al een steekproef van naja, als je, als je 100/150 teksten daarvan wilt laten testen, wat denk ik wel gewoon heel goed is om zo, om dat te doen (...).

I: Hmhm.

G: Ja dan kun je niet voor die 150 teksten dan helemaal die voorbereiding dus je, je, er moet een manier komen denk ik, en dat willen we ook graag maar er is, zijn we gewoon nog niet aan toegekomen omdat we zo druk zijn nog met het herschrijven (....).

I: Ja.

G: Maar er moet een manier komen, ja, waardoor we gewoon op een makkelijke manier veel informatie over, ja, dat je gewoon een manier hebt die je op verschillende teksten kunt toepassen, bijvoorbeeld hardoplezen of hardopdenken, de plus-min-methode, dat zijn wel, ja onderzoeksmethoden die ik al in de groep heb gegooid waarvan ik denk nou volgens mij levert dat plus een aantal andere vragen al heel veel informatie voor ons op.

I: Ja.

G: En is het alleen maar mooi als we het op die manier kunnen doen en dan hoeft het ons niet ook nog per tekst heel veel voorbereidingstekst te kosten. I: Ja. Want welke methode gebruikten jullie dan nu uit die training?

G: Ja, dat kan ik je nog wel even sturen. Dat is dus, {misschien zit ie hier ook wel in een bak, wacht even hoor. Ik ga, ik ga nog wel even, ik wist dat er ergens een bak stond met boekjes, ik ga dat nog wel eventjes erbij pakken – geïnterviewde zoekt naar documenten}. Maar dat is een onderzoeksmethode die Taal voor allemaal heeft ontwikkeld, en nou een oefening was bijvoorbeeld dat je dan met kaartjes, je bijvoorbeeld tien kaartjes had met woorden, en dan moest je die categoriseren in de juiste, in, bij het juiste onderwerp. Maar dat moest je dan, moest je dus wel, moest je ja je moest dan een beetje woorden kiezen waarvan en ook twee categorieën of drie categorieën, dat een woord alleen maar in één categorie zou kon passen en niet in de andere, maar daar moet je van tevoren best wel over nadenken (...).

I: Ja.

G: En dat ook helemaal die kaartjes knippen en ja (...).

I: Het is best wel veel voorbereiding inderdaad.

G: Ja het is heel, het, het, zeker het levert informatie op, maar het is zo arbeidsintensief (...).

I: Ja.

G: En als je dat per tekst moet gaan doen. En dat dan met nog een aantal oefeningen die ook alleen maar voor een specifieke tekst ja helemaal opzet, ja, dat (...) I: Dan ben je lang bezig ja.

G: Daar zitten al twee/drie uur in de voorbereiding van zo'n test.

I: Ja.

G: Nou daar hebben we de tijd niet voor.

I: Nee dat snap ik inderdaad ook.

G: Dus en ik denk gewoon dat er en dat daar put ook uit alles wat ik heb geleerd tijdens de master.

I: Ja.

G: Ik denk gewoon dat er onderzoeksmethoden zijn die ook veel informatie opleveren, maar die je gewoon kunt toepassen op meerdere teksten en dan kun je die altijd nog een beetje aanvullen met één of twee oefeningen of wat vragen of (...). Ik denk dat je dan ook een heel eind komt.

I: Ja.

G: Maar dat we moeten gaan testen met patiënten, dat, ja dat willen we wel heel graag, maar door tijdsgebrek is dat er gewoon nog niet van gekomen. I: Nee en er is dan ook een methode nodig die je dan echt kan inzetten.

G: We betrekken patiënten wel gewoon in het hele, de hele aanpak van het project, betrekken we patiënten wel met een klankbordgroep.

I: Oke.

G: Dat is wel, vooral aan het begin geweest, want wat we gewoon al heel snel merkten, dat was klankbordgroep, we hebben hier binnen het ziekenhuis een afdeling Kwaliteit en Verbetering, dus zij zitten heel erg op nou onderzoek binnen het ziekenhuis maar ook dus patiëntenonderzoek bijvoorbeeld.

I: Ja.

G: Dus die pool van patiënten kwam eigenlijk een beetje bij hen vandaan maar ja wat je gewoon merkt, in zo'n klankbordgroep zit gewoon niet de volledige, dat is gewoon niet een representatief beeld van alle patiënten die je hier in \*ziekenhuis A\* tegen kunt komen. Ja daar zaten volgens mij, ik ben daar niet bij geweest, maar daar zaten een aantal ja 60+ vrouwen, allemaal wit, dat is niet, dat is niet onze patiëntenpopulatie dus (...).

I: Nee.

G: Je kunt je, je kunt je plannen wel voorleggen aan hen en dan reageren zij daarop nou die input is natuurlijk fijn, maar uiteindelijk wisten we ook vrij snel daarna van nou dit is, wij moeten gewoon het ziekenhuis in om echt te weten wat patiënten, wat onze patiënten van de teksten vinden.

I: Ja. Want melden zij zich dan vrijwillig aan, die, die klankbordgroep?

G: Ja, ja. Dus ja dat is toch, een beetje, ja het nadeel van zo'n klankbordgroep. Of ja van zo'n patiënten panel, dat je daar toch vooral de, de mensen treft die daar heel erg gemotiveerd voor zijn terwijl, ja je wilt dat iedereen, je wilt eigenlijk van iedereen weten of gewoon, je wilt ja, van een diverse groep weten wat zij van de informatie vinden. En dat was geen diverse groep patiënten.

I: Nee, dat is dan lastig inderdaad.

G: Nee, dus dat is, ja dat is best lastig. Dus je moet gewoon echt het ziekenhuis in om dit goed te kunnen testen.

I: Ja.

G: Ja.

I: En ik vroeg me of over de patiëntenfolders, op welk moment die eigenlijk worden gegeven, want is dat dan na een behandeling, ervoor, of voor de behandeling, op welk moment wordt het (...)?

G: Nou ze staan nu, de informatie staat nu ook al meestal op de website (...).

I: Ja.

G: Alleen nu staat de informatie vaak nog als een pdf op de website van \*ziekenhuis A\*, dus moeten mensen dan eerst naar een webpagina en dan naar beneden scrollen en dan informatie openen. Maar in principe kan anders wel iedereen bij de informatie. En aan patiënten, ja, verschilt het volgens mij heel erg op welk moment het wordt meegegeven.

Dat ja, eigenlijk is daar niet echt één antwoord op te geven denk ik, omdat het gewoon heel erg verschilt, heel erg afhangt van de situatie van een patiënt, dus hoe een patiënt ook binnenkomt (...).

I: Ja.

G: Wat de patiënt heeft. Maarja, wat we, helemaal nu het straks gewoon op de website staat is het in principe ook voor iedereen nouja echt toegankelijk. Dus zo steken we de teksten



ook wel in, dat het voor iedereen, ja de teksten zijn ook iets algemener ingestoken en iets minder 'U heeft een gesprek gehad met de arts', 'U heeft besproken dit en dit' (...).

I: Ja.

G: Nee, straks leest, kan, ja het staat gewoon op de website van \*ziekenhuis A\*, dus iedereen kan bij die informatie. Dus het wordt, dat, het is wat algemener ingestoken nu bij de nieuwe teksten. Maar nog steeds is het zo dat patiënten als ze hier in het ziekenhuis zijn, dat ze die informatie als het goed is meekrijgen (...).

I: Ja.

G: Na een gesprek of als ze hier in het ziekenhuis liggen of maar het verschilt heel erg op wat voor moment dat is, ja, ze kunnen op de verpleegafdeling liggen, ze kunnen net een afspraak op de polikliniek hebben gehad, misschien hebben ze een spoedoperatie gehad en liggen ze nog bij te komen en willen ze weten van goh wat is er nou eigenlijk met me gebeurd (...).

I: Ja.

G: Maar het kan ook de buurvrouw zijn die wil weten oh m'n buurvrouw heeft een, een hartinfarct gehad, wat is dat eigenlijk, ik zoek het even op of ja, iedereen kan bij de informatie dus (...).

I: Maar gaat het dan altijd over behandelingen of gewoon ook over inlichting over een bepaalde aandoening?

G: Ja het gaat ook over aandoeningen, dus die teksten gaat, die ga je ook tegenkomen (...).

I: Ja.

G: Dus het, het kunnen teksten zijn over aandoeningen dus ja er is iets met je aan de hand, wat is dat dan? (...)

I: Ja.

G: Het kunnen, kan informatie zijn over behandelingen dus operaties of ingrepen (...).

I: Ja.

G: Ja, wat het dan inhoudt maar ook gewoon procesinformatie van goh hoe, hoe gaat dat en hoe moet je je dan voorbereiden daarop en wat, wanneer kun je weer naar huis? We hebben ook informatie met echt adviezen en instructies, bijvoorbeeld als je gips hebt hoe je daar dan thuis mee om moet gaan of hoe je dat schoon moet houden of bepaalde oefeningen die je moet doen, dat is bij fysiotherapie zie je dat bijvoorbeeld heel veel (...).

I: Ja.

G: En ja we hebben ook nog zorgpaden. Dan zijn eigenlijk, dat is, zijn eigenlijk een soort stappen die je dan doorloopt, dus daar klik je doorheen. Die zijn er niet heel veel, maar die zitten er ook tussen en dat is meer procesinformatie voor als je een langer traject hebt in het \*ziekenhuis A\*.

I: Oke, en zijn die patiëntenfolders nou nog gekoppeld aan een patiëntenportaal of? G: Ja in het, ik weet niet helemaal hoe dat technisch zit maar het is wel zo dat in het patiëntenportaal kan er wel direct gelinkt worden naar deze informatie dus het kan, in het patiëntenportaal kunnen patiënten wel een opdracht krijgen van 'Goh lees deze informatie en dan linkje klik (...)'.  
I: Oh, en dan naar de patiëntenfolder toe.

G: Ja, dus die, die informatie, ja op die manier wordt het wel ingezet inderdaad. Dus ja bijvoorbeeld hoe patiënten zich moeten voorbereiden op een operatie en dan krijgen ze daar een melding van in het patiëntenportaal (...).

I: Oke.

G: Dat ze bepaalde informatie moeten lezen.

I: Ja, helder. Ik heb eigenlijk wel antwoord gekregen op de meeste vragen (...).

G: Oke.

I: Ik weet niet of jij zelf nog aanvullingen hebt of?

G: Nee, ik heb geen aanvullingen.

I: Oke, ja helemaal goed.

#### 9.2.4. Interview met ziekenhuis A, geïnterviewde 4

##### Afkortingen:

- G: geïnterviewde
- I: interviewer

##### Gebruikte tekens:

- [...] Het is onduidelijk wat er gezegd wordt.
- (...) De zin is nog niet afgemaakt. De zin wordt later afgemaakt of niet afgemaakt.

I: Nou allereerst ben ik benieuwd naar je functie in het \*ziekenhuis A\*, want \*geïnterviewde 3\* gaf al aan dat je contentspecialist bent en verantwoordelijk bent voor het beheer van patiënteninformatie. Ik vroeg me af hoelang je al werkzaam bent in het \*ziekenhuis A\*? G: Ja, ik werk 12,5 jaar in \*ziekenhuis A\*. En vanaf het begin af aan ben ik eigenlijk betrokken bij de patiënteninformatie. Dat was eerst in een andere gecombineerde functie en ik denk nou wel een jaar of 8 dat ik me alleen maar als contentspecialist bezighoud met de patiënteninformatie en met name met de patiëntenfolders.

I: Oke, dat is wel een tijd inderdaad. En kun je iets meer vertellen over je functie bij het \*ziekenhuis A\*? Dus wat houdt contentspecialist en beheer van patiëntencommunicatie in?

G: Ja, nou in mijn geval houdt dat in dat ik eigenlijk verantwoordelijk ben voor alle patiëntenfolders (...) I: Oke.

G: Dat die naja in heldere taal geschreven zijn, dat ze op de website geplaatst worden als het nodig is en dat ze ook op de verzamelpagina op intranet staan. En naja ik ben dus redacteur en ik naja en ik bemoei me zeg maar ook zeg maar met de inhoud dus ik controleer ook altijd wel van god kloppen de links, hier staat dit en in een andere folder staat dat, klopt dat wel? Je hebt ook, het is best wel een controlefunctie want als er een nieuwe folder wordt aangevraagd, dat gebeurt dan ook via mailadres, dan check ik ook altijd eventjes van god komt die folder, is die al vaker voorgekomen? Want het kan natuurlijk dat die folder vervallen is.

I: Ja.

G: Ik ben ook een beetje de bewaker van het archief. \*Ziekenhuis A\* is 5 jaar geleden gefuseerd, of 6 jaar geleden gefuseerd, ik weet niet of je dat weet?

I: Ja, dat hoorde ik van \*geïnterviewde 3\* inderdaad. Met West en Oost, ja. G: Oh, \*geïnterviewde 3\*, ja West en Oost. En zowel West als Oost had een eigen foldersysteem. Dus dat moest toen samengevoegd worden. En daar hebben we een speciaal programma voor gebruikt, digitale foldertool, die heet brochuremaker. Dus alle bestaande teksten zijn toen overgeheveld naar de brochuremaker in dat programma. En dat beheer ik ook zeg maar. Want daar hangt (...), een eis van dat programma was dat daar ook een archieffunctie aanhing, hangt, zodat je het in ieder geval kunt terugkijken tot 10 jaar wat voor folders er allemaal zijn geweest. Dus er komt wel eens voor dat er een klacht ingediend wordt, zegt 'Ja maar in de folder staat dit of dat, dus toen is er dit en dat gebeurd' en dat moeten we dan wel terug kunnen vinden.

I: En dat staat dan in het archief.

G: Ja. Dus daarom is het ook belangrijk dat het ook administratief gewoon goed verwerkt wordt. Want het gebeurt heel regelmatig dat een titel verandert, nou dan moet je natuurlijk wel (...), onder de oorspronkelijke titel moeten al die pdfen van de voorgaande folders hangen. Dat betekent wel dat je ook altijd goed moet kijken van god bestaat die folder of heeft die al bestaan? Want het kan zijn dat een folder ook wel eens vervallen is geweest, maar naderhand blijkt van oh nee die moet toch weer terug. Weet je dus dat is best administratief complex.

I: Ja. En hoe zit het dan nu in die verdeling van folders tussen Oost en West?

G: Hoe bedoel je?

I: Is daar één systeem voor dan nu en dan (...)?

G: Ja. Dat is 5 jaar, 5 jaar geleden is dat allemaal gewoon in een systeem gezet. Maar ja, alle folders zitten nu in één systeem. Alle folderteksten. En nu staan we op het punt om naar een ander systeem te gaan dus moet alles weer gewoon uit brochuremaker, alles moet nu gewoon als webpagina op de website verschijnen.

I: En zijn dat dan ook dezelfde folders voor Oost en West?

G: Over het algemeen wel.

I: Oke.

G: In de praktijk is het soms wel zo dat de werkwijzen van Oost en West ook wel eens verschillen per afdeling. Dat is, ja dat gaat best wel ver terug of dat heeft ook te maken met de organisatie van het ziekenhuis. In Oost zijn er (...), waren veel meer verpleegkundig specialisten die taken overnemen van artsen waardoor de werkwijze zeg maar anders is.

I: Oke.

G: In West, en andersom ook wel vast ook hoor, maar ik bedoel, dus dat heeft best wel invloed op de werkwijze en soms ontkom je er niet aan om voor dezelfde folder zeg maar een titel in Oost en een titel in West te maken.

I: Omdat dan ook (...), de werkwijze dan ook verschilt tussen Oost en West.

G: Ja, ja. Dus soms kan dat niet anders, het streven is natuurlijk wel dat Oost en West gelijk werkt, maar ja dat is ook niet, dat is best wel complex.

I: Ja.

G: Maar goed, dat maakt niet uit, ik bedoel daar doen wij dan ook niet ingewikkeld over. Dan is er gewoon een Oost folder en een West folder.

I: Ja.

G: Ja.

I: Oke. En dan gaat het dus vooral om patiëntenfolders waar je je mee bezig houdt?

G: Ik houd me met de patiëntenfolders bezig ja.

I: Ja. Oke.

G: En soms, mijn functie is ook wel zo dat ik af en toe komt er ook wel eens een brief voorbij of ik help ook wel eens mee met een ja als er een filmpje gemaakt moet worden om te kijken naar de tekst, omdat naja heldere taal, dat is wel een speerpunt van onze afdeling (...)

I: Ja.

G: En natuurlijk ook van mij. Om patiënteninformatie zo begrijpelijk mogelijk te maken.

I: Ja.

G: Ja. Maar het is ook zo dat we daar ook een ontwikkeling in hebben. Ik bedoel je hebt de (...), destijds hebben we ervoor gekomen om gewoon alle folderteksten boem in één systeem te zetten. En zijn nu zijn we er eigenlijk pas aan toe om al die folderteksten gewoon langs de meetlat van heldere taal te leggen.

I: En hoe doe je dat dan, hoe leg je dat langs de meetlat?

G: Dat project waar we nu mee bezig zijn.

I: Ja.

G: Weet niet of \*geïnterviewde 3\* (...)?

I: Ja dat had \*geïnterviewde 3\* inderdaad verteld.

G: Dat is het project zeg maar, dat we nu echt, alle teksten ook gewoon beoordelen op heldere taal. Terwijl nu hebben we een heel team, ik heb het heel lang in m'n eentje gedaan

en ik kan niet alle teksten zeg maar herschrijven. I: Nee, ik hoorde ook hoe groot aantal het is inderdaad.

G: Nee, dus (...)

I: Ja.

G: Dat was de beperking, ja.

I: Oke.

G: Maar nu, nu is het belang van heldere taal naja dat is, dat is altijd wel heel, heel duidelijk geweest, natuurlijk ja. Je zult zien dat de oudere teksten, naja, niet in heldere taal zijn, heel erg niet in heldere taal zijn. En die jongere wel steeds meer, alleen nu, maken we gewoon echt een goede verbeterslag.

I: En heb je dan nog bepaalde aspecten waar je het meest op let in die teksten? Meeste aandacht aan besteedt? Of is het (...)

G: Ja, nou we hebben een hele interessante training over gevolgd en ook gewoon dat je (...). Je wil eigenlijk gewoon dat een, als er, als je een tekst hebt dat een patiënt eigenlijk gewoon in één oogopslag snapt waar het over gaat. En dat betekent dus dat de titel gewoon heel duidelijk moet zijn, dat er eventueel een subtitel is om het te verduidelijken en de introductietekst die is dan iets dikker gedrukt, dat is eigenlijk de, de samenvatting van de hele folder.

I: Ja.

G: Daar staan echt de belangrijkste dingen in. En dan kijken we natuurlijk wel van wat wil een patiënt eigenlijk weten? Kijk als jij een operatie moet ondergaan, ja dan lijkt het me best belangrijk dat je wil weten hoeveel dagen je in het ziekenhuis moet blijven.

I: Ja.

G: Weet je. En zo zijn er dingen, zo zijn er allerlei dingen, allerlei onderzoeken, dus die hoofdinformatie proberen we natuurlijk wel in het, in de samenvatting, in het voorwoord te zetten, ja.

I: Ja.

G: En daarnaast maken we ook echt gewoon gebruik van kopjes, proberen we, we hebben een soort basisindeling die we gebruiken, weet je dat je altijd begint met uitleg van nouja waar hebben we het eigenlijk over en wat moet jij doen, en hoe gebeurt de operatie en wat gebeurt er daarna, dat soort dingen. Dus we hebben echt een soort leidraad, wat overigens

ook niet altijd bruikbaar is maar het is wel een beetje om te voorkomen dat je gewoon de belangrijke informatie mist.

I: Ja.

G: Want je wil natuurlijk dat een patiënt gewoon weet van naja wat is er aan de hand, wat gebeurt er hoelang duurt het, naja, hoe zit het daarna, dat soort dingen.

I: Ja. En is die structuur dan nog veranderd in de nieuwe en oude folders, die jullie aanhouden?

G: Nou, niet echt.

I: Oke.

G: Maar het is wel, het is wel zo dat in niet alle, in de oudere folders, toen naja hebben we de structuur bedacht, alleen de oude folders zijn toen niet herschreven volgens die structuur. I: Oh, oke.

G: Ja. Dus vanaf het moment zeg maar dat we die structuur hadden, en dat is denk ik ook wel eens een jaar of (...) nou dat was al eerder dan we ermee bezig waren in Oost, ja proberen we dat zoveel mogelijk ook gewoon te volgen. Omdat je, ja dan weet je ook gewoon dat je alle belangrijke informatie ook benoemd hebt.

I: Ja.

G: Want wat we ook heel belangrijk vinden is dat niet alleen de patiënt weet wat er aan de hand is, kijk jij weet misschien wel wat voor operatie je moet ondergaan, maar als je thuis komt en naja of je partner of je familie die kijkt naar die tekst, die moet dan eigenlijk ook kunnen snappen wat er aan de hand is.

I: Ja.

G: Dus ja, we proberen altijd wel gewoon heel goed in de gaten te houden voor wie we schrijven.

I: Ja. Vertelde \*geïnterviewde 3\* inderdaad ook dat je eerst boven de tekst hangt om te kijken wat is nou eigenlijk het doel van de tekst?

G: Ja.

I: Wat wil mijn lezer weten?

G: Ja en dan proberen we ook gewoon alles wat we maar op kunnen zuigen aan informatie natuurlijk over het tekstbegrip, want het is heel interessant, het is gewoon een heel interessant onderwerp ook, proberen we natuurlijk ook gewoon dat mee te nemen want we

weten uit onderzoek dat als iemand gaat lezen dan is de eerste zinnen, zijn eigenlijk heel cruciaal, want die worden intensief gelezen en dan hmhmhm, oke.

I: Ja.

G: En die laatste.

I: Ja.

G: Dat is ook belangrijk. Dus proberen we ook altijd gewoon mee te nemen van naja dat moet, die moeten gewoon echt heel duidelijk zijn. Maar we hebben natuurlijk ook best wel obstakels, tenminste als je het zo mag noemen, zorgverleners die hebben eigenlijk ook een stem in de tekst. En wij kunnen dan met onze onderzoeken [...] van dit en dit is het maar dat wordt ook niet altijd opgepikt. En ze willen het ook niet altijd. Dat is best wel eens lastig.

I: Ja. En kun je een voorbeeld noemen van zo'n situatie?

G: Ja, dat kan ik vast, maar dan moet ik even over nadenken.

I: Dat mag.

G: Ja, het schiet me zo niet te binnen, maar ik bedoel het is wel eens zo dat wij denken van ja maar dit moet je uitleggen en dat dan iemand zegt 'Nee, deze patiënten die weten dat al'. En ik heb ook wel eens met iemand, dan had die echt zoiets van was op een gegeven moment een, een, een onderzoek wat plaatsvond wat echt gewoon heel ingewikkeld was en ook ingewikkeld opgeschreven dus ja ik zei 'Dat, dat is best lastig voor als iemand niet (...), laaggeletterd is (...)'

I: Ja.

G: En toen zei de zorgverlener 'Ja, maar die laaggeletterde patiënten die hebben wij niet'. Nou dat is best wel raar. Dat betekent dus dat er gewoon een gedeelte van de mensen gewoon hun behandeling niet krijgt.

I: Ja.

G: Dus dat is. Raar. Dus naja goed, dat soort discussies heb je ook bij best wel ja.

I: Dus dat is dan ook iets waar de communicatieafdeling zorgprofessionals eigenlijk op wijst, van 'Laaggeletterdheid is er wel'.

G: Ja. Wij, wij, ja, ja. Dit is onze expertise natuurlijk om dat gewoon te weten.

I: Ja.

G: Het is, het is ook best wel een soort spanningsveld, omdat zorgverleners die vinden dan vaak dat we, of die vinden wel eens, niet vaak hoor, maar ook dat we gewoon te kinderachtig schrijven. Naja, je moet er natuurlijk ook rekening mee houden dat ja, ik weet



niet hoe vaak jij geopereerd wordt in een ziekenhuis, maar ik neem aan dat dat niet iedere maand is.

I: Nee.

G: Nee, dus je moet steeds weer beginnen bij af. Ja ik bedoel het is gewoon iemand die voor het eerst een operatie gaat ondergaan. Die misschien wel nooit in het ziekenhuis komt. En daar schrijf je eigenlijk voor.

I: Ja.

G: Dat is best ook, dat moet je (...), en dat snappen zorgverleners denk ik ook wel, je wordt natuurlijk ook best wel ja, blind als je gewoon hier altijd werkt en het gaat altijd alleen maar over gezondheidszorg en operaties en [...]. Dus ik snap best wel dat je dan (...), dat hebben wij natuurlijk trouwens ook gewoon. Ja. Dus je moet elkaar ook wel steeds scherp houden.

I: Ja. En hoe zag die training eruit die jullie hadden gevolgd?

G: We hebben Taal voor allemaal training, dat is een methode die is ontwikkeld door iemand van de universiteit in Leuven is het volgens mij begonnen, of het is (...), volgens mij is het naar een Duits model of zoiets dergelijks. En die methode die gaat heel diep op in zeg maar op het begripsniveau van mensen. Dus dat niet iedereen snapt, gewoon wat jij schrijft, omdat iedereen heeft gewoon een heel ander perspectief, ander leesniveau, misschien ook niet altijd te slim of wel heel slim, weet je het is, het is, eigenlijk is geen eenheidsworst. Nou ze hebben daar wel een aantal hele belangrijke kenmerken uit weten te destilleren, zodat je een zo groot mogelijk groep wel kunt bereiken. En dan zijn er ook de zinnen weet je wel niet te lange zinnen, één onderwerp per zin en logische volgorde, kopjes gebruiken, nou dat hebben we in die training ook allemaal geleerd. En ook, wat ik ook heel leuk vond zeg maar, is ook dat je ook van die praktische tips kreeg, omdat nou vaak heb je in zo'n folder ook wel eens een opsomming, weet je wel van 'Nou, vandaag trekt u een t-shirt aan. En de kleur is rood, blauw, groen, geel', met bullets, ja.

I: Ja.

G: Maar soms heb je ook wel eens de neiging om dan een, de zin te laten doorlopen, van 'Als u last heeft van: hoofdpijn, buikpijn', maar eigenlijk moet je dan steeds opnieuw die zin lezen. 'Als u last heeft van hoofdpijn (...)'

I: Oh, omdat je dan weer terug moet naar (...)

G: 'Als u last heeft van buikpijn'. Weet je wel, dus.

I: Ja.

G: Ook omdat gewoon natuurlijker en anders om te keren zeg maar, zodat het gewoon een prettige manier leest, dat iedereen, een zo groot mogelijk publiek het kan [...] begrijpen.

I: Ja.

G: Dat is de bedoeling, ja.

I: Daar word je dan wel bewust van gemaakt inderdaad (...)

G: Ja, ja.

I: In zo'n training.

G: En dat is heel, heel leuk, ja. En ook leuk natuurlijk omdat je denkt nou ja god, wij moesten natuurlijk teksten aanpassen, dat ik dacht nou perfect, en kreeg je terug 'Hartstikke goed' en dan stonden er echt gewoon 20 opmerkingen in.

I: Ja dus er zijn altijd wel nog wel punten waar je nog niet op hebt gelet.

G: Hele goede punten waarvan je denkt oh ja, oh ja, ja.

I: Ja.

G: Maar goed het is ook gewoon, je moet echt ook wel vliegreuen maken (...)

I: Ja.

G: Om teksten ook gewoon ja, te herschrijven.

I: Ja.

G: En zoals wij het zeg maar doen, dat is een hele prettige methode, dat we ook wel elkaars teksten tegenlezen.

I: Oke.

G: Zodat iemand met een frisse blik weer naar jouw tekst kan kijken. En nou dat is heel fijn. Omdat je inderdaad, weet je, het sluipt er zo in en je hebt een bestaande tekst waar je mee aan de slag gaat. Dus je, automatisch zit je toch een beetje in het hoofd van de vorige schrijver. En dat is best lastig he, om daar gewoon helemaal boven te gaan staan. Los te laten, en een tegenlezer kan je daar ook gewoon heel goed bij helpen. Echt zoiets van nou (...)

I: En hoe vaak doen jullie dat dan, dat tegenlezen?

G: Alle teksten.

I: Oke.

G: Ja.

I: En dan gewoon allemaal één keer of (...)?

G: We hebben nu, we zijn nu met een project bezig om alle teksten te hertalen, zoals wij dat noemen. Dat betekent dat we met een tekst aan de slag gaan, de redacteur, bijvoorbeeld ik ga met zo'n tekst aan de slag (...)

I: Ja.

G: En die laat ik dan bijvoorbeeld door \*geïnterviewde 3\* tegenlezen. Nou die heeft dan commentaar, dan verwerk ik het commentaar en dan gaat het naar de opdrachtgever. En de opdracht, of de opdracht, de eigenaar laat ik het zo zeggen, die kijkt dan ook van klopt het inhoudelijk allemaal, moet er nog iets bij, moet er nog iets af? En dan krijgen we het weer terug om aan te passen en dan is de tekst gewoon klaar.

I: Oke. En de eigenaar is dan vaak een zorgprofessional of (...)?

G: Is eigenlijk altijd een zorgprofessional.

I: Ja.

G: Ja.

I: Oke. Ja ik vroeg me sowieso af, want ik had heel veel gehoord over dit herschrijfproject. Maar ik vroeg me ook af hoe het met de andere teksten eigenlijk gaat. Dus als je niet in zo'n herschrijftraject zit, maar als het gewoon gaat bijvoorbeeld om e-mails, om een patiëntenportaal, of daar dan ook een soort van afspraak is met de communicatieafdeling of dat eigenlijk altijd gewoon door de afdelingen zelf wordt gedaan.

G: Eigenlijk gewoon door de afdelingen zelf.

I: Oke.

G: Wel is ja dit is maar net, niet iedereen is even talig. Dat is ook wel gewoon duidelijk.

I: Ja.

G: En soms vragen ze ook wel eens ons om advies, dat kunnen we dan ook gewoon geven. Want er zijn best wel simpele regeltjes om een e-mail ook gewoon leesbaarder te maken. Dat begint eigenlijk al met, in de onderwerpregel. Als jij in de onderwerpregel zet 'Vraag' of je zet niks wat ook heel vaak voorkomt, ja dat is eigenlijk al een gemiste kans. Als je nou zegt van 'Informatie over hoe je 1000 euro kunt verdienen' ofzo nou dan gaat iedereen die email meteen lezen, openen.

I: Ja.

G: Dus dat zijn van die hele simpele dingetjes gewoon. En bijvoorbeeld ook in een e-mail, dat vind ik dan heel handig, dat je gewoon ja probeert natuurlijk gewoon niet enorm

uitgebreid verhaal te doen, maar dat je ook gewoon heel concreet zegt van nou wat wil je nou eigenlijk.

I: Ja.

G: Dus wat ik dan ook vaak doe is gewoon echt 'Vraag' en dan de vraag eronder nog een keertje herhalen.

I: En is, zijn er dan bepaalde formats voor hoe zorgprofessionals moeten schrijven (...) G: Nee.

I: Of is dat wel gewoon eigen regie?

G: Nee, nee, nee, helemaal niet. Dat is gewoon wat iedereen maar zelf wil.

I: Oke.

G: Wel hebben we met good habits, dat is zo'n online trainings (...), ken je misschien ook wel.

I: Good habits?

G: Good habits, ja.

I: Oh, nee dat ken ik niet, maar (...)

G: Moet je maar eens kijken, misschien bij jullie leerportaal, dat hebben heel veel instanties en organisaties. Dat is zo'n online cursusprogramma. En daar heb je bijvoorbeeld ook bij hoe je goed Nederlands schrijft, hoe je goede e-mails schrijft en dat soort dingen. Dus ja, daar verwijzen we natuurlijk ook allemaal wel naar, maar (...)

I: Ja.

G: Naja, of iemand dat gaat doen, dat weet ik niet.

I: Het is dus niet een verplicht onderdeel, dat je bepaalde schrijfcursussen bijvoorbeeld volgt of (...)?

G: Nee. Nee, nee, nee, nee. Zeker niet. Helaas. Maar goed. Wie weet, komen we daar ooit nog eens aan toe. Ja.

I: Ja, dat vroeg ik me inderdaad af omdat jullie, jullie hebben natuurlijk als communicatieafdeling dan die training gevolgd van Taal voor allemaal (...) G:

Ja.

I: Maar ik vroeg me inderdaad af of dat dan, of schrijftrainingen ook vaker voorkwamen gewoon ziekenhuisbreed zeg maar, of dat dat meer iets is waar je je voor inschrijft.

G: Nou, het kan wel. Want je kunt via good habits, kan je gewoon, kan je zo'n training volgen. Dat kan. Het is alleen wat in een ziekenhuis het ingewikkeld maakt is dat, de zorgverlener is er gewoon om zorg te verlenen aan een patiënt.

I: Ja.

G: En daar hoort natuurlijk ook bij informatie geven, maar dat is vaak mondeling. Als het schriftelijk is, dus folders schrijven, dat is echt een andere tak van sport.

I: Ja en dat kan je natuurlijk ook meer controleren, mondeling kan je niet meer (...) G: Nee maar bij mondeling is het toch makkelijker, want jij legt gewoon uit wat er gaat gebeuren. En ik zie aan jouw gezicht of je het wel of niet snapt.

I: Ja.

G: En jij, ik zie jou bedenkelijk kijken en dan denk je heb je nog een vraag. 'Wil je nog iets vragen?'

I: Ja.

G: Dat kan je met zo'n folder natuurlijk allemaal niet doen.

I: Nee, je weet niet hoe iemand het leest inderdaad, welke vragen diegene krijgt.

G: Nee. Er zit geen emotie in. En dat betekent dus ook, in een gesprek kan je natuurlijk ook gewoon, als ik zie dat bij jou de tranen in je ogen springen, dan kan ik daar natuurlijk ook op reageren.

I: Ja.

G: Maar dat kan ik met een folder, weet je dat gewoon niet. Dat betekent dus ook dat je een soort zakelijke afstand moet houden. Waar wij ook heel scherp opletten is dat je gewoon niet de emotie gaat invullen voor een patiënt, bijvoorbeeld van 'U zult wel bang zijn' ofzo. Dit is echt een heel overdreven voorbeeld wat er nooit in staat maar (...) I: Nee.

G: Ik bedoel, naja 'U zult' naja 'De meeste mensen vinden het heel moeilijk als ze te horen hebben gekregen dat ze kanker hebben'. Dat zal wel zo zijn en dat is waarschijnlijk ook zo, maar dat kun je gewoon niet opschrijven. Want voor hetzelfde geld schiet het ook gewoon helemaal in het verkeerde keelgat. Dat je denkt nou, dus daar letten we ook gewoon heel erg op.

I: Ja.

G: Dus de toon is, tone of voice is zakelijk/vriendelijk en duidelijk en naja.

I: En hoe zorg je dan dat het zakelijk en vriendelijk tegelijk is?

G: Je kunt wel begrip tonen, ik bedoel je hoeft niet alles staccato zo te zetten, dus we kunnen ook wel gewoon, ook uitleggen hoe het gaat. En dat kan ook gewoon op een vriendelijke manier. Je kunt natuurlijk gewoon zeggen 'De operatie vindt plaats in de operatiekamer punt'. Nou dan zetten wij bijvoorbeeld 'De zorgmedewerker brengt u naar de operatiekamer'. Dat klinkt gewoon heel anders.

I: Ja.

G: Je wil ook gewoon dat mensen het gevoel hebben dat ze, dat er goed voor hen gezorgd wordt.

I: Ja.

G: Ik bedoel het is, het is geen fabriek hier, het is echt een zorginstelling.

I: Ja.

G: Waar mensen natuurlijk ook gewoon iets hebben, want je bent ziek. Mensen zijn bang. Mensen hebben pijn. Ja, dan kun je niet, je kunt niet zeggen van 'Nou oke, ga daar maar heen. Dan word je geopereerd'.

I: Nee, je moet ze wel begeleiden daarin inderdaad.

G: Nee. Dat proberen we ook en dat kan je in je tekst natuurlijk ook gewoon, dat je niet te bot of te streng of ja (...)

I: Ja.

G: Schrijft.

I: Oke, helder. En ik vroeg me ook af, na dit herschrijftraject, is dan nog steeds de regie meer bij de communicatieafdeling of gaan jullie het dan wat meer ook, bij de zorgprofessionals leggen?

G: Als de tekst klaar is?

I: Ja zeg maar, de patiëntenfolders die jullie nu aan het herschrijven zijn, dat is dan dus heel erg bij jullie eigenlijk vooral, dat jullie het herschrijven en dan wel afstemmen natuurlijk met zorgprofessionals.

G: Hmhm.

I: Maar ik vroeg me af, daarna is het dan zo dat de zorgprofessionals ook die 12 uitgangspunten meer meekrijgen van 'Let hierop als je teksten schrijft' of blijft het dan heel erg bij jullie?

G: Nouja het is gewoon, het is wisselend. Omdat gewoon niet iedere zorgverlener is even talig.

I: Ja.

G: Niet iedereen vindt het leuk, niet iedereen heeft er tijd voor, dus in de praktijk is het zo dat de mensen die het leuk vinden, die, naja daar hebben we natuurlijk, we vertellen altijd natuurlijk ook gewoon wie het maar horen wil wat belangrijk is.

I: Ja.

G: En dus nee, daar besteden we wel aandacht aan, maar ook als het gewoon niet kan, als mensen niet willen horen of niet (...) of ja daar gewoon geen gevoel voor hebben, dan pakken wij het gewoon over. Weet je, dit is ons vak natuurlijk.

I: Ja.

G: Ja. Maar het is niet zo dat we het niet willen delen en dat we nee dit hoort bij communicatie (...) I: Nee.

G: Nee, absoluut niet.

I: Het ligt gewoon heel erg dus, aan degene in kwestie.

G: Ja, zeker, ja.

I: Ja, oke, helder. Ja dan vroeg ik me nog af welke schrijfmiddelen jullie allemaal gebruiken als jullie de teksten vereenvoudigen, want in ieder geval dus die schrijfwijzer van Taal voor allemaal hoorde ik (...) G: Ja.

I: Van \*geïnterviewde 3\*.

G: We hebben onze schrijfwijzer (...) I:

Oke.

G: Ook gewoon hoe we ook gewoon, afdelingen schrijven en dat soort dingen. En verder maken we ook heel veel gebruik van de website ishetb1 en ik kijk ook best wel vaak op de (...), hoe heet het nou ook alweer. De, god, we zijn er op geabonneerd, ik kijk het ook heel vaak. Gewoon even de Nederlandse taal zeg maar (...) I: Ohja, Taalgenootschap.

G: Taalgenootschap.

I: Ohja.

G: Die. Daar kijk ik ook best wel vaak maar. En ik spiek natuurlijk ook wel eens bij andere ziekenhuizen, ik denk echt hoe hebben ze dat nou gedaan. En ik kijk ook best wel vaak zeg maar, want het uitgangspunt is ik ben de patiënt he, ik weet van niks, dus ik ga zo'n tekst lezen en ik kijk ook wel eens gewoon bij de patiëntenvereniging hoe zij bepaalde aandoeningen omschrijven, gewoon om het beter te snappen zeg maar, om te snappen hoe dat in die tekst te verwoorden.

I: Ja.

G: Ja. Dus het is best een intensief project, proces, zeg maar om een foldertekst te hertalen.

Ja.

I: Ja, dat kan ik me voorstellen.

G: Ja.

I: En hoe ziet jullie schrijf, eigen schrijfwijzer eruit dan? Hebben jullie die, waar hebben jullie die vanuit opgesteld?

G: Dat is ook gewoon uit, gewoon wat we eigenlijk met onze afspraken, die we vanuit communicatie hebben. Dat we bijvoorbeeld, nou dat is altijd wel zo'n leuk hangijzer, wij schrijven dus nooit 'Het \*ziekenhuis A\*', we schrijven '\*ziekenhuis A\*'.  
I: Oke.

I: Oke.

G: Nou dat is gewoon wat eigenlijk, er zijn gewoon een aantal van dat soort afspraken en die schrijfafspraken zijn ook vooral gebaseerd gewoon op de gangbare Nederlandse termen, zeg maar. Qua opsommingstekens en dat soort dingen. En proberen ook gewoon dat de tekst rustig is. Dus dat we niet met allemaal komma's, en ook niet weet je wel, dubbele punten en dat proberen we, ja dubbele punten ontkom je soms niet aan, maar dat we proberen het minimale, dat we niet echt heel veel leestekens gebruiken. Omdat, als je een tekst leest, ja dan stop je automatisch bij een komma, als je iets vetgedrukt hebt, dan schreeuwt het in je hoofd weet je wel. Dus dat leest best onrustig.

I: Ja.

G: Wat we echt een paar jaar geleden wel eens hebben gedaan, hebben we een aantal taalambassadeurs uitgenodigd van, via TaalHBC, HBC Noord-Holland en die hebben toen voor een aantal mensen van communicatie hebben ze de teksten gelezen om ons ook gewoon rechtstreeks commentaar te geven. En dat was heel waardevol. Dat je dan ook echt hoort hoe iemand een tekst leest en er waren echt mensen bij die niet heel goed kunnen lezen en die hebben dan, die hoor je dan hakkelen, hakkelen, hakkelen. En wij hadden bijvoorbeeld, in die tijd hadden we, in de introductie hadden we vragen gesteld, weet je wel van 'Nou, u wordt geopereerd' en dan 'Hoelang duurt het?', 'Krijgt u een verdoving?', 'Dat en meer leest u in deze folder'.

I: Ja.



G: Maar dan lees je iemand, dan hoor je iemand die tekst lezen die dan totaal door die vraagtekens heen leest waardoor het echt een hele rare tekst werd. Dus die las dan op van hoelang duurt het, helemaal zonder intonatie. En dan wordt die tekst helemaal onbegrijpelijk.

I: Ja.

G: Dus naja dat hebben we dus ook, vanaf dat moment, gewoon afgeschaft.

I: En hoe vaak doen jullie van dat soort check-ups, van hoe mensen het lezen (...)?

G: Niet vaak.

I: Dus met patiënten.

G: We gaan [...], we gaan testen, dat gaan we doen sowieso.

I: Ja.

G: Alleen nu hebben we gewoon enorm veel teksten die we er doorheen moeten jassen.

I: Ja.

G: He, dus dat is eigenlijk de eerste bulk. En het, het hoort natuurlijk niet zo want je wil natuurlijk ook heel graag dat het wel getest wordt, alleen daar komen we gewoon nu niet aan toe. Nee.

I: Nee. Dus dat komt dan daarna, nadat [...)?

G: Dat gaan we zeker daarna doen.

I: Ja.

G: Wat we wel altijd vragen bij de afdelingen die we nu, per afdeling werken we de teksten af, gewoon dat als er teksten zijn die vaak heel veel, je hebt van die teksten die vaak moeilijkheden opleveren, dat, weet je dan, staat er duidelijk van 'Je moet nuchter komen' en dan komen mensen niet nuchter.

I: Ja.

G: Hoe kan dat nou? Weet je, en dan vragen we wel van nou als er dat soort teksten zijn, die gaan we dan gewoon testen. Ja.

I: Oh, dus ook specifiekere testen waar mensen moeite mee lijken te hebben. Dan selecteer je dus ook al op de teksten.

G: Ja, precies. Want dan, dat is ook gewoon, want het is ook, het testen is best ook wel intensief.

I: Ja.

G: En daar heb jij misschien ook ervaring mee, ik bedoel je moet zo'n hele tekst natuurlijk gewoon helemaal uitrafelen, vragen stellen en nou die moet je dan ook allemaal weer verwerken en in ons geval moeten we die dan ook weer aan een afdeling voorleggen, 'Is het allemaal oke?' en dan kunnen we het pas weer aanpassen.

I: Ja.

G: Dus het is niet zo van god laten we eens eventjes een paar foldertjes gaan testen, dat is, dat is veel werk. Maar het levert ook heel veel op hoor.

I: Ja.

G: Dus we gaan het zeker doen, ja. Nou, dat is in ieder geval leuk, dat je ook op die manier een afdeling zo kunt ondersteunen.

I: Ja. En hebben jullie dan een specifieke methode voor ogen, hoe jullie het willen testen?

G: Nee, dat zijn we nog even aan het uitzoeken. We hebben wel een methode geleerd bij Taal voor allemaal. En dat is, dat is een hele goede, gedegen methode, alleen dat kost echt heel veel tijd. En ja, hoe goed we dat ook vinden, je moet ook realistisch zijn. We hebben 2000 teksten en verder, dat kunnen wij gewoon niet doen.

I: Nee.

G: Dus wij zijn nu eigenlijk een beetje op zoek naar een soort methode die je ja, dat je gewoon op een simpele manier een snel resultaat hebt. Kijk als je al een paar mensen een tekst laat lezen en ze struikelen over steeds dezelfde informatie, dat is ook al waardevol.

I: Ja.

G: Dan kan je dat ook al aanpassen.

I: Ja. Dat is inderdaad goed om te weten dan.

G: Ja.

I: Ja. Ik vroeg me nog af voor je eigen visie op het beheer van patiënteninformatie, wat er al goed aan gaat en wat je, waar je denkt dat nog verbeterpunten liggen?

G: Dit?

I: Nee over dat beheer van de patiënteninformatie. Dus niet per se de contentfunctie die je hebt, maar (...)

G: Naja er zit toch ook, je hebt een wettelijke verplichting als ziekenhuis dat je de informatie 10 jaar moet bewaren.

I: Ja.

G: En dat is best wel ingewikkeld omdat nou de folder, of het informatiebestand wisselt nog wel eens weet je wel. Dus dan bestaat opeens een folder niet meer of dan is er weer een tekst die er dan een klein beetje wel op lijkt, maar toch niet helemaal hetzelfde is. Dus het is administratief ook best wel complex.

I: Ja.

G: En dan moet je natuurlijk ook nog weten per titel bij welke afdeling dat hoort, je moet dan ook weten welke aandacht functionaris een afdeling heeft, die dan natuurlijk allemaal weer van baan gaan wisselen, [...], dat moet je allemaal weer aanpassen.

I: Ja.

G: Dus dat is wel, achter de schermen is het echt wel complex, ja.

I: Dus vooral administratief dan.

G: Ja. Het is ook heel administratief, zeker.

I: En wat gaat er al goed, eraan? Aan het beheer van patiënteninformatie?

G: Wat er goed gaat?

I: Ja.

G: Nou ik vind dat de resultaten echt wel goed zijn. Ik denk ook, en er komt gelukkig ook steeds meer aandacht voor het belang van heldere taal. Er zijn ook radioprogramma's, televisieprogramma's, dus het is, mensen hebben er ook wel steeds meer begrip voor. En nou, er zijn ook heel veel afdelingen die heel blij zijn met ons. Dat ze echt zoiets hebben van nouja, nee prima, doe maar, goed.

I: Ja, dat is wel fijn inderdaad. En ik zag ook dat jullie Direct Duidelijk Deal hadden ondertekend.

G: Ja, heel leuk. Ja, ben ik ook heel, ja, zijn we ook heel blij mee. Omdat, nou, je geeft dan ook een soort signaal af. Ken je de Direct Duidelijk Deal?

I: Ja, ik had het wel gezien maar, inhoudelijk weet ik het niet helemaal precies wat het is. G:

Oke, naja, ik vond het heel leuk. Het is vanuit het Ministerie, ze zijn al twee jaar bezig, ze hebben allerlei online webinars die gewoon heel interessant zijn, weet je wel. Over het gebruik van leestekens, over beeld, over tekst, over nou van alles en nog wat.

I: Ja.

G: Dus ik vond het ook leuk om die te volgen en ook heel leerzaam, ja.

I: Ik ben ook benieuwd wie zich nog meer allemaal aan gaan sluiten. Bij de Direct Duidelijk Deal.

G: Ja. Nou wij waren het eerste ziekenhuis dus dat is heel leuk ja.

I: Ik hoorde het inderdaad. Ja. Ja. Ik heb de meeste vragen wel beantwoord gekregen eigenlijk. Ik weet niet of je zelf nog aanvullingen hebt of vragen of iets dergelijks? G:

Volgens mij heb ik alles wel zo'n beetje verteld. Wat voor jouw onderzoek mogelijk van belang is. Naja, ik kan natuurlijk heel veel vertellen over van alles en nog wat maar nee, als je een vraag nog te binnen schiet, dan hoor ik het wel.

I: Dan laat ik het weten inderdaad. Helemaal goed, dank je wel!

G: Oke nou ik hoop dat je (...)

## 9.2.5. Interview met ziekenhuis B

### Afkortingen:

- G: geïnterviewde
- I: interviewer

### Gebruikte tekens:

- [...] Het is onduidelijk wat er gezegd wordt.
- (...) De zin is nog niet afgemaakt. De zin wordt later afgemaakt of niet afgemaakt.

I: Ja allereerst ben ik benieuwd naar uw functie, of u daar iets meer over kunt vertellen. Dus hoe lang u al werkzaam bent in dit ziekenhuis.

G: Ja, nou ik werk al heel lang in het ziekenhuis. Maar ik werk nu 12 jaar bij deze afdeling, Patiëntenvoorlichting. Ja en vanuit deze afdeling zijn wij als afdeling verantwoordelijk voor het schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Het beheer er vooral van en tekstredactie inhoudelijk zijn de afdelingen zelf natuurlijk verantwoordelijk voor wat ze willen publiceren.

I: Ja. Dus u bent vooral verantwoordelijk voor het beheer dan.

G: Het beheer en tekstredactie, dat is onze rol. En nou is tekstredactie wel een ondergeschoven kindje. Want dat kost veel tijd en naja, zoals je weet is het overal druk en weinig geld voor, hoe noem je dat, extra mankracht daarvoor.

I: Ja.

G: Ik bedoel dat zijn dingen die erbij inschieten. Maar goed, we doen ons best om ook met name de schrijvers van de patiënteninformatie daarop te attenderen van waar ze op kunnen letten om een tekst begrijpelijk te maken.

I: Ja. Want ik vroeg me inderdaad ook af hoe dat dan gaat: dus is het dan vooral de communicatieafdeling die zich bezighoudt met bepaalde teksten of worden afdelingen zelf opgeleid daarin? Of hoe gaat dat te werk?

G: Afdelingen maken ze over het algemeen zelf. Of ze daar in opgeleid worden, ja, niet echt dus. In principe hebben wij wel een voorlichtingsfunctie, maar zijn daar niet heel erg actief in. Maar als mensen op een afdeling bedenken van ik wil/moet informatie schrijven of hebben over een bepaald onderwerp, dan in de praktijk is het vaak zo dat ze zelf gaan

schrijven. En dan denken van oh hoe krijg ik dit gepubliceerd en dan pas contact met ons gaan zoeken.

I: Oke.

G: Het mooiste zou zijn natuurlijk als zij vooraf contact met ons zoeken en dat proberen we ook wel te promoten. Maar het is een grote organisatie waarbij prioriteiten vaak anders liggen. Proberen we ze daar wel vooraf te informeren en dan ook met name te letten op de schrijfstijl, begrijpelijkheid en ja ook te kijken van in hoeverre is deze informatie nodig.

I: Ja.

G: Om zich dus bewust te zijn van van hoe je, waarom en hoe je patiënteninformatie maakt.

I: Ja. Maar is het dan aan hen dat ze kunnen, het voor kunnen leggen, of is het dat ze het altijd voorleggen aan jullie?

G: Ze moeten altijd langs ons.

I: Oke.

G: Ja. Dus ja op het moment dat ze het gepubliceerd willen hebben, dan komen wij in beeld. En dan idealiter bekijken we dan die, lopen wij, ik en mijn collega's dan, die teksten door op ja is het begrijpelijk, is het eenvoudig Nederlands, is het niet te veel in één, kan je bepaalde informatie niet beter opsplitten in meerdere? Dat soort dingetjes kijken wij dan naar.

I: Ja.

G: Maar in de praktijk is het dus heel vaak zo dat ja, een afdeling schrijft iets en wij denken van oke naja dit kan er wel mee door. En dan publiceren we het.

I: En gaat het dan om patiëntenfolders alleen of ook om andere soorten middelen waar u het nu over heeft?

G: Wij doen eigenlijk alleen patiëntenfolders.

I: Oke.

G: Alle zorg gerelateerde patiëntenfolders.

I: Ja.

G: Onze afdeling communicatie die houdt zich meer bezig met zaken daaromheen, logistiek, service, diensten in huis.

I: Ja.

G: Maar alles wat met echt het zorgtraject te maken heeft van de patiënten hier, dat ligt bij ons.

I: Oke. Ja, helder. En hebben jullie een bepaalde visie ook op patiëntencommunicatie ontwikkeld voor jullie beleid?

G: Ja, nouja, visie in de zin van, van iedereen (...), we willen dat zoveel mogelijk mensen er iets aan hebben. De begrippen gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid, die, die zijn wel heel erg (...), daar hebben we wel aandacht voor.

I: Ja.

G: En daarnaast, ja, wij zitten in een fusietraject, dat weet je mogelijk wel.

I: Ja.

G: \*Noemt verschillende locaties\*

I: Ja.

G: Ook dat kijken of we dat zoveel mogelijk kunnen samenvoegen. Dat er geen dubbele informatie overal staat, naja dat zijn natuurlijk ook de aandachtspunten van dit moment.

I: Ja. En hoe pakken jullie zoiets aan?

G: Ja, naja dat is ingewikkeld wel. De verantwoordelijkheid ligt eigenlijk bij de afdelingen zelf. Op het moment dat die afdelingen gaan samenvoegen, dan moeten ze ook hun patiënteninformatie daarin meenemen. Bij de ene afdeling gaat dat heel soepel en bij de andere, ja of het laat op zich wachten of mensen willen toch hun eigen stukje. Want ja een fusietraject gaat nooit van de ene op de andere dag, dat kost heel veel jaren om het los te laten wat we hadden en nieuwe dingen te omarmen.

I: Ja.

G: Dus dat, ja, gaat heel kleine stapjes.

I: Maar gaan jullie dan per patiëntenfolder soort van na wat er per locatie staat of hoe (...)?

G: Ja, nou wij hebben het beheer van die folders in principe. Wij hebben een systeem waarin het beheerd wordt. Dus wij kunnen achterhalen wie de auteur is van een folder.

I: Ohja.

G: Hoe lang die al bestaat dus (...), we hebben ook een beleid dat die eens in de drie jaar minimaal herzien moet worden. Dus wij zorgen ook voor de seintjes naar de auteurs van 'Joh je folder is bijna verlopen, is die nog up-to-date, wil je aanpassingen?' En in dat hele traject van die driejarige cyclus waarin een folder sowieso langskomt, komt dan ook dat harmonisatie (...). Op het moment dat er dus een folder zich voordoet van we hebben (...), deze moet herzien worden, dan kijken we ook meteen van is er een, is er een vergelijkbare

folder, kunnen we die samenvoegen, hoe zien beide locaties het? Zijn ze het eens met de inhoud? Naja.

I: Ja.

G: Ja, snap je wat ik bedoel? Ja.

I: Ja, ja. Maar dan gaat het dus eerst naar de redacteur. De vraag van willen jullie inhoudelijk nog iets aanpassen?

G: Ja, precies.

I: En dan daarna kijkt, kijken jullie, of de communicatieafdeling kijkt (...)?

G: Wij kijken naar of er al informatie over bestaat. En of dat samengevoegd kan worden of dat er een goede reden is om toch twee verschillende folders te houden voor beide locaties een. Ja. Dat is een heel arbeidsintensief traject, want je moet echt wel zoeken naar de juiste mensen en de juiste mensen moeten ook wel op dat moment tijd hebben om dat, ja, om daar, hoe noem je dat, een besluit over te nemen.

I: Ja. En gaan jullie dan ook in gesprek met die afdelingen van 'Dit is wat ik zie en dit kan zo en zo anders of (...).'

G: Ja. Ja, nou ja, ja dat, dat is wel ons streven. Maar [...] juist nu wie die extra hectiek door al die, die dubbelingen, komt daar weinig van. Maar dat is wel ja, dat willen we wel, dat is wel ons doel en ook eigenlijk onze rol.

I: Ja.

G: Ja.

I: Ja want ik vroeg me inderdaad ook af van als zo'n afdeling aangeeft van 'Ja ik wil heel graag dit erin laten staan' en daarna zeggen jullie bijvoorbeeld van 'Ja maar dit is misschien niet zo handig geformuleerd', wie dan uiteindelijk daar de eindverantwoordelijke in is. Die informatie.

G: Ja, de eindverantwoordelijke voor de inhoud is uiteindelijk de afdeling.

I: Oke.

G: De afdeling, de auteur van, van een zorgafdeling.

I: Ja.

G: Wij doen suggesties om dingen anders te doen en ja dat is ook heel wisselend. Sommige mensen staan er heel erg open voor en willen graag een, een folder (...), een expertise van onze afdeling daarin meenemen. Anderen zeggen van 'Ja, nee we willen dit graag toch vermeld hebben ook al (...).'

Nouja dat is allemaal handwerk en discussie vaak ook. Of



discussie, gewoon overleg tussen degene die inhoudsverantwoordelijk is en wij met onze adviezen.

I: Ja. En u gaf eerder ook aan dat u dan let op hoe het dus is opgeschreven, maar kijken jullie bijvoorbeeld ook naar de vormgeving? Of is het echt vooral, gaat het echt vooral om de tekst?

G: Wij doen vooral de tekst, we hebben wel een vast format voor folders. Daar is een ja, je bent gebonden aan de huisstijl van je organisatie. En ja er is een keuze gemaakt in een bepaald format op A4, in principe alles op A4-formaat, omdat ja, dat heeft met het beheer te maken. Het feit dat we eigenlijk zoveel mogelijk afgaan van papieren folders en de informatie ook digitaal beschikbaar willen, willen stellen.

I: Ja.

G: Dus dat heeft, dat heeft als gevolg gehad dat we het op een, eigenlijk alles op A4-formaat binnen een huisstijl sjabloon publiceren.

I: Want nu staat alles ook al op de website of is het nu nog steeds deels papier? G: Nee we hebben al een aantal jaren dat de folders wel, ze zijn altijd op papier af te drukken.

I: Ja.

G: Dan krijg je A4-velletjes. Maar dat het eigenlijk digitaal is het uitgangspunt. En op het moment dat iemand zegt van 'Goh, ik wil dit graag wel thuis kunnen nalezen. Ik heb geen computer of [...].'

I: Ja.

G: Dat is aan de zorgverlener in hoeverre die dat inschat bij zijn patiënt of die, wat de beste manier is om die informatie te krijgen. En er zijn ook zeker plekken waar gewoon alles op papier wordt uitgedeeld of meegestuurd wordt met een afsprakenbrief. Dat gebeurt zeker nog wel.

I: Ja. Want er zijn dus bepaalde formats voor patiëntenfolders. Maar weet u ook of er formats zijn voor bijvoorbeeld brieven of andere communicatiemiddelen?

G: Ja. Ja, brieven dat is ook, worden ook steeds meer gestandaardiseerd.

I: Oke.

G: Maar hoe dat dan precies gaat, dat weet ik zelf dan niet.

I: Nee, dat is natuurlijk dan ook weer een andere (...)

G: Vanuit de poliklinieken zijn daar allerlei projecten ook, omdat ja vroeger kreeg iedereen natuurlijk een brief of op een gegeven moment waren het sms'jes, berichten. Je hebt natuurlijk het patiëntenportaal vaak, ieder ziekenhuis heeft tegenwoordig wel z'n patiëntenportaal waarbij die mensen dan ook hun berichten kunnen ontvangen of hun uitnodigingsbrieven. Ja daar wordt heel veel mee geëxperimenteerd. En ja dat zal steeds groter worden.

I: Ja. En zijn die patiëntenportalen dan ook gekoppeld aan die patiëntenfolders of staat dat los van elkaar?

G: Nog niet, nee.

I: Oke.

G: Daar zijn we heel erg mee bezig om dat te kijken hoe dat in te richten is. Ja, dat zijn allemaal dingen die op dit moment, projecten die lopen vanuit afdeling communicatie en de ICT en de websitebeheer en het portaalbeheer.

I: Ja. Werken er allemaal samen in. Ja.

G: Ja.

I: Ja. Ik vroeg me dus af of het tekstbeleid meer centraal of decentraal ging, maar het is dan dus per afdeling schrijven ze iets en dat gaan dan altijd langs jullie daarna.

G: Ja. Dus eigenlijk beheer is centraal. Ja we hebben ook gezegd van die patiënteninformatie (...). Even een vraagje (...)

I: Ja?

G: Even terugkomend want je uitgangspunt was toch patiënteninformatie hoe dat (...)

I: Ja, ja.

G: Hoe daar mee omgegaan wordt. Ja. Ja, oke, ja.

I: Ja precies. En dan folders ben ik benieuwd, maar ook andere communicatiemiddelen. Maar ik weet niet hoeveel jullie daarover kunnen zeggen, omdat bij jullie ligt vooral de folders, toch, als ik het goed begrijp?

G: Ja, precies.

I: Ja.

G: Ja, oke, nee dat ik wel uit het juiste oogpunt mijn verhaal houd.

I: Ja, ja. Nee, fijn dat u het even vraagt.

G: Wat, wat, sorry wat was je laatste vraag?

I: Ja dus centraal of decentraal en dat is dan meer centraal omdat jullie het beheren.

G: Ohja, Ja, ja, ja. Dat is echt een hele bewuste keuze van de organisatie geweest om het centraal te beheren. 1 om, om de kwaliteitseisen (...), patiëntenfolders worden als kwaliteitsdocumenten gezien.

I: Ja.

G: Zorginhoudelijke kwaliteitsdocumenten. Dus vandaar dat dat beheer, een driejaarlijkse check en dat je goed weet wie de inhoudsverantwoordelijke daarvoor zijn, dat doen wij. En de huisstijl wil je natuurlijk garanderen. Dat niet iedereen zijn eigen dingetje gaat maken.

I: Ja.

G: En daarna, en dan vooral ook de, het taalniveau.

I: Ja.

G: Daar zetten we op in, om dat zoveel mogelijk, ja folder voor iedereen, zoveel mogelijk mensen geschikt mogelijk te maken.

I: Ja. En hoe controleren jullie dan dat taalniveau? Wat gebruiken jullie daarbij? G: Wij gebruiken (...), ja wij zijn getraind in het schrijven in B1. Dus en dat ja, gaan we binnenkort weer een keer op herhaling. Ja en dat je dus gewoon de B1-regels, ik weet niet, ken je, ken je dat?

I: Ja.

G: Korte zinnen, actieve zinnen, letterlijke, hoe noem je dat, geen figuurlijk taalgebruik gebruiken. Ja dat soort dingen. Veel werken met bullets en schematische, of schematisch, goed je alinea verdelen. Geen lappen tekst. Belangrijke boodschap eerst. Dat soort aandachtspunten daar letten we op.

I: Ja. En wanneer en hoe vaak hebben jullie die trainingen gehad?

G: Nou, ja. We hebben ooit echt een uitgebreide training gedaan, een jaar of zes geleden denk ik? Een jaar of acht geleden misschien al. Nou diezelfde soort training gaan we nu weer doen, omdat we wat nieuwe mensen in het team hebben.

I: Oke.

G: En daarnaast hebben we binnen onze (...), er is (...), je hebt de (...), er is een organisatie, hoe noem je dat? Een werkgroep die zich bezighoudt met gezondheidsvaardigheden en regelmatig aandacht vraagt voor naja schrijven, eenvoudig schrijven. Eenvoudige informatie presenteren op allerlei gebied. Dus op folders, maar ook op flyers en alles wat je aan de patiënt voorlegt.

I: Ja.

G: Dus die ja, dat is een werkgroep die regelmatig aandacht vraagt hier in huis. Maar onze eigen training is, is, die ene, die training van zes jaar geleden. Is het uitgangspunt.

I: Ja.

G: En we hebben naar aanleiding daarvan ook wel wat documenten met tips om hoe je, hoe je zo'n tekst dan doorloopt. Dat je af en toe weer even weet van ohja hier moet ik ook nog op blijven letten. Maar goed, op een gegeven moment wordt het ook een beetje, een beetje naja routine.

I: Ja.

G: Maar goed, aan de andere kant wat ik zeg, we hebben voor heel veel folders daar nog geen, geen vertaalslag naar eenvoudig Nederlands gemaakt. Omdat, er is gewoon tijdsgebrek.

I: Daar zijn jullie nog mee bezig.

G: Ja, ja. En, en we willen eigenlijk ook wel inzetten om die kennis toch wel ook bij de auteurs te krijgen.

I: Ja. Want hebben jullie daar een plan voor?

G: We hebben nu op dit moment op het intranet site wel informatie staan. Die documenten waar we dan zelf mee werken van hoe je, hoe je een tekst schrijft en hoe je eenvoudig schrijft. Dat we ze daar naar verwijzen. Naja het is maar net hoe mensen daar, wat ze daar mee doen. Dat heb ik natuurlijk geen check op.

I: Nee.

G: Met zo'n hele grote organisatie.

I: Dat snap ik inderdaad wel.

G: Ja, ja.

I: Want hebben die afdelingen dan ook die B1 training gevolgd of is dat echt specifiek jullie afdeling?

G: Nee, nee. Dat is specifiek onze afdeling. Ja.

I: Oke.

G: Die uiteindelijk de tekstredactie dan, dan doet. Maarja, tekstredactie tussen aanhalingstekens dus. Maar, ja het streven is wel om steeds meer mensen daarvoor in aanmerking te laten komen. Er wordt ook gedacht aan, ik ben even kwijt hoe dat nou heet. Van die, van die programma's, waar bij, die je kan koppelen aan word bijvoorbeeld waarbij

je, naja, die je tekst eigenlijk doorloopt op eenvoudig Nederlands, op moeilijke termen of op lange zinnen. En eigenlijk je B1 vertaling als het ware een soort voorkauwt voor je.

I: Ohja.

G: Even kijken hoe dat heet.

I: Maar dat willen jullie misschien ook gaan inzetten?

G: Ja, daar wordt ook over gedacht om dat breder in huis inzetbaar te maken. Dat mensen die zich inderdaad met die teksten bezig houden (...). En dat geldt dan niet alleen voor folders, maar ook voor mensen die brieven schrijven aan patiënten of wetenschappelijk onderzoek doen en hun informatie daarover kwijt moeten.

I: Ja. Dus dan gaan jullie het uiteindelijk wat meer decentraler beleggen als zij ook opgeleid worden.

G: Ja. Ja. Naja goed, naast de patiëntenfolders worden al heel veel (...), wordt er natuurlijk over heel veel andere dingen geschreven wat ook aan de patiënt gericht is. Ook webteksten, om daar ook iets meer die, de mensen die daar verantwoordelijk voor zijn wat handvatten in te geven, mogelijkheden te geven om daar in ieder geval aan te, aan te kunnen voldoen. I:

Ja. Precies. Ja, want welke, welke middelen checken jullie allemaal dan van die afdelingen, patiëntenfolders in ieder geval maar (...)

G: Mijn afdeling doet alleen de patiënteninformatie.

I: Ja.

G: We noemen ja een soort term, patiëntenfolders doet vermoeden dat het om een papiertje gaat.

I: Maar het is ook online, ja.

G: Ja, het is natuurlijk vooral (...), we publiceren digitaal en maar we noemen ze wel nog steeds patiëntenfolders.

I: Ja.

G: Maar het gaat eigenlijk om patiënteninformatie. Dus zorginhoudelijke patiënteninformatie. Dat is het pakkie aan van onze afdeling.

I: Oke.

G: En de communicatie heeft nog een groot deel in algemene informatie die op de website staat bijvoorbeeld over openingstijden, bezoeken, parkeren, naja sowieso de dingen als, als hoe komt een afspraak tot stand? Hoe komt u terecht in het \*ziekenhuis B\*? Wat is daarvoor nodig?

I: Ja.

G: Maar dat ligt bij communicatie.

I: En dat gaat dan? (...) Gaat dat dan op dezelfde manier, dus ook weer dat centrale? Of moet ik daarvoor meer bij de communicatieafdeling zijn?

G: Hoe bedoel je centrale?

I: Ja dus dat het ook weer (...), is dat de afdelingen iets schrijven en dat de communicatie dat weer controleert voor op de website? Of schrijft de communicatie dat zelf?

G: Nee, ik denk dat de communicatie (...), doet dat zelf. Wel in overleg met natuurlijk de afdelingen als facilitaire zaken. Alhoewel we daar ook wel een groot deel in hebben. Even denken hoor. Je bedoelt dingen als rechten en plichten van de patiënt. Dat valt niet onder zorginhoudelijk maar dat beheren wij wel.

I: Oke.

G: Maar het hele verhaal over waar u kunt parkeren, dat wordt natuurlijk omschreven, maar dat doet communicatie.

I: Oke.

G: Een beetje de facilitaire zaken, dat is vanuit communicatie. In overleg met de inhoud, degene die weet hoe het werkt.

I: Ja, precies. En ik vroeg me ook nog af hoe jullie patiënten betrekken bij de patiëntenfolders. Hebben jullie daar bepaalde testen voor? Of zijn jullie dat van plan? Of hebben jullie dat helemaal niet?

G: Ja dat gebeurt nog niet heel veel.

I: Oke.

G: Er zijn wel plannen voor, patiënten panels. Er zijn (...), patiënten worden natuurlijk op heel veel gebied al bevraagd over hun ervaringen in het ziekenhuis. En vanuit die werkgroep die dat, of de mensen die dat doen, zijn er wel plannen om ook inderdaad patiëntenfolders (...), op die manier teksten aan patiënten voor te leggen. Om daar een reactie op te geven. Om te kijken of het begrijpelijk is. Maarja, dat dat zijn nog plannen.

I: Ja. Dat is ook wel iets wat veel tijd kost.

G: Ik weet niet of je ook al veel andere mensen hebt geïnterviewd binnen de zorgwereld.

I: Ja.

G: Maar het is helaas toch vaak een ondergeschoven kindje.

I: Ook omdat het veel tijd kost.

G: Het is arbeidsintensief.

I: Ja.

G: En er zijn natuurlijk gewoon heel veel andere mensen, andere zaken die voorgaan. Zeker als je dat ziet vanuit de zorgafdelingen. En bij de ondersteunende afdelingen, zoals wij dan zijn, is het ook, een kwestie van mankracht en die mankracht die je niet hebt.

I: Ja.

G: En we ja, bij ons ziekenhuis is dat (...), dat fusietraject van twee ziekenhuizen samenvoegen maakt het natuurlijk ook dat het nu even niet zo hard gaat als we zouden willen.

I: Ja, dat snap ik inderdaad.

G: Ja. Ja.

I: Maar zouden jullie dat dan op de website een soort enquête doen of gaan jullie dan met patiënten in gesprek of hoe wordt dat vormgegeven?

G: Nee dat wordt (...), ik weet niet precies hoe ze dat doen, maar er zijn bepaalde patiëntengroepen die benaderd worden of mensen die zich kunnen opgeven. Er worden sowieso (...), patiënten die hier gezien worden krijgen altijd een soort enquêteformulier thuisgestuurd als ze een bepaald zorgtraject hebben doorlopen (...)

I: Oke.

G: Waarin gevraagd wordt om hun ervaringen en dan vanuit die ervaringen als ze dat dan aangeven dan kunnen ze ook weer los benaderd worden voor kleine onderzoekjes. Op die manier wordt het uitgezet.

I: Ja. En gaat, gaan de ervaringen dan vooral om hoe het hier aan toe gaat of gaat het dan ook om de informatie die ze krijgen bijvoorbeeld in patiëntenfolders?

G: Nouja, dat kan ook een vraag zijn. Voor zover ik weet is dat nog geen vraag.

I: Oke.

G: Maar die navraag bij patiënten, dat wisselt iedere keer. Soms gaat het over 'Duurde het lang voordat u ons telefonisch te pakken kon krijgen?'

I: Ja.

G: Of soms van 'Heeft u lang op uw afspraak moeten wachten?' en 'Hoe beviel uw afspraak?' Nouja goed, dat wordt een beetje in thema's, wordt dat jaarlijks bevraagd. Of nou niet eens, dat wordt heel vaak bevraagd en jaarlijks heb je dan ook nog zo'n heel groot breed onderzoek waarbij allerlei mensen benaderd worden via een dossier, denk ik dat dat

gebeurt. Of via (...), naja dat ze in ieder geval een uitnodiging krijgen of ze mee willen doen aan een enquête over hun ervaringen.

I: Ja, het voordeel lijkt me wel dat je dan ook echt de patiënten bevroegt die het zelf hebben meegemaakt.

G: Ja. Precies.

I: Die zich wel goed kunnen verplaatsen in de informatie, niet gewoon mensen die erbuiten staan en die het beoordelen.

G: Ja. Ja, dat klopt. Je moet wel een beetje mensen hebben die in die situatie (...) en ook uit alle lagen van de bevolking, dat wil je ook weten hoe komt een tekst over. Naja niet alleen je tekst, maar hoe beleven mensen het en wat kan je daaraan doen om dat te verbeteren?

I: Ja.

G: Ja.

I: Want u gaf eerder ook al aan over die laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden.

G: Ja.

I: Hoe proberen jullie daar rekening mee te houden in de teksten?

G: In de (...), naja toch vooral dat B1-niveau en de overzichtelijkheid op papier. De spreiding van je teksten, werken met bullets, werken met vragende kopjes, dat soort tools om, om het helderder te maken, om het (...). En ook, dat is natuurlijk één ding. Dat gaat over de geschreven teksten. Maar ook wordt gekeken of we met filmpjes kunnen gaan werken. Met van die infographics. Om allerlei dingen duidelijk te kunnen krijgen. Maar dat staat ook nog heel erg in de kinderschoenen. Die wens is er allemaal wel. Maar dat zijn natuurlijk dingen die nu heel veel geld kosten en waar geen tijd en geen geld voor is. I: Ja. Want gebruiken jullie nu al van die filmpjes? Of nog helemaal niet?

G: Ja, een paar. Weinig. Er zijn wel wat, een paar afdelingen die er gebruik van maken, maar nog niet heel veel.

I: Oke.

G: Maar wel (...), ik bedoel er zijn, je hoort heel veel mensen die het erover hebben van oh dat moeten we gaan doen. En dan ja dat strandt vaak gewoon op geen tijd geen geld.

I: Ja. Dat is wel een veelvoorkomend argument inderdaad.

G: Dat zie je gewoon heel veel. Ja. Ik weet niet of je dat bij andere mensen ook terug hoort?



I: Ja, ook omdat het in de zorg natuurlijk veel gaat om de zorg zelf verlenen en dan is het lastiger om dan ook nog tijd te maken voor alle communicatie eromheen. G: Ja, ja.

Precies. Ja, ja. En ook na de coronajaren heb je natuurlijk ook de personeelstekorten maar ook de financiële situatie in ziekenhuizen denk ik. Dat zal wel meespelen.

I: Ja.

G: Ja.

I: Ja, hoe je dan ook genoeg mensen kan inzetten voor die redactie ook.

G: Ja, precies.

I: Ja. Ik zit even te kijken of ik mijn vragen beantwoord heb gekregen. Ohja, ik vroeg me nog af of jullie met bepaalde organisaties samenwerken voor informatie of dat jullie altijd jullie eigen informatie schrijven.

G: Ja, beide. Er wordt (...), er zijn bijvoorbeeld bepaalde afdelingen of bepaalde specialismen die werken heel veel met de informatie die binnen hun beroepsgroep of binnen de patiëntenvereniging of de hoe noem je dat? Toevallig had ik net een mailtje van de afdeling reumatologie die heeft gezegd van 'We gaan onze patiënteninformatie die dus onze beroepsverenigingen die dus landelijk beschikbaar is, gaan we gebruiken in plaats van onze eigen geschreven folders.' I: Oke.

G: Die stappen af van de eigen folders. En dat is natuurlijk ook logisch, want dat wordt binnen een beroepsgroep bijgehouden, besproken, dus die informatie blijft up-to-date. En anders moet je natuurlijk heel veel werk gaan doen.

I: Ja.

G: Er zijn ook afdelingen (...), ja wij zijn toch een ziekenhuis met veel gespecialiseerde zorg, wat nog niet landelijk of voor alle ziekenhuizen beschreven is.

I: Ja.

G: Waarbij ook bepaalde procedures in huis gewoon anders gaan dan wanneer je naar een ziekenhuis in \*andere stad\* gaat.

I: Ja.

G: Dus die informatie wordt dan sowieso wel zelf geschreven. Maar waar mogelijk gebruiken afdelingen wel de beschikbare informatie van hun beroepsvereniging.

I: Ja. Dus dat verschilt ook een beetje per afdeling hoeveel er beschikbaar is.

G: Ja. De een is wat actiever. Die zegt van 'Nou we vinden dit voldoende.' Anderen willen er een persoonlijke tint aan geven door toch even te beschrijven hoe dat dan bij ons specifiek

gaat, een bepaald onderzoek. Ik denk dat dat vooral is bij onderzoek, informatie over diagnostische onderzoeken.

I: Ja.

G: Als het echt gaat over de beschrijving van een aandoening, dan ja dan is er heel vaak wel algemene informatie beschikbaar.

I: Ja.

G: Maar als het gaat om hoe gaat een specifieke behandeling of onderzoek bij ons in het ziekenhuis, dan willen mensen ook vaak weten waar moet ik dan zijn? En hoe laat moet ik daar zijn? Dus dat soort informatie wordt dan ook in die folder opgenomen. I: Ja, precies. En zijn er nog bepaalde onderdelen die makkelijker of lastiger te vereenvoudigen zijn in van die patiëntenfolders?

G: Hoe bedoel je dat?

I: Dus zeg maar bijvoorbeeld medische termen eruit halen of bijvoorbeeld zinnen inkorten, zijn er dan onderdelen die heel lastig zijn aan te passen of die juist makkelijker aan te passen zijn?

G: Ja medische termen is natuurlijk altijd lastig, omdat we proberen (...), daar ontkom je vaak niet aan. Maar we proberen dan wel in ieder geval die term uit te leggen en hem consequent ook te gebruiken, want ja heel vaak zijn natuurlijk meerdere termen of afkortingen die in de volksmond, of in de volksmond, die in de mond van de artsen en de verpleging heel vanzelfsprekend zijn.

I: Ja.

G: En dat zie je wel eens terugkomen in de teksten ook. Dus maarja, wij proberen daar dan in ieder geval eenduidig te zijn in de tekst. Is dat wat je bedoelde of?

I: Ja. Inderdaad dat je daar eenduidig in bent maar ook van (...). Ja, ik vroeg me nog af trouwens sowieso, of u/de redactie daar dan toezicht op houdt of zelf ook de teksten aanpast, de patiëntenfolders?

G: Ja, toezicht dat is onze wens, maar niet helemaal de realiteit.

I: Ja.

G: Maar wij geven dan op het moment dat een afdeling een folder geschreven heeft, dan krijgen wij hem onder ogen. Want wij gaan hem in het systeem en in het publicatieproces zetten.

I: Ja.

G: Maar voordat we dat doen, hebben we vaak nog overleg met de auteur. En dan neem ik die folder (...), dan loop ik hem door, dan ga ik met wijzigingen bijhouden in een word document, aangeven en opmerkingen maken van 'Nouja, dit lijkt me nu niet relevant. Ik zou dit nu niet noemen.'

I: Ja.

G: 'Deze term kan je beter veranderen door die term.' Zinnen herschrijven. En dat geef ik dan weer terug aan de auteur. En die zegt dan van 'Nou maar ik vind het wel belangrijk (...)'. 'Oke dan laten we het er wel in. ' I: Oh, op die manier.

G: Het herschrijven van die zin, oh dat loopt inderdaad wel lekkerder. En sommige mensen die hebben dan daar blind vertrouwen die zeggen dan van 'Ohja prima' en anderen willen daar ja (...). Het schrijven van een tekst is toch ook een beetje (...), voor heel veel mensen voelt het als een kindje van zich. Dus als je er heel veel in gaat schrappen, de ene vindt het prima en de ander heeft dan (...) I: Daar meer moeite mee.

G: Meer moeite om dat te accepteren. Maar goed dat is gewoon een heel inten...menselijk proces.

I: Ja.

G: Dan overleggen we met elkaar tot we het eens zijn. En naja we drammen niet helemaal door van het moet zus en zo. Want dat kost heel veel tijd. Als onze belangrijkste items maar verwerkt worden dan nemen we er op dit moment genoeg mee.

I: Ja. En zijn die afdelingen dan nog onderverdeeld bij jullie? Wie welke afdelingen doet of?

G: Ja, wij hebben (...), in de praktijk wij hebben, ieder van ons heeft een eigen specialisme (...)

I: Oke.

G: Waar we contactpersoon voor zijn. We doen het met z'n drieën op dit moment. En iedereen heeft dus (...), ik heb de hele afdeling Interne Geneeskunde met al z'n subafdelingen.

I: Oke, ja.

G: Een andere heeft chirurgische afdeling met al z'n bijbehoren, weer een ander heeft z'n neurologische afdelingen. Dus dat ja dat is ook gewoon praktisch omdat je dan (...), je hebt wel vaak met contactpersonen te maken dus je moet, daar moet je ook een relatie mee

opbouwen wil je dat goed kunnen, soepel kunnen laten verlopen. Dus vandaar dat we dat op die manier hebben gedaan.

I: Ja. En hebben jullie dan ook standaardmomenten voor overleg met die afdelingen of is het er meer ik stuur het op?

G: Ja het is heel erg ad hoc werk.

I: Ja.

G: Ook omdat het zoals ik al zei het schrijven van zo'n (...) wordt dan gedaan door een artsassistent en dan leest, een supervisor leest mee. Maarja op het moment dat ie dat dan bij mij neerlegt van volgens mij is dit klaar en ik stuur hem terug, dan heeft ie weer twee weken nachtdienst, bij wijze van spreken.

I: Ohja, ja.

G: Zo gaat dat. Het is gewoon heel erg (...), soms probeer je even een overlegje te plannen. Dat gaat tegenwoordig natuurlijk heel makkelijk, even via Teams of telefonisch.

I: Ja.

G: 'Zullen we even de folders bespreken?' Naja het is echt heel erg, hoe noem je dat, ja gewoon contact leggen en zorgen dat je dat contact goed onderhoudt en dat je elkaar van dienst bent op die manier.

I: Ja. Helder. Ohja ik had nog een laatste vraag over uw eigen mening, over wat u goed vindt gaan en minder goed vindt gaan aan het tekstbeleid.

G: Ja, het beleid is goed. Alleen de uitvoering is nog niet voldoende, omdat tijd en geld. Dat is het punt.

I: Ja.

G: Dat vind ik jammer. Het is natuurlijk heel veel (...), gezondheidsvaardigheden is natuurlijk een groot onderwerp in de zorg, ook binnen ons ziekenhuis wordt het heel erg erkend als van hier moeten we aandacht voor hebben. En laaggeletterdheid. Dat heeft natuurlijk overlap.

I: Ja.

G: Maar in de praktijk is het dan toch als je het goed wilt doen, dat is heel arbeidsintensief. En dat werkt gewoon nog niet.

I: Ja. In de praktijk brengen is wel echt iets anders dan (...)

G: Ja, de ideeën en de plannen zijn er wel en we weten allemaal hoe het moet, hoe het beter zou kunnen dus, alleen het is zo groot, veelomvattend, dat het heel veel tijd gaat kosten wil je het helemaal op orde krijgen.

I: Ja. Want hoeveel folders hebben jullie nu al herschreven, ongeveer?

G: Herschreven? Dat is lastig. We hebben in totaal bijna 2000 folders. Van beide locaties. Ja sommige zijn echt helemaal uitgespit, in de zin van omgezet tot B1, maar dat is denk ik nog geen 5% denk ik.

I: Nee, omdat het er zoveel zijn.

G: En bij andere gaat het een beetje we lopen even snel door, even scannen, dat alle ingewikkeldste zinnen en woorden eruit zijn. En dan is het al goed.

I: Ja, ja, oke. Ik heb al mijn vragen al beantwoord gekregen.

## 9.2.6. Interview met ziekenhuis C

### Afkortingen:

- G: geïnterviewde
- I: interviewer

### Begrippen:

- Divi: Divi's zijn de digitale folders en worden verstuurd naar patiënten. Eén Divi bestaat uit alle informatie over één onderzoek, ziektebeeld of therapie in begrijpelijke illustraties en animaties.

### Gebruikte tekens:

- [...] Het is onduidelijk wat er gezegd wordt.
- (...) De zin is nog niet afgemaakt. De zin wordt later afgemaakt of niet afgemaakt.

I: Kan je iets meer vertellen over jezelf en wat je allemaal doet in het ziekenhuis?

G: Nou ik zou me even voorstellen dan. Ik ben \*naam\*, ik ben senior communicatieadviseur bij \*ziekenhuis C\*. Wij hebben in ons team senior communicatieadviseurs en junior communicatieadviseurs. Senior is eigenlijk meer grote lijnen uitzetten, ook op communicatiebeleid. Ook op dit beleid dus. Junioren die zijn met name wat patiëntencommunicatie meer, zijn meer uitvoerend. Dus die maken nieuwe folders, altijd in overleg met de zorg, en redigeren teksten daarvoor. Eigenlijk heeft het een hele lange traditie, want folders zijn natuurlijk al (...). Toen ik hier kwam werken in 2001 hadden we al folders. Maar die waren natuurlijk allemaal gewoon fysiek.

I: Ja.

G: Die werden keurig gedrukt. In een format. In de huisstijl van het ziekenhuis. En daar is natuurlijk langzamerhand verandering in gekomen, doordat folders in (...), eerst als pdf zeg maar op de website werden aangeboden. Bij de komst van websites werden die folders als pdf's aangeboden. De volgende stap was dat we teksten in hun template vaste pagina, of nou, als pagina's echt opgemaakt werden in websites.

I: Ja.

G: Langzamerhand deden ook wel figuren de intrede tussen de teksten zeg maar, ter illustratie. Dat was allemaal een beetje vrijblijvend, moet ik zeggen. Dus als uit handboeken ofzo werden illegale kopieën gemaakt, dat kan natuurlijk eigenlijk helemaal niet. Maar het feit dat binnen, dat je niet zomaar iets kan kopiëren en dat wat in een handboek voor een arts staat niet meteen helemaal geschikt is voor wat voor een patiënt duidelijk is, dat heeft zich toch ontwikkeld in de loop van de tijd. En op een gegeven moment kwam er ook wel wetgeving die wat (...) en ook werd wat meer gehandhaafd in ieder geval. Wij hebben gezegd 'We gaan geen illegale kopieën meer uit allerlei links en rechts blaadjes enzovoort doen'. De hoofdmoot is eigenlijk gewoon nog heel veel tekst, maar als je afbeeldingen doet, dan moet of de bron toestemming geven of we maken tekst, afbeeldingen, soms ook speciaal voor mensen die eenvoudige afbeeldingen nodig hebben. Maar goed, daar (...), inmiddels hebben we 1900 folders ofzo.

I: Dat zijn er best wat ja.

G: Ja dat, dat betekent dat je altijd een folderbestand hebt wat je nooit zomaar in een keer aan kan passen naar je nieuwste visie. Dat is gewoon te veel. Want we (...), dit is niet het enige wat we doen. Want ondertussen was ook het hele idee van eenvoudige tekst ontstaan. En we hebben als team, in ieder geval de schrijvers van het team, die hebben ook een taalcursus schrijven B1 gedaan, van de taal (...)? Hoe heten ze ook alweer?

I: Taal voor allemaal? Of bedoel je dat niet?

G: Sorry?

I: Taal voor allemaal, of bedoel je dat niet?

G: Nee, een trainingsbureau.

I: Oh.

G: Kan ik straks nog even nakijken. Ik denk het schiet me nu te binnen maar nee dus.

I: Nee, dat is goed hoor. Als je het straks even nakijkt.

G: Dat hebben we (...), ondertussen zijn we ook als ziekenhuis onderdeel geworden van mProve. Dat is een samenwerkingsverband van nu zeven ziekenhuizen, waarin laaggeletterdheid ook één thema is. Laaggeletterdheid, lage gezondheidsvaardigheden. Dus dat heeft ook geleid tot bijvoorbeeld praatplaten die niet digitaal zijn, maar in een spreekkamer worden gebruikt ter ondersteuning van het gesprek.

I: Ja.

G: Dus die zal je ook digitaal niet vinden. Maar dat, via dat samenwerkingsverband hebben we wel die trainingen gestart. En hebben we ook contacten gelegd met Pharos. Ken je Pharos?

I: Ja.

G: Over naja, begrijpelijke taal. Maar dat wil niet zeggen dat we als een idioot die 1900 folders maar om hebben gezet. De manier waarop we werken is dat alle nieuwe folders in eenvoudige taal zijn. Tenminste, daar streven we naar. En dan bedoelen we B1. Zowel wat woordmoeilijkheid betreft, maar ook zinsopbouw [...]. Weet je wel?

I: Ik verstond het laatste wat je zei niet. Wat zei je als laatste? Toen viel je weg namelijk.

G: Oh sorry, de intro.

I: Ja.

G: Dus de inleiding, idealiter, zei ik er toen nog bij.

I: Ja.

G: Of het allemaal helemaal top gaat dat weet ik niet. Maar, tenminste ja, er zal wel eens van afgeweken worden. We proberen ook titels begrijpelijker te maken van folders. Wat wilde ik nog zeggen. Ohja, en dan doen we met alle nieuwe folders sowieso. Want er komen altijd weer nieuwe folders bij, er gaan oude folders af. En als we folders wijzigen.

I: Oke.

G: Dus je zal op onze site een mengeling vinden van oude stijl folders en nieuwe.

I: Oke. En welke (...)

G: De inhoud. Wat zeg je? Wat zei jij?

I: Nee sorry, ga verder. G:

Wat betreft de opmaak (...)

I: Ja.

G: Hebben wij nu gewoon te maken met een format, een template moet ik zeggen wat vastzit in de website. Dus zoals ie in de website is, zo wordt ie digitaal gepresenteerd. En die kan ook (...), je kan ook op de printknop drukken en dan rolt ie er automatisch uit. Dus we hebben nu weinig folders meer die als pdf speciaal worden opgemaakt.

I: Oke.

G: Dat is een efficiëntie ding.

I: En welke (...)?

G: En met (...). Ja?



I: Schrijfmiddelen gebruiken jullie als jullie teksten, die patiëntenfolders herschrijven?

G: Hoe bedoel je welke middelen we gebruiken bij herschrijven?

I: Ja.

G: Welke middelen, wat bedoel je met middelen?

I: Ja, gebruiken jullie een bepaalde (...). Dus B1 wat je net noemde (...).

G: Ja.

I: Gebruiken jullie daar een soort schrijfwijzer voor of gebruiken jullie een website?

G: Ja we hebben nu een schrijfwijzer sowieso.

I: Oke.

G: Moet ik die even toesturen?

I: Ja, dat is wel leuk inderdaad om te zien.

G: Ja, maar ik bedenk nu, ik pak even mijn aantekenblok. Ik ben hierheen gerend zonder aantekenblok, dus momentje.

I: Ja is helemaal goed, rustig aan.

G: Ja. We hebben inderdaad een schrijfwijzer. Die is vrij uitgebreid. Maar die gebruiken we wel ook om andere dingen in vast (...), bijvoorbeeld aanspreekvormen of structuur. Een ideale structuur van een folder. Of hoe we omgaan met namen van afdelingen. Het is ook een schrijfwijzer voor andere artikelen. Hoe we de naam \*ziekenhuis C\* (...). Dus het is een compleet boekwerk, zo langzamerhand digitaal. Maar dat proberen we wel steeds bij te houden. Ook bijvoorbeeld, ik denk dat er ook dingen instaan over hoe we bijvoorbeeld altijd telefoonnummers vermelden. Hoe we altijd vaste dingen (...), hoe we dat zoveel mogelijk (...). Met 1900 folders is het anders gewoon niet meer te doen als je daar niet regels voor afspreekt.

I: Ja.

G: Dus ik ga jou de schrijfwijzer toesturen. Dus dat is een soort levend document.

I: Ja. En wie herschrijven dan die patiëntenfolders? Is dat de communicatieafdeling, zijn dat de afdelingen zelf, in samenspraak, of hoe gaat dat?

G: Ja. Nou het gaat altijd zo, kijk wij zijn (...). De afdelingen die zijn van de inhoud.

I: Ja.

G: Dat is hun verhaal. Wij zijn van de logische opbouw, begrijpelijkheid, wij zijn van de taal, stijl en taalniveau, titel, overleggen we. We zijn van de check of er niet al andere folders

daarover zijn. We zorgen dat ook iedere folder een eigenaar heeft. Dus als iemand wat wil wijzigen in een folder van een ander, kan dat niet zomaar.

I: Nee.

G: Dan moet die zich melden bij die persoon die de eigenaar is. En als ze met elkaar de inhoud overeen gekomen zijn, dan komt er een nieuw voorstel voor de tekst. En wij gaan dat redigeren. En wij letten op, ja, met die schrijfwijzer in de hand ongeveer. Maar die zit dan al in het hoofd. Kijken wij: is dit een goede folder?

I: Ja.

G: Nou ja, er zijn wel gekke folders hoor, moet ik zeggen. Kleine korte foldertjes, als dat mensen dat graag willen. Ik merk ook wel dat op de afdelingen mensen ook wel zeggen 'Laten we daar maar een folder over schrijven, want dan hoeven we het niet elke keer uit te leggen'.

I: Ohja.

G: Lezen is nog wel wat anders dan wat je hoort van iemand.

I: Ja.

G: En de laatste ontwikkeling is dat we nu met een bedrijf in zee zijn gegaan. Dat heet Indiveo? Ik weet niet of je daar al eens van gehoord hebt?

I: Nee. Dat ken ik niet.

G: Indiveo. Dat is een bedrijf dat is ontstaan bij (...), in Leeuwarden, bij het Universitair Centrum Leeuwarden. En een longarts daar, volgens mij, die daar werkte. En die hebben eigenlijk de stappen gezet om een onderdeel van een folder, om dat in animatie weer te geven.

I: Ohja.

G: Die wordt geanimeerd in plaats van helemaal uitgeschreven. Daar kan je een soort van abonnement op een bibliotheek van allerlei van die (...), dat noemen ze Divi's. Zij heten Indiveo en die folders die noemen ze Divi's. Dus die content is deels in een animatie en deels tekstueel. En daar kunnen ook nog plaatjes bij die kan je uit een beeldbank (...). Dat je al met al een pakketje content hebt, waarvan een deel dus uitgelegd wordt via een animatie. En hun nieuwste ontwikkeling is dat die animatie ondertiteld wordt. Maar ik vind eigenlijk (...), ik heb wel een gesprek nu met hun, of we kaarten nu wel bij ze aan dat ze meer naar B1 moeten.

I: Ja.

G: Omdat ik zie dat ze en woorden die echt niet (...), kijk ik in de zorg heb je soms worden waar je niet makkelijk een alternatief voor hebt, of het wordt zo'n uitleg. En dus ik vind dat je die wel over moet kunnen nemen en een keertje uitleggen bijvoorbeeld. En wat je ook ziet bij mensen die moeite hebben met lezen en schrijven bijvoorbeeld, is dat ze zich wel woorden eigen maken. Bijvoorbeeld als jij diabetespatiënt wordt, kan je het altijd wel hebben over suikerziekte. Maar na een tijdje weten ze echt wel dat ze diabetes hebben. Snap je?

I: Ja.

G: En insuline, zo'n woord, wordt op een gegeven moment ook gewoon een woord voor hun. Omdat ze het in hun dagelijks leven eigenlijk gaan gebruiken.

I: Ja.

G: En het wordt daarmee [...] hun woordenschat. Dus je hoeft niet altijd alleen maar een heel beperkte woordenschat te handhaven. Je kan bij een aandoening best woorden toevoegen. Maar je hoeft niet daarmee de zin heel ingewikkeld te maken bijvoorbeeld.

I: Ja.

G: Met allemaal lijdende vormen en voorbehouden erin. Als je een soort voorbehoud erin zet of 'tenzij (...)', dat maakt het (...), dat vraagt nogal wat. Je kan ook dingen veel meer bijna chronologisch opschrijven. Naja, goed.

I: Ja.

G: Maar het is wel zo dat hier ongeveer 5 mensen wel folders schrijven of redigeren. Dus ik denk dat iedereen ook wel een beetje zijn eigen stijl erin heeft.

I: Ja.

G: Het is misschien wel leuk als je folders wilt bekijken, zal ik mijn collega's vragen wat hun B1 successen zijn en welke oud zijn bijvoorbeeld.

I: Ja.

G: Oud dat herken je wel, maar het is misschien wel goed om te weten wat de nieuwste producten zijn.

I: Ja, want hoeveel nieuwe folders hebben jullie al geschreven?

G: Hoeveel folders in de nieuwe (...), dat weet ik niet.

I: Oh, oke.

G: Dat houd ik niet bij.

I: Nee.

G: Het is gewoon nieuwe folder gaat in B1 en aanpassingen gaan in B1.

I: Ja.

G: En weet je, op een gegeven moment komen er (...), blijven er waarschijnlijk folders bestaan die nooit, never op B1 komen, maar dat zijn dan ook niet spannende folders.

I: Nee. En hoe testen jullie dan of het op (...) G:

Vrij praktische benadering.

I: Ja, dat snap ik. En hoe testen jullie dan of ze op B1 zijn?

G: Wat zeg je?

I: Hoe testen jullie dan of die folders op B1 zijn?

G: Naja, we testen het niet, maar we passen gewoon de schrijfregels toe.

I: Die uit jullie schrijfwijzer?

G: Ja.

I: Oke.

G: Wij hebben schrijftraining gehad en onze schrijfwijzer hebben we. En als wij vinden dat we de regels van het schrijven hebben toegepast, dan is die voor ons b1.

I: Ja.

G: We testen niet elke folder.

I: Nee, oke. En is het ook zo dat er dan ziekenhuis breed nog schrijftrainingen worden gegeven of ligt dat vooral bij de communicatieafdeling?

G: Ja ligt bij ons. Wij doen nu geen effort in het trainen van afdelingen.

I: Oke.

G: Omdat die uiteindelijk nooit de uiteindelijke tekst schrijven. Zij moeten gewoon het medische inhoudelijke verhaal of zorginhoudelijke verhaal, in ieder geval wat ze kwijt willen in die folder, wat de bedoeling is dat er gecommuniceerd wordt, dat ze dat opschrijven.

I: Ja.

G: En wij gaan wel zorgen dat het niet te ingewikkeld is.

I: Ja dus zij bepalen dan inderdaad de inhoud en jullie dan meer de vorm.

G: De vorm, ja.

I: Ja.

G: En wij zorgen ook dat al die 1900 folders en nu ook die Divi's, dat dat met elkaar niet een chaos wordt.

I: Ja.

G: Want ja, straks weet je echt niet meer wat je allemaal al hebt gemaakt. Nu bijvoorbeeld komt er zo'n Divi, van ik zeg maar wat galblaasoperatie, maar wij kijken dan er is ook al een folder. We gaan een van beide maar doen. We gaan niet twee dingen naast elkaar over hetzelfde bewaren. Want als er een keer wat verandert, zal je zien dat we dan niet meer weten (...), de folder niet meer weten te vinden. En dan gaan we alleen maar die Divi steeds verbeteren en die folder wordt oud, maar die kan wel gevonden worden door mensen. Dus we hebben een brokje content dat bieden we op een manier aan en als we al wat hadden, dan gaat dat weg.

I: Oke. Dus dat je niet twee vormen voor dezelfde inhoud hebt eigenlijk. Twee middelen voor dezelfde.

G: Ja. Dat gaan we niet doen. En wat we ook niet gaan doen bijvoorbeeld is (...), je hebt nuchter beleid, van hoe je je moet gedragen voordat je voor een operatie gaat, nuchter. Maar ik merk dat chirurgische afdelingen de neiging hebben om ook een stuk nuchter beleid in hun folder op te nemen. Maar dan zeggen we 'Dat gaan we ook niet doen'. Daar hebben we al een aparte folder voor. Want als je dat in alle operatieve folders iets van nuchter gaat schrijven en er verandert wat in het nuchter beleid, dan moeten we proberen na te gaan waar dat allemaal stond. Dus dat gaan we niet doen. Dat hele nuchter beleid, je mag hooguit zeggen 'Dat leest u in een andere folder', maar dat is het dan. En dan komt de folder waar echt alleen maar nuchter beleid in wordt weergegeven.

I: Oh, oke. Dus dan heb je niet een folder voor (...).

G: Dat je het [...].

I: Wat zei je?

G: Het is een beetje modulair eigenlijk.

I: Ja, inderdaad. Dus dat je dan een bepaald beleid hebt en dat je dat apart ergens weergeeft. Zodat als je dat aanpast, dat je alleen dat aanpast in plaats van elke folder an sich. Ja, oke. Ja. Dat snap ik wel, anders is het wel heel veel werk om het elke keer aan te blijven passen in elke folder.

G: Ja, dat is (...), heeft echt met de beheersbaarheid te maken.

I: Ja. En ik vroeg me dan nog af als het meer gaat om algemeen tekstbeleid of er ook een soort van check wordt gedaan op bijvoorbeeld brieven die afdelingen sturen of is dat heel erg bij de afdelingen zelf hoe ze zoiets aanpakken?

G: Ja. Nou daar hebben we (...), we hebben brieven die komen uit een standaard systeem. Patiënteninformatiedossier. Daar komen ook brieven uit. Daar zitten standaard teksten in, die hebben wij eenvoudig gemaakt.

I: Oke.

G: Maar er zitten ook tekstvelden in die afdelingen zelf kunnen vullen. En in principe doen ze dat wel zelf. Dus dat checken we ook niet. Maar als ze het vragen, kijken we er wel naar.

I: Maar er is dus wel een bepaald format?

G: Wat zeg je?

I: Er is dus wel een soort format waar ze dat in invullen, of begrijp ik dat nu verkeerd? G:

Ja, maar dat zijn vaak algemene zinnen van 'U wordt binnenkort uitgenodigd op polikliniek huppelepup.' En dan gaat de polikliniek (...), vult dan een tekstveld in. En dan gaan ze opeens een moeilijk woord daar in die zin verwerken [...]. Ik kan even niet een moeilijk woord bedenken. 'U wordt gezien door dokter huppeldepup.'

I: Ja.

G: Zeg dan gewoon 'bij dokter Janssen'.

I: Ja.

G: In plaats van 'wordt gezien door'.

I: Ja.

G: Dat is dan zo plechtig maar ja, dat zien wij niet altijd allemaal. Dus ik weet wel zeker dat in brieven bij ons een deel niet in eenvoudige taal is.

I: Ja, want zij hebben dan ook niet een soort schrijftraining gevolgd, dat is alleen door de communicatieafdeling.

G: Nee, nee. Ja.

I: Oke, helder.

G: Het is wel iets wat nog op de achter (...), wat ze nog eens kunnen doen hoor, maar tot nu toe nog niet gedaan.

I: Nee, oke. En hebben jullie ook een soort visie op patiëntgerichte communicatie (...)? G: Ja, nou als het om digitaal gaat. Ja welke visie op wat voor aspect bedoel je, want het kan zoveel zijn.

I: Ja, als het gaat echt om begrijpelijke patiënteninformatie, wat jullie daaronder verstaan.

G: Wij noemen begrijpelijke patiënteninformatie (...), nou laat ik het zo zeggen in de basis zorg je dat patiënteninformatie op B1 is, dat is, dat is het schrijfniveau waar we de basis van

onze patiëntencommunicatie in schrijven. Het kan zijn dat jij voor in jouw spreekkamer, of dat jij een soort patiëntengroep hebt waar gemiddeld meer mensen last hebben van lage gezondheidsvaardigheden bijvoorbeeld. Dan kan je bij ons hulp vragen om bijvoorbeeld materiaal voor in de spreekkamer ter ondersteuning, praatplaat of iets dergelijks te hebben.

I: Ja.

G: En qua digitaal is een visie naja dat begint zich nu te ontwikkelen, laat ik het zo zeggen. Je hebt mensen die zijn digitaal niet zo vaardig. Dus je kan zeggen wij vinden altijd dat iedereen, er voor iedereen patiëntencommunicatie moet zijn. Dus als je digitaal vaardig bent, krijg je dat gewoon digitaal. Maar als je niet digitaal vaardig bent, moet het printbaar zijn. I: Ja.

G: En uitgereikt kunnen worden. Dus die Divi's bijvoorbeeld, je moet die tekst heel makkelijk printen en aanreiken. En dan moet het nog steeds een begrijpelijk verhaal zijn zeg maar.

I: Ja.

G: Dus dat is iets. Maar aan de andere kant, het is niet zo dat we ons erbij zouden moeten neerleggen dat mensen moeite hebben met digitale aangereikte informatie. We gaan, dat is er nu nog niet, moeten eigenlijk eerst proberen om dat voor elkaar te krijgen. Dat mensen digitaal wel bij hun materiaal kunnen komen. Dus bijvoorbeeld door een helpdesk in te richten, hier in \*ziekenhuis C\*. Dat je in ieder geval mensen probeert nog te helpen om het wel onder de knie te krijgen, zodat je die kloof in ieder geval tussen wel en niet digitaal vaardige mensen probeert te verkleinen. Want er zal zoveel digitaal gaan. Dus het is fijn als mensen daar een beetje over de drempel kunnen komen. En dan nog houd je een groep over van mensen die het waarschijnlijk nooit lukt. Nou die moet je ook informeren en alles aanreiken zeg maar.

I: Ja.

G: Maar het is (...), je kan je ook meteen neerleggen bij nou digitaal niet vaardig, print uit, hup klaar. Maar de ontwikkeling, dat hebben we nog niet ingezet hoor, die helpdesk enzo, die moet nog ingericht worden. Maar dat is wel om die reden. Dat je probeert mensen wel te helpen in een patroon wat eigenlijk wel wat makkelijker maakt, eigenlijk.

I: Ja, dus dat je je er niet meteen bij neerlegt van oke ze zijn niet digitaal vaardig, maar ook kijkt hoe help ik ze vaardiger te maken daarin.

G: Je zat even vast, maar ik snap wat je wilt zeggen.

I: Ja.

G: Ja ze vast van je moet je er niet bij neerleggen, van oke ze zijn niet digitaal vaardig, dan maar gewoon meteen printjes.

I: Ja, dus dat je ze daarin ook helpt zich te ontwikkelen.

G: Ja.

I: Met zo'n helpdesk. Maar hoe zou zo'n helpdesk eruit zien? Hebben jullie daar al over nagedacht of is dat iets wat nog komt?

G: Hoe wat eruit komt zien?

I: Hoe zo'n helpdesk er dan uit zou zien?

G: Dat weten we nog niet.

I: Oh, oke. Dat is nog iets wat ontwikkeld moet worden.

G: Nee, dat zijn nog (...), die staat als to-do ergens op een planning.

I: Ja.

G: Ik denk dat we ons ook gaan laten inspireren door andere ziekenhuizen of vergelijkbare organisaties. Ik weet dat Jeroen Bosch ziekenhuis bijvoorbeeld, die heeft wel een fysieke hulpplek zeg maar.

I: Ja.

G: Dus ja, daar kan je (...), het kan ook bijvoorbeeld zijn dat je mensen helpt om in hun dossier te kunnen kijken. Maar daar zitten weer privacy dingen aan.

I: Ja.

G: Kijk een folder is nog tot daaraantoe maar als het om iemands eigen aandoeningen gaat, zeg maar mag je niet zomaar (...), ja je moet trouwens met je Digid in je dossier inloggen. Dus dat zijn wel allemaal dingen die nog uitgezocht moeten worden: hoe kan je dat dan precies doen.

I: Ja.

G: Zonder dat je de privacy grenzen over gaat.

I: Ja.

G: Goed.

I: Dat is inderdaad nog wel iets om verder over te brainstormen. En doen jullie ook aan een soort patiëntenonderzoek, dus dat je patiënten, kijkt of patiënten de teksten begrijpen? G: Nee, dat doen we niet zelf. Dat hadden we best kunnen doen. Maar we gaan ervanuit dat als we op B1 schrijven, dat is wat we willen. We kunnen wel als de zorg, want die krijgt eigenlijk de feedback he, als ze merken dat mensen niet hebben begrepen, of dat ze het



moeilijk vonden of iets. Dan kunnen we op aanreiken van de zorg, zouden we een folder kunnen aanpassen.

I: Oke.

G: We zijn nu wel, nou dat is een heel specifiek ding. Pharos die heeft patiëntencommunicatie geschreven over een longaandoening COPD. Ik weet niet of je dat kent?

I: Ja.

G: Nou dat is een longaandoening. Dat is ook een chronische longaandoening en die wordt ook steeds erger en gemiddeld genomen zit in die patiëntenpopulatie meer patiënten met lage gezondheidsvaardigheden dan in de gemiddelde Nederlandse populatie. Omdat het ook met leefstijl enzo samenhangt. Pharos die heeft materiaal gemaakt met eigenlijk nog eenvoudigere, ik denk op A2 niveau, met heel veel illustraties en heel weinig tekst. Om over allerlei aspecten van COPD uitleg te geven. En wij hebben een heel, vrij ingewikkelde informatie. Nog niet afgestemd op B1 niveau. En toen hebben wij hier in het huis hebben we dat materiaal van Pharos, hebben we een tijdje gebruikt. Dus de eenvoudige versie. En nou die was met patiënten en op basis daarvan hebben ze gezegd 'Ja, het is eigenlijk goed. Maar het is vooral voor de huisartsensituatie goed en niet helemaal voor de ziekenhuissituatie.' Dus nu gaan we samen met Pharos, dat materiaal gaan we aanpassen naar de ziekenhuissituatie. En Pharos die heeft echt de mogelijkheden om dat soort dingen ook te testen. Dus die gaan we naja dat is het super geteste materiaal wat we hopelijk straks beschikbaar hebben voor ons maar ook voor andere ziekenhuizen.

I: Ja.

G: Dus dat is wel een mooi project. Maar dat is wel uitzonderlijk. Dat we het helemaal zo doen.

I: Ja want normaal doen jullie het dan zelf in plaats van met een andere organisatie of?

G: Nouja, wij testen eigenlijk niet zo veel.

I: Oh nee, ik bedoel inderdaad niet het testen maar het schrijven meer van die teksten.

G: Nou, we schrijven altijd zelf, ja.

I: Ja.

G: We schrijven alles zelf. Ik denk ook dat alle ziekenhuizen zelf schrijven.

I: Ja eventueel misschien informatie van Thuisarts ofzo heb ik wel gehoord dat je dat bijvoorbeeld kan overnemen.

G: Oh, zo, er zijn wel andere bronnen. Bijvoorbeeld, moet ik even goed zeggen. Cardiologie gebruikt ook materialen die de Hartstichting heeft gemaakt. Er worden materialen van de Nierstichting gebruikt. Dus weet je die stichtingen maken ook goed materiaal he. Maar dat wordt naast ons of in plaats van dan maken wij iets niet. En dan gebruiken ze dat materiaal. Maar dat bieden wij (...), dat ligt buiten onze scope eigenlijk als afdeling.

I: Ja.

G: Dat besluit een afdeling zelf. Als dat goed aansluit bij hun werkwijze, dan is het prima.

I: Oke. Ja.

G: En daar zien wij ook verder niks van. We weten het wel, maar dat gaat helemaal buiten ons (...), dat is de verantwoordelijk van een afdeling.

I: Oke, dus jullie kijken niet nog een keer na bijvoorbeeld van vinden wij die informatie ook goed. G: Nee. Nee.

I: Oke, oke helder. En ik vroeg me nog af wat je zelf al goed vindt gaan en waar je denkt dat nog verbeterpunten liggen als het gaat om het tekstbeleid van jullie ziekenhuis. G: Nou wat ik, wat ik wel goed vind is dat we, dat we ons ervan bewust zijn dat we echt dingen eenvoudig kunnen schrijven. Wat ik ook echt goed vind gaan is het beheer van al die folders. En zorgen dat die dubbelingen zo min mogelijk zijn. Wij beheren dit echt wel heel goed. Die schrijfwijzer houden we echt heel goed bij, moet ik zeggen. Ik denk wel dat de een dieper naar B1 gaat dan de andere van de mensen die hier schrijven. Dat die (...). Want uiteindelijk moet je zelf aanvoelen ook is dit (...), zit ik nou op eenvoudige taal. Dan zou je kunnen testen natuurlijk, maar we hebben gewoon geen tijd om te testen. Dus je moet zelf weten wanneer zit ik nou op dat B1 niveau. En B1 wil nog niet zeggen dat iedereen het begrijpt he. Dat is ook maar een niveau.

I: Ja.

G: Maar goed. Zit ik voldoende op dat B1 niveau? Daar hebben we dan ook wat discussies over met elkaar. Dan zeggen we 'Nou die intro had ik anders zo geschreven' of 'Waarom laat je dat woord staan, want dat (...)'. Of zoiets he. Dus daar hebben we dan discussies over. Dat is wel goed (...)

I: Ja.

G: Want zo houd je elkaar ook een beetje scherp. Want voordat je het weet dwaal je weer een beetje af van je B1 niveau.

I: Ja. Want checken jullie dat iedere keer van elkaar of?

G: Nee, niet iedere keer, nee, nee.

I: Oh, oke.

G: Gewoon een beetje zo hapsnap zal ik maar zeggen. En ik had het wel het idee om bijvoorbeeld komend jaar weer zo'n opfriscursus te doen, zodat je weer scherp in dat B1 niveau zit. Want ja, dat is niet je normale schrijfmanier zeg maar.

I: Ja.

G: Als je gewoon schrijft. Ja wat ik jammer vind is dat we waarschijnlijk (...), dat we beetje langzaam door al die folders heengaan. Dus we hebben 1900 folders. Er zitten ongetwijfeld nog heel veel folders bij die nog onder handen moeten worden genomen. Dat weet ik zeker.

I: Ja.

G: Dat vind ik jammer. Maar ja goed, dat is een tijds kwestie zeg maar.

I: Ja.

G: En wat daar ook nog wel lastig is, is dat als wij een folder eenvoudig maken, uiteindelijk moeten wij tevreden zijn, maar degene in de zorg moet ook tevreden zijn. En vooral (...), er zijn mensen, vooral dokters wilde ik zeggen, maar nee dat wisselt hoor, maar er zijn mensen die echt moeite hebben met die vereenvoudigde weergave van de taal. Vinden ze echt te kinderachtig of nou dat is soms ook zo, dat nuances best wel moeilijk zijn om mee te nemen zonder dat je (...), je wilt natuurlijk ook niet een enorm lange folder. Dat is ook best moeilijk. Dus er zitten ook best wel moeilijke of wat langere folders tussen waarvan je denkt ja word je daar nou blij van als je laaggeletterd bent, maar goed.

I: Ja. Maar wie is uiteindelijk degene die dan doorslag geeft? Als iemand aangeeft van ik vind dat eigenlijk te eenvoudig. Wordt dat dan teruggedraaid of zijn jullie dan degenen die bepalen wat er blijft staan of?

G: Nou als je het helemaal, helemaal plat slaat, dan is de zorg de eigenaar.

I: Ja.

G: Ja. Maar dan hebben we wel even laten weten dat wij het er niet mee eens zijn.

I: Ja.

G: Ja.

I: Oke.

G: Ja, ja, ja. Maar het is wel leuk want wat je ziet is dat je nu (...), ik bedoel eerst begon het bij ons in eenvoudige taal schrijven enzovoort. Maar nu is het gewoon de strategie van \*ziekenhuis C\* is 'Elke patiënt ontvangt voor hem begrijpelijke informatie.' Snap je? Dus

daar heeft gewoon (...), dat staat nu in door de organisatie geformuleerde strategische doelstellingen. Dus dat is heel prettig voor ons.

I: Ja dat is inderdaad (...) G:

Dat helpt enorm, ja.

I: Ja. Ik zit even te kijken of ik nog een andere vraag had. Oh ja, ik vroeg me nog af over je eigen functie. Want je had het over junior en senior volgens mij in het begin en dat de junior meer uitvoerend, als ik het goed heb. Ik vroeg me af wat jouw functie allemaal omhelst, wat daaronder valt.

G: Nouja kijk patiëntencommunicatie is maar een klein aandachtsgebied van mij.

I: Ja.

G: Dus als je mijn hele functie wilt weten: wij hebben bij \*ziekenhuis C\* wat anders dan in veel andere ziekenhuizen. In veel ziekenhuizen heb je een groep die zich helemaal bezighoudt met patiëntencommunicatie, een groep die zich helemaal bezighoudt met concerncommunicatie ofzo. En een groep die allemaal persvoorlichting doet bijvoorbeeld. Ik doe het allemaal.

I: Oke.

G: Ja. Dus wij hebben vooral een aantal zorg, onderdelen van de zorg, daar ben je van. Dus ik ben van ondersteuning van spoedeisende hulp, OK's, spoedeisende hup, OK'S, intensive care, dus eigenlijk van de acute as en de operaties zeg maar. Dat is mijn aandachtsgebied. Als daar wat mee is, dan komen ze bij mij. Dus er komt (...), we maken ook een jaarplan samen met die opdrachtgevers. Van wat gaat er dit jaar bij jullie gebeuren waar je onze communicatieve ondersteuning bij nodig hebt. Passend bij de strategie van \*ziekenhuis C\*, dat zijn steeds de afwegingen. Want anders kunnen we wel bij ze gaan zitten en alles doen, dus dat is te veel. Dus dat is sowieso al meer concerncommunicatie. Ik schrijf zelf niet dus als er bijvoorbeeld dingen/ontwikkelingen zijn waarvan je denkt dat is iets wat we willen delen met de buitenwereld, dan speel ik dat door naar onze content/in bedrijfsjournalisten zou ik maar zeggen. Die hebben we wel. We hebben wel echt bedrijfsjournalisten. Goed, dus patiëntencommunicatie, daarnaast doe ik ook nog crisiscommunicatie, zorg ik dat het team op niveau blijft met trainingen en naja dat soort (...). En ik ben ook nog van de huisstijl.

I: Dus echt van allerlei soorten communicatie.

G: Ja. Wat zeg je?

I: Dus echt van allerlei soorten communicatie dan ook.

G: Ja, ja. Allerlei verschillende onderdelen. Pers, ik doe als er persvragen zijn over die groepen waar ik het net over had, dus met spoedeisende hulp, OK, inhaalzorg is ook mijn aandachtsgebied, als er persvragen over zijn dan handel ik die af. Dus dat zijn naja, dus we hebben wel een heel breed pakket. En patiëntencommunicatie is daar nu een van en waar ik me nu heel erg mee bezig houd is met de groep hier van hoe gaan we nou zorgen dat die divisies, die Indiveo filmpjes en die folders, hoe gaan we die nou inbedden in wat we al hebben. Zodat het echt van toegevoegde waarde is. Wat doen we met die info die (...), want het is een bank van allemaal voorbeeld Divi's. Maar het kan heel goed zijn dat die tekst die daarin staat, dat we denken ja maar dat is niet (...), als ik dan onze folder neem, is het nogal een ander verhaal. Dus we moeten heel goed met elkaar over hebben hoe gaan we dat nou gebruiken. De zorg die zegt 'Oh die Divi is toch klaar, die kunnen we toch meteen gebruiken?' Dan zeggen we 'Ja, maar ik zie in folder A daarover staan van ons en in folder B. Daar moeten we wel wat mee, want we kunnen dat niet allemaal naast elkaar laten groeien en dan weten we straks echt niet meer'. Dus dat beheren, wie heeft welke rol als we dan zo'n proces doorlopen, er komt een Divi waar we wat mee kunnen, welke stappen hebben we allemaal te nemen, wie is waar verantwoordelijk voor. Dat hebben we met de groep hier nu gedaan. Dat zijn meer waar ik me mee bezighoud. Ik ga nu ook kijken of in de schrijfwijzer of daar nog aanpassingen moeten worden gedaan, nu we weten dat we ook met die animaties gaan werken. Dus ik ben opzich zelf (...), en ik probeer ook een paar van dat soort trajecten dan uit.

I: Ja.

G: Maar als het straks (...), we precies weten hoe het gaat lopen, die Divi's binnenkomen of folders [...], gaan ze redigeren.

I: Ja, ik was nog wel benieuwd want je vertelde net over hoe jullie het gaan organiseren. Dus wie welke rol heeft en hoe je dat verdeelt. Hoe [...]

G: Ja, dat is waar we nu heel erg mee bezig zijn. Dus zeg maar als je bedenkt wat doe ik dan en wat doen junioren. Ik ben samen met een collega ben ik bezig, een senior collega, zijn we aan het nadenken hoe gaan we dit nou handelen eigenlijk. Met de patiëntencommunicatie. Zij zit aangesloten bij een groter programma over digitaal patiëntencontact waar dit invalt. Er zijn nog veel meer (...), daar zit ook die helpdeskontwikkeling bijvoorbeeld in.

I: Ja.

G: Dus ik heb gezegd 'Op het moment, op het moment dat daar het gesprek over gaat, dan sluit ik graag aan. Want ik weet van de mProve ziekenhuizen waar ik het over had, daar weet ik van dat ze daar ook over nadenken. Dus dan moeten we elkaar even opzoeken, zodat we niet het wiel opnieuw hoeven uit te vinden.'

I: Ja.

G: Ohja, wat ook trouwens nog een visie is misschien, of onderdeel van patiëntencommunicatie, dat je (...). De ontwikkeling wordt steeds meer dat patiënten, nou nee dat is natuurlijk ook zo, patiënten komen gewoon binnen, gaan door het ziekenhuis en gaan er weer uit. Dat is zeg maar het patiëntenpad dat ze doorlopen. Dat dat leading wordt in de hele organisatie. Laat ik zo zeggen: van oudsher zijn de specialismen leading in de organisatiestructuur, dus cardiologie, interne geneeskunde, nou, dat is allemaal leading. Maar die patiënt die gaat daar dwars doorheen. Die komt binnen op de spoedeisende hulp en gaat naar de OK, vervolgens gaat die (...), ligt ie bij chirurgie op de afdeling. Dan moet ie naar de fysiotherapeut. Door een hele boel van dat soort specialismen gaat ie doorheen.

I: Ja.

G: Wat je nu gaat krijgen is dat die zorgpaden eigenlijk meer leading gaan worden, ook in de organisatiestructuur. En er meer management komt voor zo'n pad in plaats van voor een specialisme.

I: Oke.

G: Of allebei straks. En dat betekent (...), dat maakt het ook interessant dat je de communicatie langs zo'n pad nog beter afgestemd op elkaar kan inrichten. Dus wat krijgt de patiënt helemaal aan het begin, krijgt ie daar nou een bulk aan informatie en is dat dan logisch? Of kunnen we dingen meer spreiden langs dat pad? En wat is het moment? Nu, nu is het wel eens zo dat afdelingen zeggen 'Ja ik geef die en die folder maar vast, want ik weet nooit zeker of ze hem daar verderop wel geven.'

I: Oh, op die manier ja. En dat je dat dan meer afstemt op elkaar.

G: Ja en dan begint het een beetje vroeg. En dan krijg je bijvoorbeeld een heleboel tegelijkertijd. Als je van elkaar goed weet, langs dat pad, wie wat doet, en als het (...), dat kan je dan ook digitaal doen. Want je kan een link van een folder of een link van zo'n Divi, kan je versturen op een (...), als je die paden definieert in een patiëntendossier, elektronisch patiëntendossier, als je daarop zo'n pad definieert, kan je ook de momenten waarop een

bepaald brokje communicatie naar de patiënt moet, kan je ook daaraan hangen. Dus het wordt nu ook veel meer digitaal ondersteund zeg maar, dat je op die manier kan gaan denken. Dus dat is wel de grote verandering. Dus die losse folders, die gaan straks allemaal aan een soort ketting hangen, weet je wel. Van hier begint de patiënt en aan die ketting, dat pad, daar komen allemaal brokjes informatie aan te hangen.

I: Ja.

G: En als we die ketting met die brokjes informatie zien, vinden we dat eigenlijk bij een patiënt, is dat eigenlijk wel een gunstige ketting of kan dat beter? Dat zijn wel de verbeteringen die je de komende tijd kan gaan verwachten. Duurt heel lang hoor, allemaal dit. Want het is zoveel in een ziekenhuis.

I: Ja. Maar dan worden die folders ook echt afgestemd op de fase waar de patiënt in zit op dat moment.

G: Ja, misschien hoeft er niet zoveel afgestemd te worden. Maar dat gaan we dan zien. Of er dingen moeten worden afgestemd. Misschien wel ja.

I: Ja.

G: In ieder geval weten mensen beter van elkaar wat ze op welk moment geven.

I: Ja.

G: Ja. Bijvoorbeeld als daar een nuchter folder wordt gegeven, dan weet je ook dat in jouw stukje dat er niet meer in hoeft. Snap je?

I: Ja.

G: Ja.

I: Precies, en (...) G:

Nou, zo.

I: Ja helder. En hoe, hoever zijn jullie nu met die rolverdeling als het ware als het gaat om patiënteninformatie?

G: Nou, we hebben, wij hebben voor onszelf nu helder, dus wat doen wij en wat doet iemand uit de zorg zeg maar.

I: Ja.

G: Eigenlijk is het niet veel anders dan bij een folder, maar als het om zo'n Divi gaat met de animatie, is iedereen opeens weer helemaal zenuwachtig, gewoon omdat.

I: Omdat het nieuw is misschien.

G: Terwijl het eigenlijk gewoon hetzelfde proces is, maar het grote verschil is dat je haalt iets uit zo'n digitheek zeg maar, zo'n bibliotheek, en er zitten teksten in, ja die is door een ander ziekenhuis gemaakt. Dus je moet wel, ja kan je niet zomaar gebruiken. Je moet wel even kijken of het klopt bij jou en die dubbelingen er niet inzitten en of je wel tevreden bent over die tekst. En dan wordt iedereen helemaal zenuwachtig. Maar goed, dat hebben we nu uitgedacht. En nu moeten we daar zeg maar elke keer als er een vraag uit het huis komt, uit het ziekenhuis, van 'Kunnen wij zo'n Divi gebruiken?' moet je dus de rolverdeling even goed bespreken met die personen, zodat je weet van elkaar jij doet dat, wij doen dat en dan zijn we tevreden met elkaar. Ja.

I: Ja, oke, helder.

G: Ja.

I: Ja, ik denk dat ik de voornaamste vragen beantwoord heb gekregen.



### 9.3. Bijlage 3 (Definitieve checklist voor handmatige analyse)

Dimensie	Aspect	Subdimensie	Vraag	Antwoord	Toelichting
				d (Ja/Nee/ Niet van toepassing)	
<b>Inhoud</b>	1		Is het duidelijk wat de kernboodschap van de tekst is: bijvoorbeeld wat de lezer moet doen met de tekst, of welke praktische gevolgen een bericht heeft voor de lezer?		
	2		Beantwoordt de tekst de vragen van de lezer?		
	3		Geeft de tekst alleen de nodige informatie?		
	4		Geeft de tekst informatie die direct van toepassing is op de lezer?		
	5		Is het duidelijk welke functie de informatie heeft in de klantreis?		
	6		Geeft de tekst de mogelijkheid om meer informatie te krijgen via een link naar de afdeling en/of naar een website die gaat over het onderwerp van de tekst?		

	7		Verwijst de tekst door naar een contactpersoon voor meer informatie?	
	8		Bevat de tekst een informatieve samenvatting?	
<b>Opbouw</b>	9		Maken de titel en/of onderwerpregel duidelijk waar de tekst over gaat?	
	10		Is de tekst overzichtelijk ingedeeld in alinea's?	
	11		Heeft elke alinea één boodschap?	
	12		Heeft de tekst een volgorde?	logische
	13		Heeft de tekst kopjes?	
	14		Zijn de kopjes helder en dekken deze de lading?	
<b>Vormgeving</b>	15	Lettertype	Heeft de tekst een schreefloos lettertype (zonder dwarsstreepjes aan de letters) gebruikt?	
	16		Heeft de tekst een lettertype gebruikt met een open a en een open g? (a en g in plaats van a en g)	
	17		Is er één lettertype per tekst gebruikt?	
18		Zijn er alleen rechte letters gebruikt?		
19		Is er in de lopende tekst		

- 20 één lettergrootte gebruikt?  
Opmaak Is de regelafstand 1.2?  
Als de tekst niet op één  
bladzijde past, maak de  
regelafstand dan iets  
kleiner; bijvoorbeeld  
1.15.
- 21 Past de regelafstand bij  
de lettergrootte? Test  
regelafstand als je een  
kleinere afstand kiest  
dan 1.2. Test  
lettergrootte als je een  
kleinere grootte kiest  
dan 12.
- 22 Begint iedere zin op een  
nieuwe regel? (Alleen  
bij korte toevoegingen  
mag de zin op dezelfde  
regel zijn)
- 23 Als een zin nog niet af is  
en doorloopt naar de  
volgende bladzijde,  
wordt de hele zin dan op  
de volgende bladzijde  
geschreven?
- 24 Is de tekst links  
uitgelijnd?
- 25 Heeft de tekst een ruime  
kantlijn van 2,5 centimeter  
of meer?

- 26 Worden er opsommingstekens, vetgedrukte woorden, achtergrondkleuren bij woorden en tekstvakken gebruikt?
- 27 Maakt de tekst gebruik van hoofdletters, onderstrepen, grotere afstand tussen regels? Let op: afkortingen mogen wel in hoofdletters staan (bijvoorbeeld VREbacterie). Dus bij hoofdletters in afkortingen is het antwoord op deze vraag 'nee'.\*
- 28 Begint een nieuw hoofdstuk op een nieuwe bladzijde?
- 29 Zijn de woorden onafgebroken aan het einde van de regel?
- 30 Zijn alle woorden die bij elkaar horen op één regel geschreven?

- 31 Is een adres opgeschreven als een brief?  
(Bijvoorbeeld:  
Mevrouw Maria Jansen  
Koudeweg 44  
6566 AB Maastricht)
- 32 Als een tekst langer is dan één bladzijde, staat er dan onderaan de bladzijde dat de lezer verder moet lezen? Bv: 'Lees verder op bladzijde 2' / 'Lees verder op de achterkant' / 'Lees verder op de volgende bladzijde' (vetgedrukt/in een andere kleur/met grotere letters)
- 33 Paginanummers Hebben alle bladzijdes rechtsonder een nummer?
- 34 Beelden Zijn er beelden gebruikt om de inhoud begrijpelijk te maken?
- 35 Versterken de beelden de inhoud?
- 36 Hebben de beelden duidelijke titels of bijschriften?

	37	Zijn de illustraties en foto's duidelijk en overzichtelijk?
<b>Formulering</b>	38	Als het woord 'niet' wordt gebruikt, is dit woord dan dikgedrukt?
	39	
	40	Zijn alle vaktermen en moeilijke begrippen expliciet uitgelegd? Dus niet tussen haakjes, maar in lopende tekst. Zijn alle afkortingen, op de naam van het ziekenhuis na, uitgelegd?
	41	
	42	Worden er, op vaktermen na, Nederlandse of bekende buitenlandse woorden gebruikt? Worden er, op vaktermen met hun uitleg na, dezelfde woorden voor dezelfde dingen gebruikt?
	43	Heeft de tekst een vriendelijke toon?

44

Stelt de tekst waar nodig  
gerust? (neemt onnodige  
zorgen weg)

45

Spreekt de tekst de lezer  
direct aan?

46

Zijn getallen in cijfers  
geschreven?

47

Moeten gebruikers  
berekeningen uitvoeren?\*

---

#### 9.4. Bijlage 4 (Aanpassingen checklist handmatige analyse)

Criterion	Oude beschrijving van het criterium	Nieuwe beschrijving van het criterium	Verklaring
6: Specifieke link	Geeft de tekst een specifieke link voor meer informatie?	Geeft de tekst de mogelijkheid om meer informatie te krijgen via een link naar de afdeling en/of naar een website die gaat over het onderwerp van de tekst?	Een algemene link naar de website van het ziekenhuis is iets anders dan een specifieke link naar de afdeling of naar een andere website die specifiek voor een ziekte is bedoeld (bijvoorbeeld kanker).
16: lettertype: open a en open g	Heeft de tekst een lettertype gebruikt met een open a en een open g?	Heeft de tekst een lettertype gebruikt met een open a en een open g? (a en g in plaats van a en g)	Door een voorbeeld toe te voegen van een open a en een open g, is dit criterium duidelijker.



19: één lettergrootte	Is er één lettergrootte per tekst gebruikt; 12 voor lopende tekst, koppen en titels mogen groter dan 12. Als de tekst niet op één	Is er in de lopende tekst één lettergrootte gebruikt?	Dit criterium bestond eigenlijk uit twee onderdelen: één lettergrootte en lettergrootte 12. Sommige teksten hadden wel één lettergrootte, maar niet lettergrootte 12. Daarom is dit
	bladzijde past, maak de lettergrootte dan iets kleiner, bijvoorbeeld 11.	1.15. Is de regelafstand 1.2? Als de tekst niet op één bladzijde past, maak de regelafstand dan iets kleiner; bijvoorbeeld 1.15. criterium aangepast.	haakjes uit het criterium gehaald.
20: regelafstand	Is er genoeg ruimte tussen de regels? (regelafstand 1.2) - Als de tekst niet op één bladzijde past, maak de regelafstand dan iets kleiner; bijvoorbeeld	Teksten met lettergrootte 13.5 zijn ook goed leesbaar, dus het is belangrijker dat er één lettergrootte is gebruikt dan dat deze 12 is. Door tussen haakjes 1.2 te zetten is het criterium onduidelijk. Daarom heb ik de	

27: ongunstige  
vormgevingsaspecten

Maakt de tekst  
gebruik van

h onder grotere afstand tussen regels?  
o strepe Let op: afkortingen mogen wel  
o n, in hoofdletters staan  
f groter (bijvoorbeeld VREbacterie).  
d e Dus bij Afkortingen zijn beter  
l afstan leesbaar als deze in  
e d hoofdletters staan. Daarom  
t tusse tellen hoofdletters bij  
t n afkortingen niet mee als  
e regels ongunstige  
r ? vormgevingsaspecten.

Maakt de tekst gebruik van  
hoofdletters, onderstrepen,

hoofdletters in  
afkortingen is het  
antwoord op deze  
vraag 'nee'.

31: adres brief

Is een adres  
opgeschreven  
als een brief?

Is een adres  
opgeschreven als een  
brief?  
(Bijvoorbeeld:  
Mevrouw Maria Jansen  
Koudeweg 44  
6566 AB Maastricht)

Door een voorbeeld  
toe te voegen van een  
adres dat is  
opgeschreven als  
brief, wordt dit  
criterium duidelijker.

33: paginanummers

Hebben de  
bladzijdes  
rechtsonder  
een nummer?

Hebben alle bladzijdes  
rechtsonder een  
nummer?

De eerste pagina heeft  
vaak geen nummer,  
daarom is het  
criterium aangepast  
naar 'alle' bladzijdes.

39: vaktermen uitgelegd

Zijn de vaktermen uitgelegd?

Zijn alle vaktermen en moeilijke begrippen expliciet uitgelegd? Dus niet tussen haakjes, maar in lopende tekst.

De uitleg van een vakterm of moeilijk begrip is duidelijker als deze expliciet is beschreven in plaats van tussen haakjes.

Soms staan er moeilijke begrippen in een tekst, zoals 'cognitief', die ook moeten worden uitgelegd, ook al zijn deze woorden geen vaktermen.

40: afkortingen uitgelegd

Zijn de afkortingen uitgelegd?

Zijn alle afkortingen, op de naam van het ziekenhuis na, uitgelegd?

De afkorting van een ziekenhuis zie ik niet als afkorting en heeft ook geen uitleg nodig, aangezien patiënten al bekend zijn met het ziekenhuis als zij deze informatie lezen.

41: Nederlandse woorden

Worden er alleen Nederlandse of bekende buitenlandse woorden gebruikt?

Worden er, op vaktermen na, Nederlandse of bekende buitenlandse woorden gebruikt?

'Helping hand' en 'graft' zijn Engelse woorden, maar deze zijn al gerekend tot vaktermen dus neem ik niet mee bij dit criterium.

42: eenduidigheid  
woorden

Worden er  
dezelfde  
woorden  
gebruikt voor  
dezelfde  
dingen?

Worden er, op  
vaktermen met hun  
uitleg na, dezelfde  
woorden voor dezelfde  
dingen gebruikt?

Als er bijvoorbeeld  
'geestelijke' en  
'mentale' door elkaar  
heen wordt gebruikt,  
worden er niet  
dezelfde woorden

voor dezelfde dingen  
gebruikt.

---

## 9.5. Bijlage 5 (Criteria automatische analyse)

### Woordcomplexiteit (drie aspecten):

- Woordlengte in letters: hoe lang zijn de woorden die gebruikt worden?
- Woordfrequentie: komen de woorden voor in alledaags taalgebruik?
- Proportie samenstellingen: wat is de proportie samenstellingen op het totaal aantal naamwoorden?

### Woordconcreetheid (acht aspecten):

- Proportie strikt-concrete naamwoorden: wat is de proportie strikt-concrete naamwoorden op het totaal aantal naamwoorden?
  - ➔ Strikt-concrete naamwoorden gaan over: persoon, plant en dier, gebruiksvoorwerp, waarneembare substantie, voeding en verzorging, concreet niet-dynamisch overig, waarneembare gebeurtenis
- Proportie ruim-concrete naamwoorden: wat is de proportie ruim-concrete naamwoorden op het totaal aantal naamwoorden?
  - ➔ Ruim-concrete naamwoorden gaan over: persoon, plant en dier, gebruiksvoorwerp, waarneembare substantie, voeding en verzorging, concreet niet-dynamisch overig, waarneembare gebeurtenis, plaats, tijd, maat, nietwaarneembare substantie, niet-waarneembaar gebeuren, organisatie, abstract overig, ongedefinieerd
- Proportie algemene naamwoorden: wat is de proportie algemene naamwoorden op het totaal aantal naamwoorden?
  - ➔ Algemene naamwoorden: naamwoorden die willekeurig welke inhoud kunnen worden gecombineerd
- Dichtheid van abstracte nominalisaties: hoeveel abstracte nominalisaties/naamwoordstijlen komen er voor per 1000 woorden?
  - ➔ Nominalisatie: een woord dat tot een andere klasse behoort veranderen in een zelfstandig naamwoord

- Proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden: wat is de proportie striktconcrete bijvoeglijk naamwoorden op het totaal aantal bijvoeglijk naamwoorden?
  - ➔ Strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden gaan over: direct waarneembare kenmerken van personen, emotionele kenmerken en sociaal gedrag, direct waarneembare kenmerken van dingen
- Proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden: wat is de proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden op het totaal aantal bijvoeglijk naamwoorden?
  - ➔ Ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden gaan over: direct waarneembare kenmerken van personen, emotionele kenmerken en sociaal gedrag, direct waarneembare kenmerken van dingen, niet-direct waarneembare kenmerken, tijd, plaats, specifieke evaluatie, algemene evaluatie, epistemische evaluatie, overige (niet-evaluatieve) abstracte adjectieven, ongedefinieerd
- Proportie concrete werkwoorden: wat is de proportie concrete werkwoorden op het totaal aantal werkwoorden?
  - ➔ Concreet werkwoord: een werkwoord dat een zintuigelijke voorstelling oproept
- Proportie algemene werkwoorden: wat is de proportie algemene werkwoorden op het totaal aantal werkwoorden?
  - ➔ Algemeen werkwoord: onder de abstracte werkwoorden is een kleine groep extra abstract, deze groep werkwoorden heet 'algemene werkwoorden'

### Zinsbouwcomplexiteit (elf aspecten):

- Zinslengte: hoe lang zijn de zinnen?
- Deelzinslengte: hoe lang zijn de deelzinnen?
- Aantal deelzinnen per zin: hoeveel deelzinnen komen er voor per zin?
- Aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk): hoeveel betrekkelijke bijzinnen komen er voor per zin? Betrekkelijk: een bijzin die wordt ingeleid met een betrekkelijk voornaamwoord (bijvoorbeeld die), een voornaamwoordelijk bijwoord (bijvoorbeeld waarop) of een betrekkelijk bijwoord (bijvoorbeeld waar).
- Aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk): hoeveel bijwoordelijke bijzinnen komen er voor per zin? Bijwoordelijk: als je een bijzin kan vervangen door woorden zoals 'toen' en 'dan' en 'daarom', is het een bijwoordelijke bijzin.
- Aantal bijzinnen per zin (finitie complementen): hoeveel bijzinnen met finiete complementen zijn er per zin?
  - ➔ Finitie complementen: met vervoegd werkwoord
- Aantal bijzinnen per zin (infinities complementen): hoeveel bijzinnen met infinitieven zijn er per zin? ➔ Infinitieven: hele werkwoorden
- Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (attributieve bijvoeglijk naamwoorden): hoeveel attributieve bijvoeglijk naamwoorden zijn er per deelzin? Attributieve bijvoeglijk naamwoorden: staan vóór het zelfstandig naamwoord.
- Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributieve bijvoeglijk naamwoorden): hoeveel bijvoeglijke bepalingen zijn er per deelzin naast attributieve bijvoeglijk naamwoorden?
- Aantal nevenschikkingen per deelzin: hoeveel nevenschikkingen zijn er per deelzin?
  - ➔ Nevenschikking: woorden/woordgroepen/deelzinnen met een gelijkwaardige grammaticale functie staan naast elkaar (en/maar/etc).
- Aantal lijdende vormen per deelzin: hoeveel lijdende vormen zijn er per deelzin?
  - ➔ Lijdende vorm: niet 'ik gebruik het systeem', maar 'het systeem wordt gebruikt door mij'.

### **Persoonlijkheid (vijf aspecten):**

- Dichtheid van verwijzingen naar personen: hoeveel verwijzingen naar personen komen er voor per 1000 woorden?  
→ Verwijzingen naar personen: persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden, zelfstandig naamwoorden die naar een mens verwijzen, persoonsnamen
- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden eerste persoon: hoeveel persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden in eerste persoon komen er voor per 1000 woorden?  
→ Persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden eerste persoon: als we over onszelf praten (bijvoorbeeld ik/mijn, wij/ons)
- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden tweede persoon: hoeveel persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden in tweede persoon komen er voor per 1000 woorden? → Persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden tweede persoon: als we andere mensen aanspreken (bijvoorbeeld jij/jouw, jullie/jullie)
- Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden derde persoon: hoeveel persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden in derde persoon komen er voor per 1000 woorden?  
→ Persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden derde persoon: als we over andere mensen, dingen of dieren praten (bijvoorbeeld hij/zijn, zij/hun)
- Dichtheid van alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden: hoeveel persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden komen er in totaal voor per 1000 woorden?



## 9.6. Bijlage 6 (Twaalf uitgangspunten van patiëntencommunicatie van ziekenhuis A)

1. Patiëntencommunicatie is onderdeel van goede patiëntenzorg en is een ziekenhuisbrede verantwoordelijkheid. Wij zijn wettelijk verplicht onze patiënten goed te informeren.
2. Patiëntencommunicatie is inhoudelijk correct en actueel.
3. Patiëntencommunicatie is begrijpelijk voor de gemiddelde patiënt (B1-taalniveau).
4. Patiëntencommunicatie kan verschillende vormen hebben (online/print, tekst/beeld) maar is eenduidig, sluit goed op elkaar aan en veroorzaakt geen verwarring.
5. Patiëntencommunicatie gebeurt zo veel mogelijk digitaal, maar de essentiële informatie is altijd ook in print beschikbaar (uit te reiken in ziekenhuis en zelf te printen).
6. Patiëntencommunicatie van \*ziekenhuis A\* is vriendelijk van toon, persoonsgericht en nodigt uit tot participatie.
7. Patiëntencommunicatie sluit goed aan op de (zorg)processen binnen en buiten \*ziekenhuis A\* zoals de patiënt die ervaart.
8. Patiëntencommunicatie wordt gedoseerd aangeboden en gevraagd: we bieden zo weinig mogelijk dubbele informatie aan, en proberen te voorkomen dat we meerdere keren dezelfde informatie opvragen.
9. Patiënten moeten informatie over behandelingen of onderzoeken en de plek waar dit plaatsvindt zelf kunnen naslaan - aanvullend op mondelinge informatie van de zorgverlener.
10. Waar mogelijk werken we voor de realisatie of inzet van patiëntencommunicatie samen met betrouwbare partnerorganisaties en patiëntenorganisaties.
11. Patiëntencommunicatie is herkenbaar van \*ziekenhuis A\* en sluit aan op de karaktereigenschappen van \*ziekenhuis A\*.
12. Structureel laten wij patiënten meedenken en meebeslissen bij de ontwikkeling en/of evaluatie van onze patiëntencommunicatie.

## 9.7. Bijlage 7 (Assumpties van repeated measures ANOVA)

De repeated measures ANOVA dient aan drie assumpties te voldoen: sphericiteit, onafhankelijkheid en normaliteit (Statistisch Handboek Studiedata, z.d.). De assumptie van sphericiteit gaat over de gelijke variantie van de verschillcores tussen de levels van condities (Statistisch Handboek Studiedata, z.d.). Bij twee herhaalde metingen is er altijd voldaan aan de assumptie van sphericiteit. Daarom hoef ik deze assumptie niet te controleren bij mijn data.

De assumptie van onafhankelijkheid veronderstelt dat alle metingen onafhankelijk van elkaar zijn (Statistisch Handboek Studiedata, z.d.). Aan deze assumptie is voldaan in dit onderzoek.

De assumptie van normaliteit veronderstelt dat de afhankelijke variabele in elke conditie normaal verdeeld is. Om te kijken of de data voldoen aan de assumptie van normaliteit, heb ik gekeken naar de Skewness, Kurtosis en de Kolmogorov-Smirnov test. De resultaten van deze toetsen staan weergegeven in tabel 14, 15, 16, en 17. Zoals te zien is in de tabellen, is er bij de meeste kenmerken niet voldaan aan de assumptie van normaliteit. Dit betekent echter niet dat de validiteit van de repeated measures ANOVA in gevaar is gebracht. Als de observaties binnen de groepen groot genoeg zijn (meer dan honderd observaties per groep), is de repeated measures ANOVA namelijk robuust genoeg om valide resultaten te geven. In dit onderzoek hebben de groepen (oud/nieuw) elk tweehonderd observaties.

**Tabel 14**

*Skewness en Kurtosis met standaard error en Kolmogorov-Smirnov test met significantie voor de drie aspecten van woordcomplexiteit. De resultaten zijn weergegeven voor oude en nieuwe versies. De rode cijfers geven aan dat de assumptie geschonden is.*

Aspect	Skewness oude versie; nieuwe versie	Kurtosis oude versie; nieuwe versie	Kolmogorov-Smirnov test oude versie; nieuwe versie*
Woordlengte	1.66 (.17); <b>6.33 (.17)</b>	1.42 (.34); <b>10.78 (.34)</b>	<b>.08 (.006);</b> <b>.08 (.006)</b>
Woordfrequentie	-.25 (.17); -.52 (.17)	-0.30 (.34); 1.52 (.34)	.03 (.200); <b>.08 (.006)</b>
Proportie samenstellingen	<b>4.27 (.17);</b> <b>3.16 (.17)</b>	1.01 (.34); -.56 (.34)	<b>.07 (.011);</b> <b>.09 (&lt;.001)</b>

\*Significant bij  $p < .05$

**Tabel 15**

*Skewness en Kurtosis met standaard error en Kolmogorov-Smirnov test met significantie voor de acht aspecten van woordconcreetheid. De resultaten zijn weergegeven voor oude en nieuwe versies. De rode cijfers geven aan dat de assumptie geschonden is.*

Aspect	Skewness oude versie; nieuwe versie	Kurtosis oude versie; nieuwe versie	Kolmogorov-Smirnov test oude versie; nieuwe versie*
Proportie strikt-concrete naamwoorden	2.85 (.17); .19 (.17)	2.37 (.34); -.22 (.34)	.08 (.002); .05 (.200)
Proportie ruim-concrete naamwoorden	.57 (.17); -2.29 (.17)	2.39 (.34); .66 (.34)	.07 (.023); .05 (.200)
Proportie algemene naamwoorden	5.79 (.17); 4.61 (.17)	5.97 (.34); 3.16 (.34)	.06 (.044); .08 (.002)
Dichtheid van abstracte nominalisaties	3.07 (.17); 3.76 (.17)	2.60 (.34); 2.57 (.34)	.05 (.200); .06 (.052)
Proportie strikt-concrete adjectieven	3.88 (.17); 8.96 (.17)	.43 (.34); 10.43 (.34)	.10 (<.001); .13 (<.001)
Proportie ruim-concrete adjectieven	1.17 (.17); 9.95 (.17)	-1.36 (.34) 19.12 (.34)	.05 (.200); .09 (.001)
Proportie concrete werkwoorden	5.55 (.17); 3.12 (.17)	3.80 (.34); -.43 (.34)	.10 (<.001); .08 (.005)
Proportie algemene werkwoorden	1.27 (.17); 4.24 (.17)	-.19 (.34); 5.16 (.34)	.04 (.200); .06 (.200)

\*Significant bij  $p < .05$

**Tabel 16**

*Skewness en Kurtosis met standaard error en Kolmogorov-Smirnov test met significantie voor de elf aspecten van zinsbouwcomplexiteit. De resultaten zijn weergegeven voor oude en nieuwe versies. De rode cijfers geven aan dat de assumptie geschonden is.*

Aspect	Skewness oude versie; nieuwe versie	Kurtosis oude versie; nieuwe versie	KolmogorovSmirnov test oude versie; nieuwe versie*
Zinslengte	8.88 (.17); 3.11 (.17)	21.45 (.34); 1.31 (.34)	.07 (.038); .09 (<.001)
Deelzinslengte	8.45 (.17); .71 (.17)	22.90 (.34); 5.06 (.34)	.09 (<.001); .07 (.018)
Aantal bijzinnen per zin	4.97 (.17); 6.11 (.17)	3.58 (.34); 3.05 (.34)	.09 (.001); .13 (<.001)
Aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk)	6.27 (.17); 7.46 (.17)	5.30 (.34); 4.54 (.34)	.09 (<.001); .13 (<.001)
Aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk)	6.28 (.17); 8.11 (.17)	12.98 (.34); 11.01 (.34)	.05 (.200); .11 (<.001)
Aantal bijzinnen per zin (finitie complementen)	2.93 (.17); 5.19 (.17)	2.19 (.34); 2.12 (.34)	.06 (.09); .08 (.003)

Aantal bijzinnen per zin	6.60 (.17);	8.68 (.34);	.09 (<.001);
(infinities complementen)	7.16 (.17)	5.83 (.34)	.10 (<.001)
Aantal bijvoeglijk bepalingen per deelzin	4.66 (.17);	4.21 (.34);	.07 (.022);
	5.45 (.17)	3.91 (.34)	.08 (.007)
(attributief bijvoeglijk naamwoorden)			
Aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributief bijvoeglijk naamwoorden)	26.42 (.17);	109.42 (.34);	.17 (<.001);
	9.69 (.17)	19.15 (.34)	.10 (<.001)
Aantal nevenschikkingen per deelzin	14.26 (.17);	29.06 (.34);	.13 (<.001);
	10.56 (.17)	20.60 (.34)	.11 (<.001)
Aantal lijdende vormen per deelzin	6.85 (.17);	7.77 (.34);	.08 (.006);
	16.55 (.17)	46.56 (.34)	.16 (<.001)

---

\*Significant bij  $p < .05$

**Tabel 17**

*Skewness en Kurtosis met standaard error en Kolmogorov-Smirnov test met significantie voor de vijf aspecten van persoonlijkheid. De resultaten zijn weergegeven voor oude en nieuwe versies. De rode cijfers geven aan dat de assumptie geschonden is.*

Aspect	Skewness oude versie; nieuwe versie	Kurtosis oude versie; nieuwe versie	Kolmogorov-Smirnov test oude versie; nieuwe versie*
Dichtheid van verwijzingen naar personen	2.43 (.17); 1.12 (.17)	3.46 (.34); 2.31 (.34)	.07 (.027); .04 (.200)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 1 <sup>e</sup> persoon	10.03 (.17); 6.20 (.17)	16.25 (.34); 1.85 (.34)	.10 (<.001); .12 (<.001)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 2 <sup>e</sup> persoon	1.39 (.17); -1.77 (.17)	-.13 (.34); 1.29 (.34)	.04 (.200); .08 (.009)
Dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden 3 <sup>e</sup> persoon	20.77 (.17); 18.01 (.17)	44.86 (.34); 39.61 (.34)	.23 (<.001); .19 (<.001)
Dichtheid alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden	2.24 (.17); -2.04 (.17)	.27 (.34); .82 (.34)	.04 (.200); .06 (.051)

\*Significant bij  $p < .05$

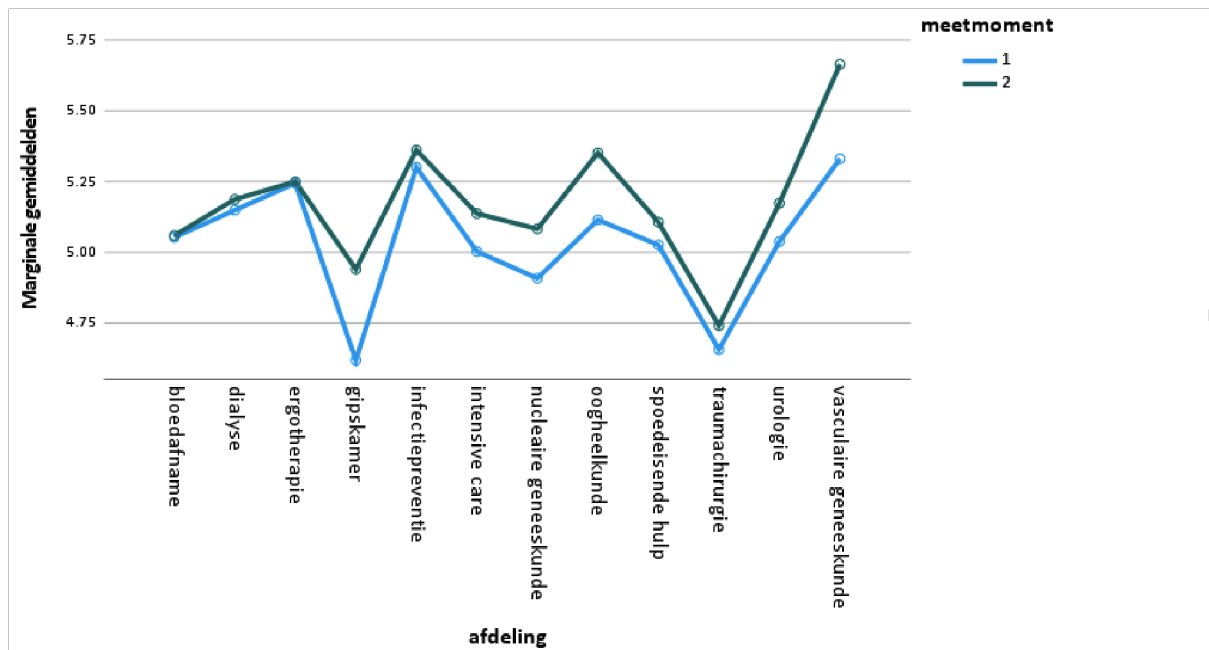


## 9.8. Bijlage 8 (Interactie-effecten ziekenhuis A)

Meetmoment 1 zijn de oude folders van ziekenhuis A en meetmoment 2 zijn de nieuwe folders van ziekenhuis A.

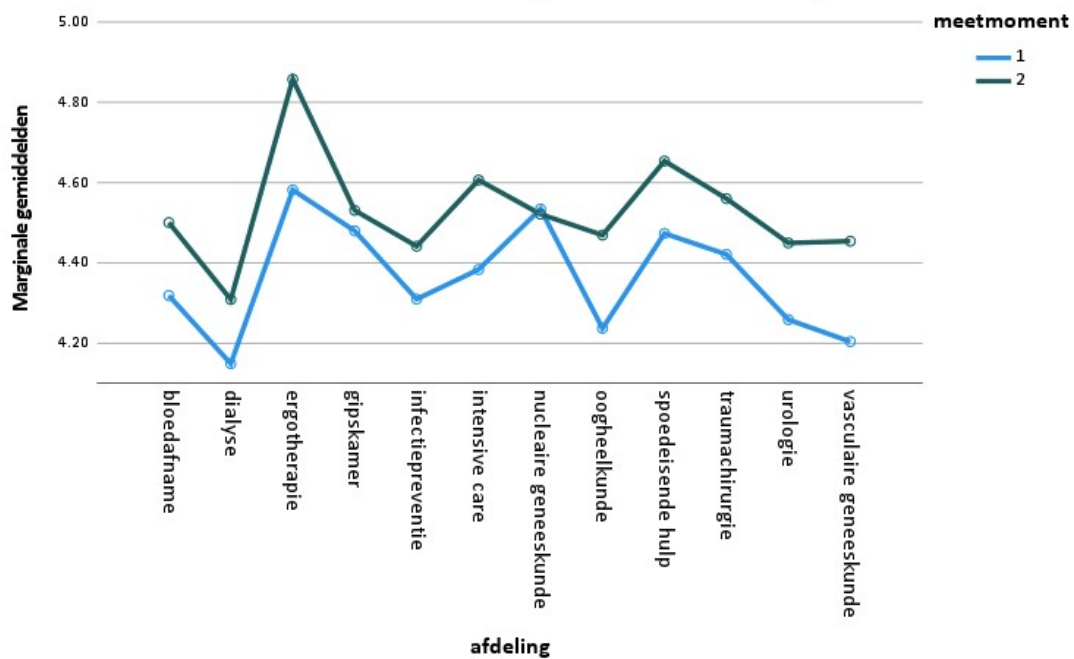
**Figuur 2**

*Marginale gemiddelden voor 'woordlengte in letters' van woordcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



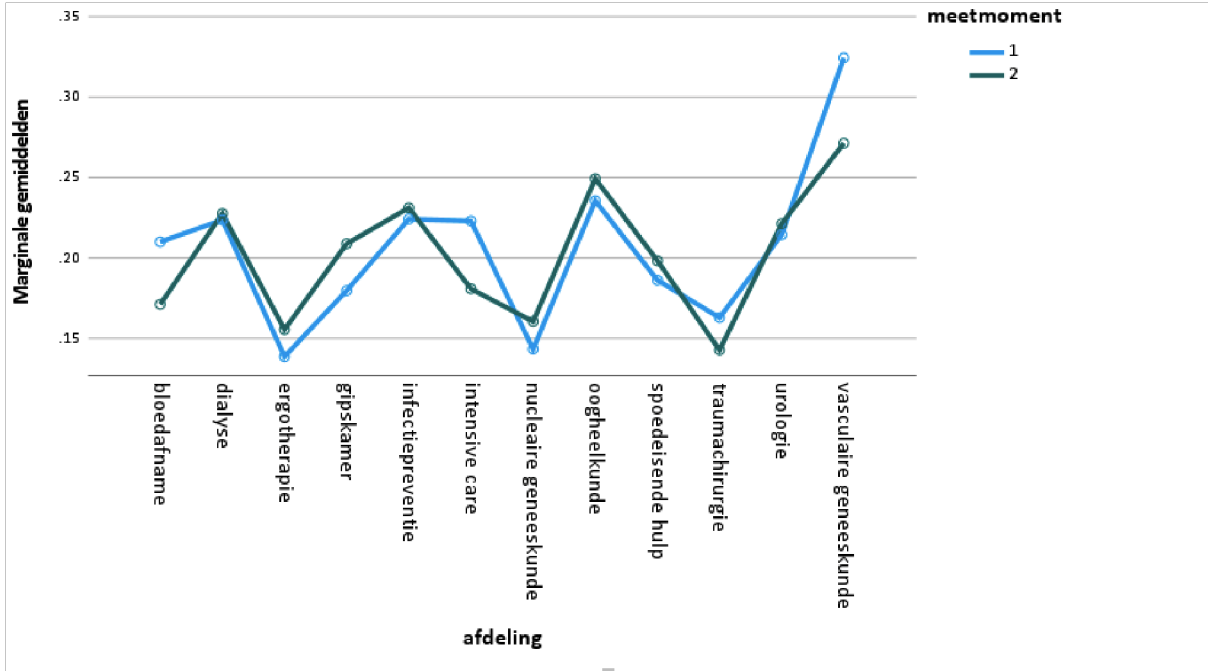
**Figuur 3**

*Marginale gemiddelden voor 'woordfrequentie' van woordcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



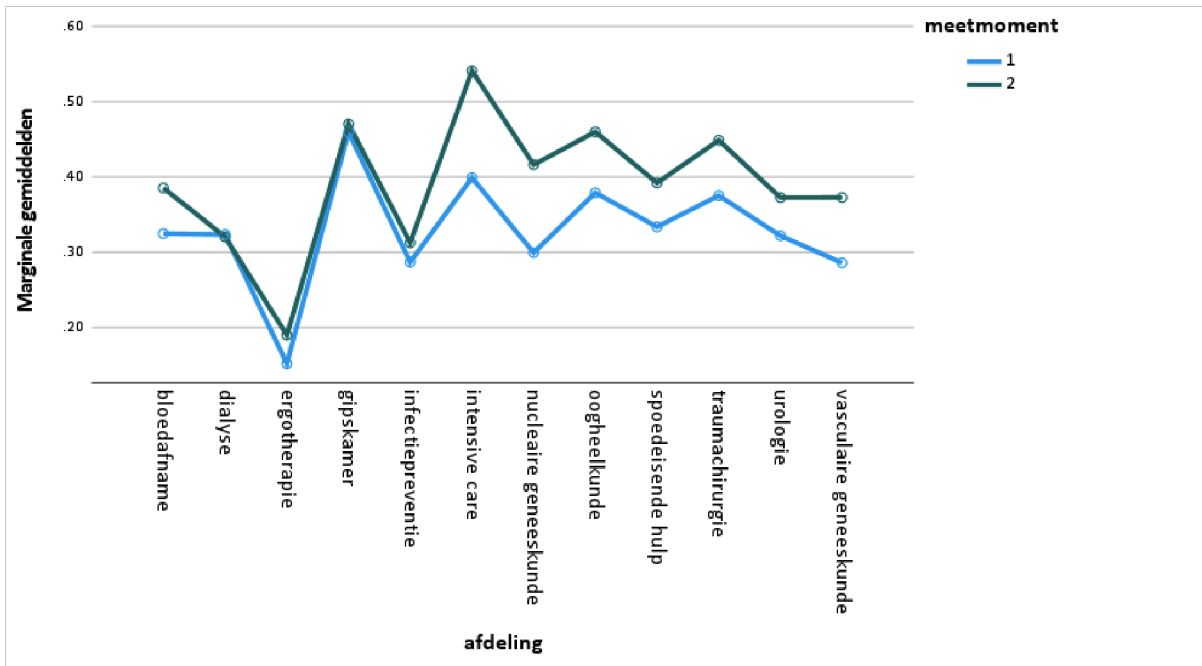
**Figuur 4**

Marginale gemiddelden voor 'proportie samenstellingen' van woordcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



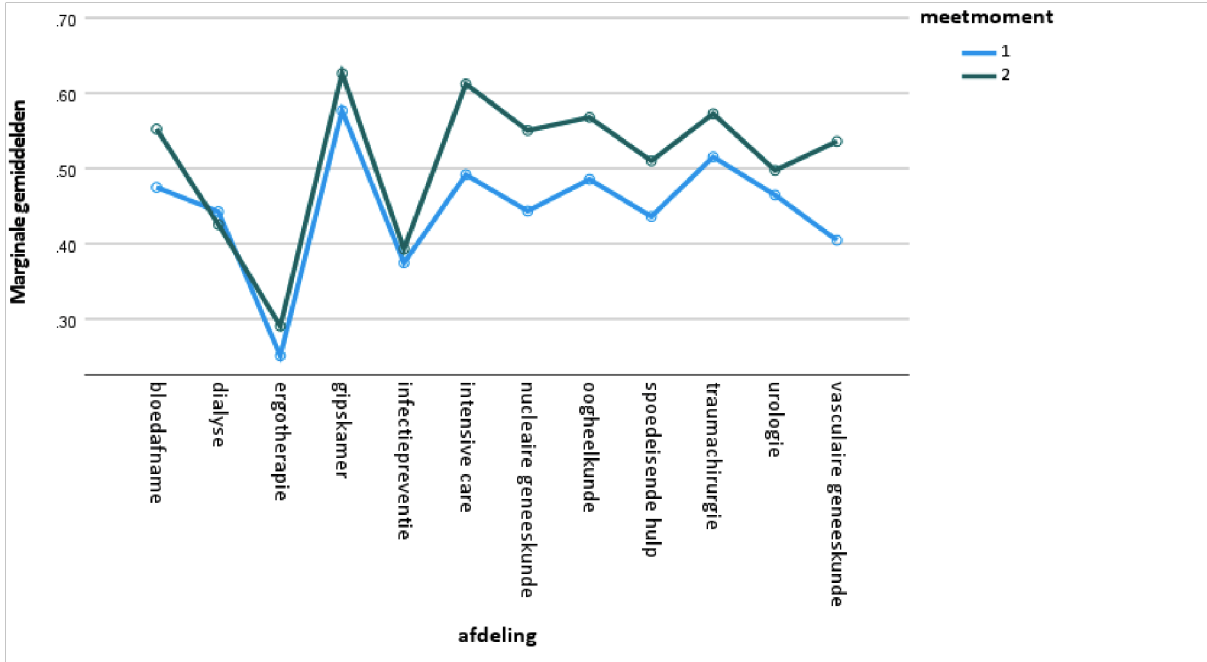
**Figuur 5**

Marginale gemiddelden voor 'proportie strikt-concrete naamwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



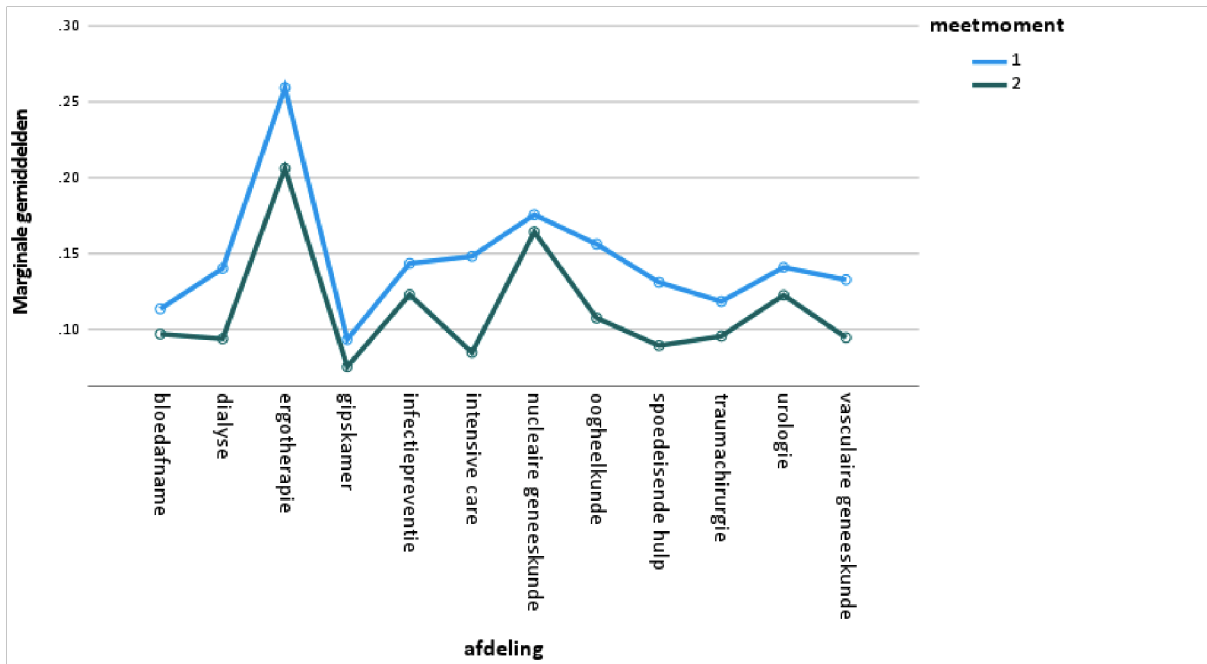
**Figuur 6**

Marginale gemiddelden voor 'proportie ruim-concrete naamwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



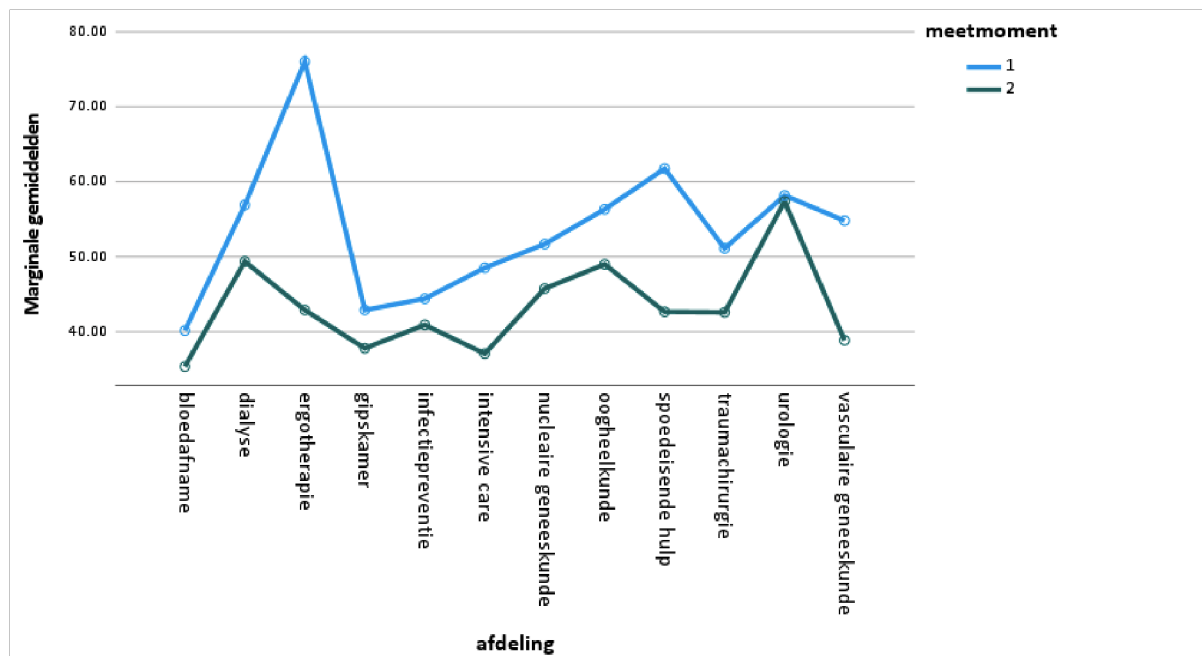
**Figuur 7**

Marginale gemiddelden voor 'proportie algemene naamwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



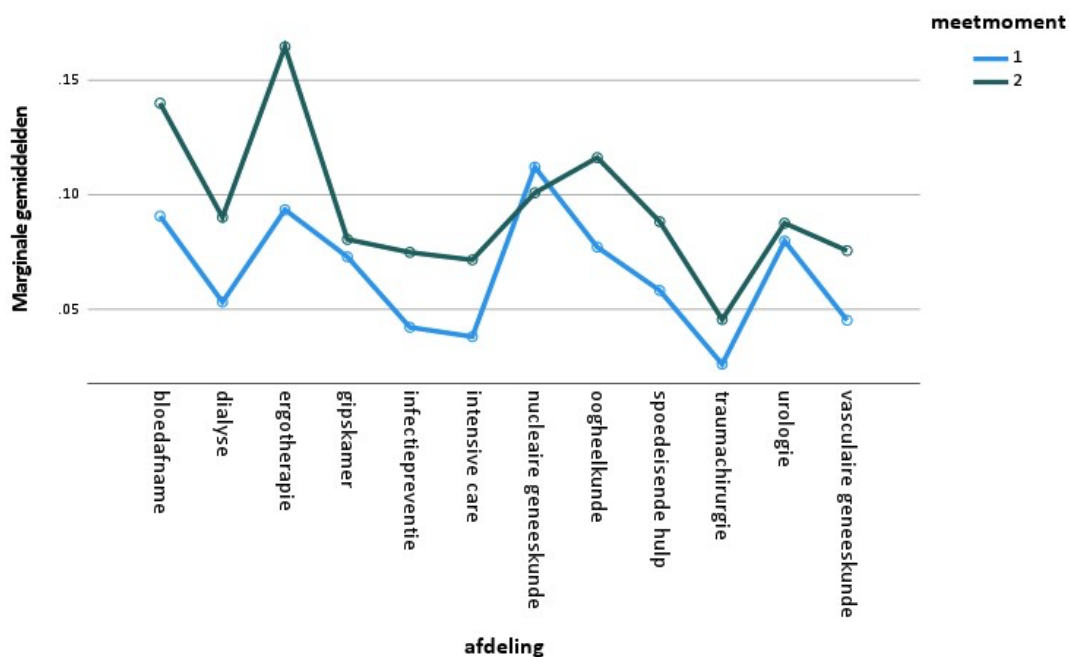
**Figuur 8**

*Marginale gemiddelden voor 'dichtheid abstracte nominalisaties' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



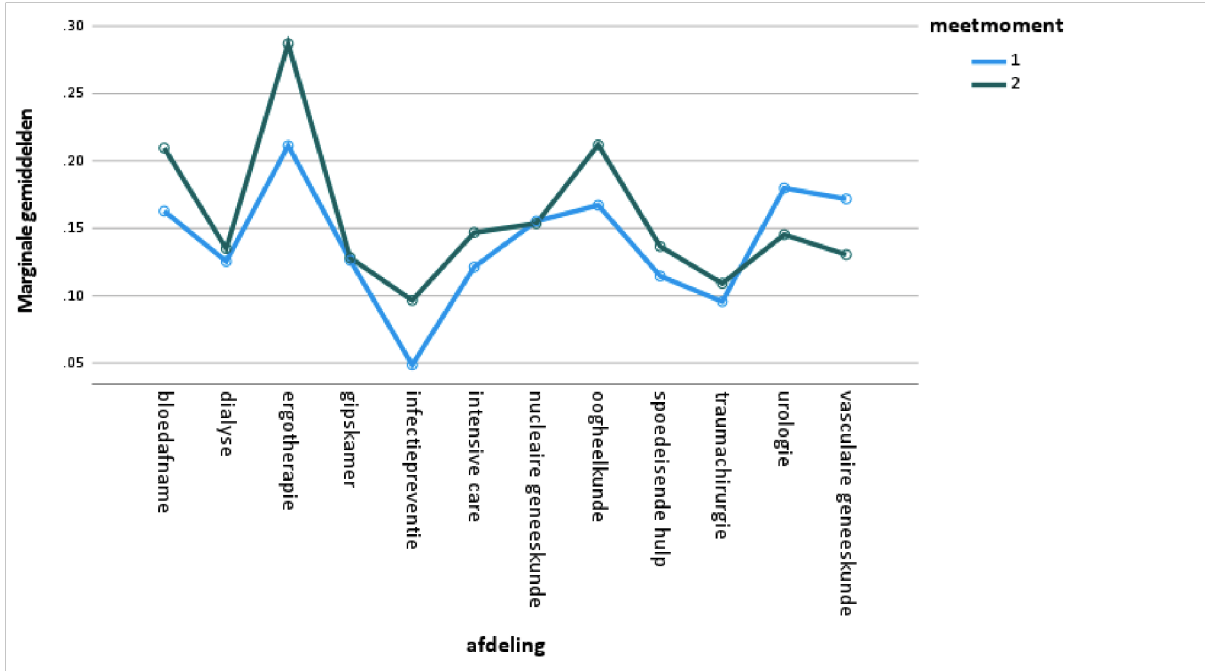
**Figuur 9**

*Marginale gemiddelden voor 'proportie strikt-concrete bijvoeglijk naamwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



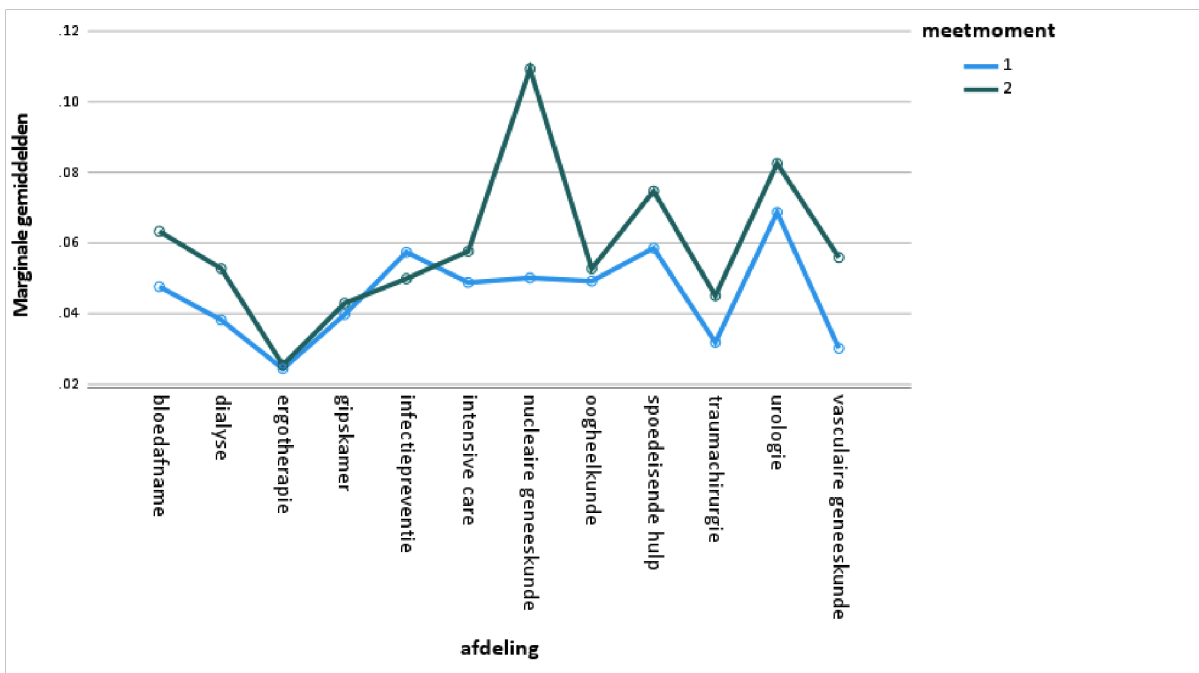
**Figuur 10**

Marginale gemiddelden voor 'proportie ruim-concrete bijvoeglijk naamwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



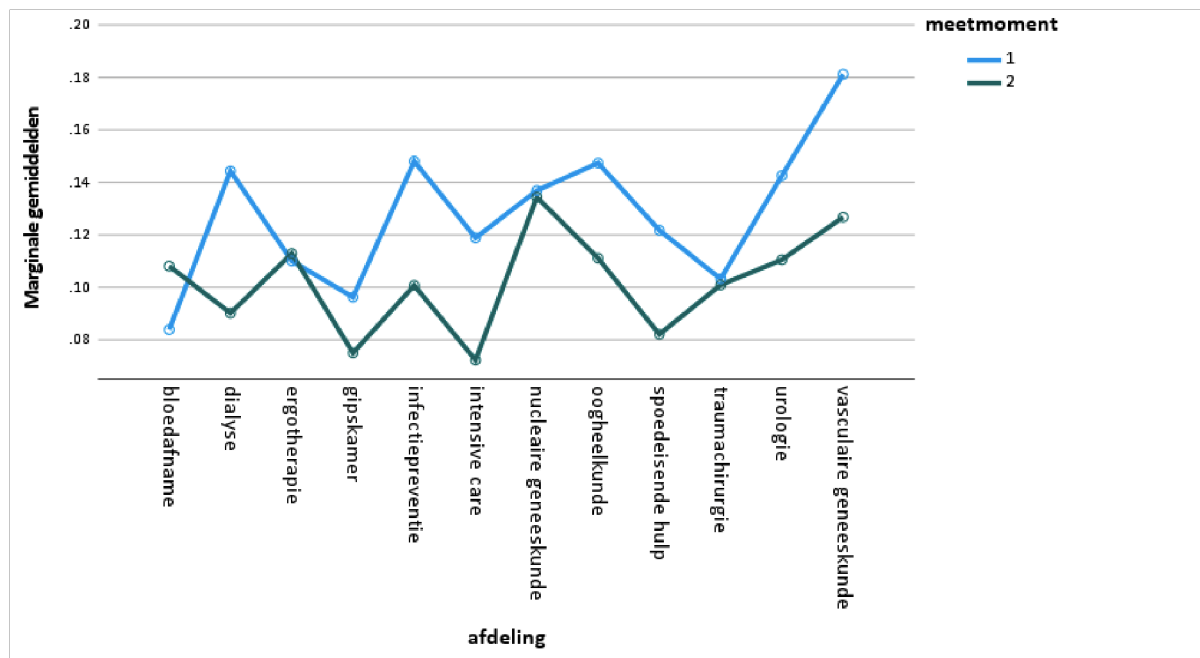
**Figuur 11**

Marginale gemiddelden voor 'proportie concrete werkwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



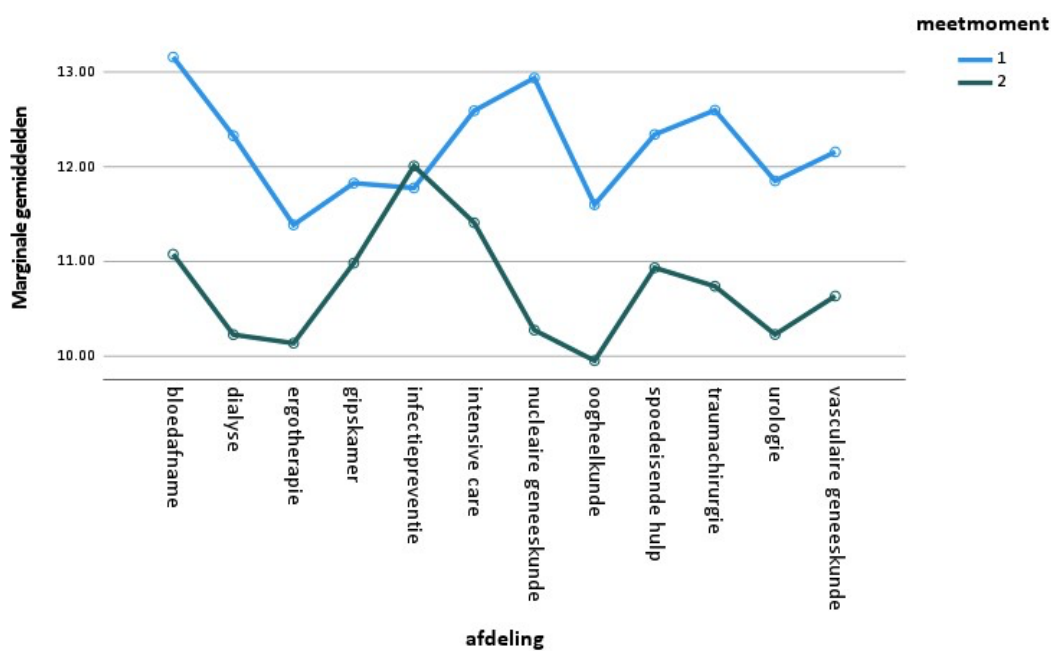
**Figuur 12**

Marginale gemiddelden voor 'proportie algemene werkwoorden' van woordconcreetheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



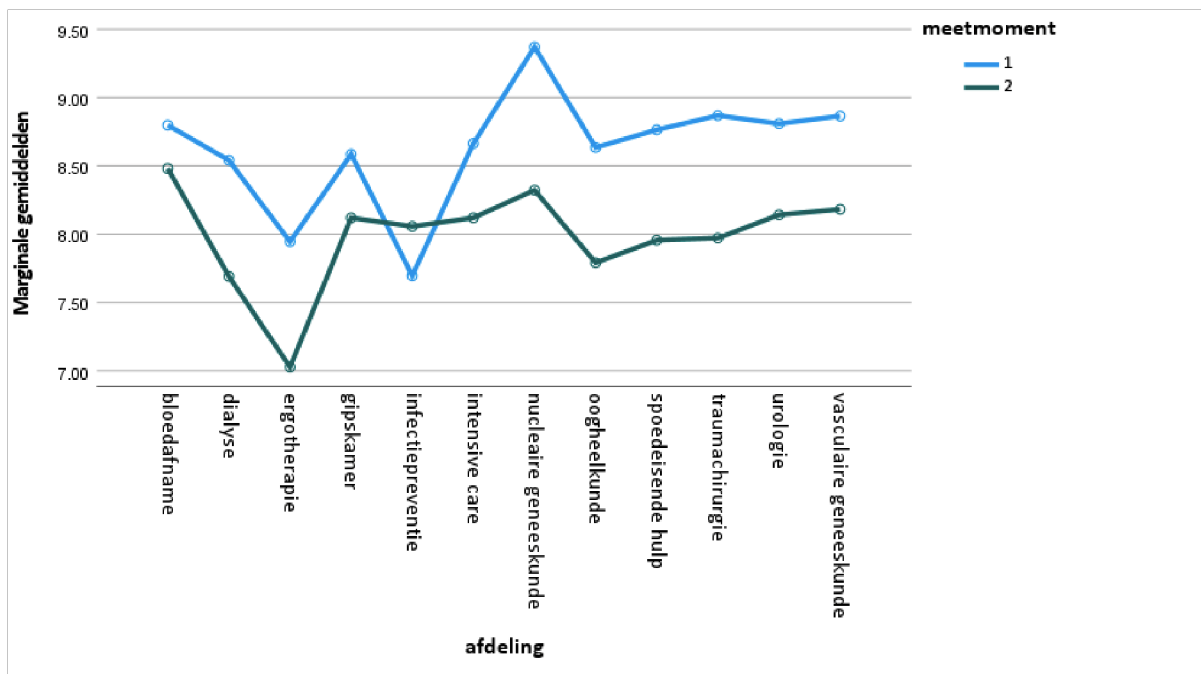
**Figuur 13**

Marginale gemiddelden voor 'zinslengte' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



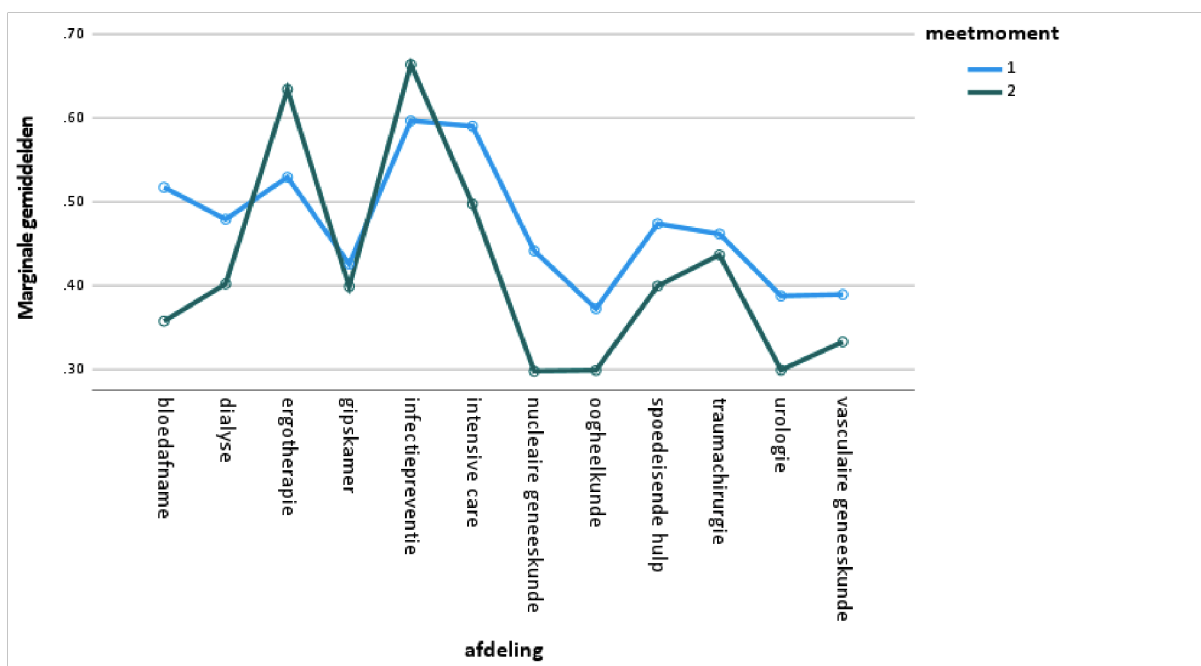
**Figuur 14**

Marginale gemiddelden voor 'deelzinslengte' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



**Figuur 15**

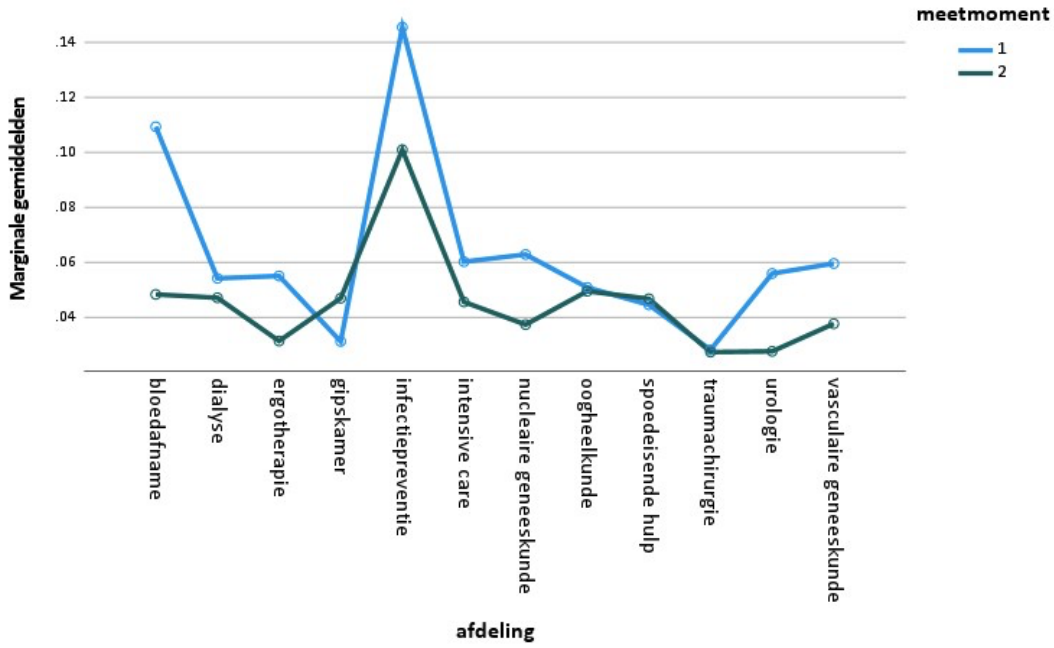
Marginale gemiddelden voor 'aantal deelzinnen per zin' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.





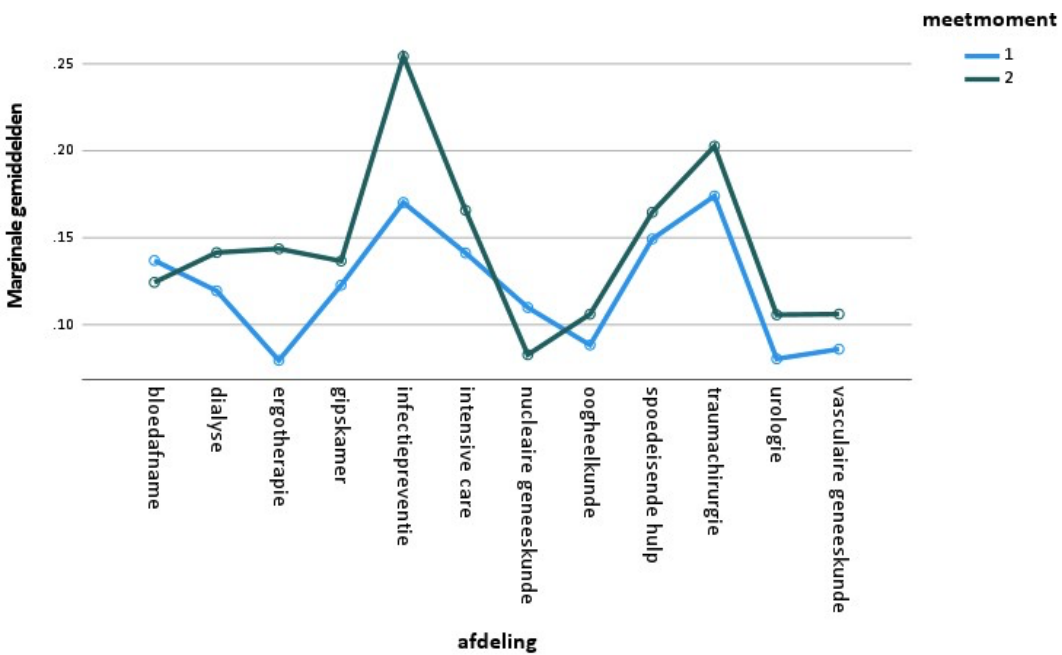
**Figuur 16**

Marginale gemiddelden voor 'aantal bijzinnen per zin (betrekkelijk)' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



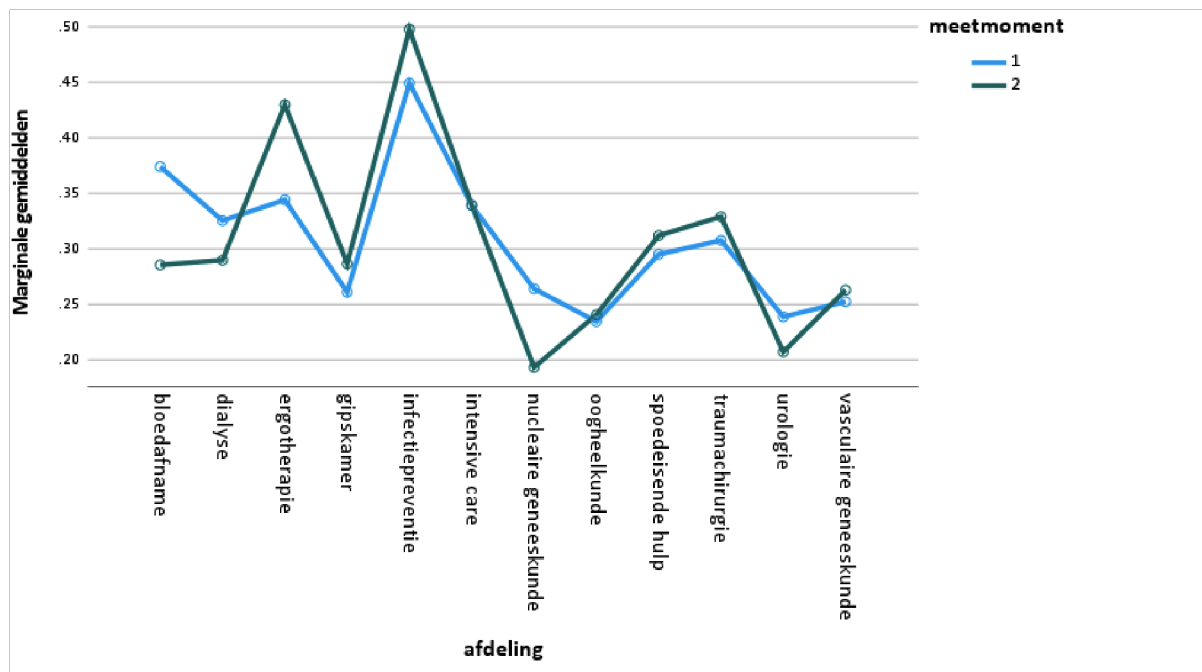
**Figuur 17**

Marginale gemiddelden voor 'aantal bijzinnen per zin (bijwoordelijk)' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



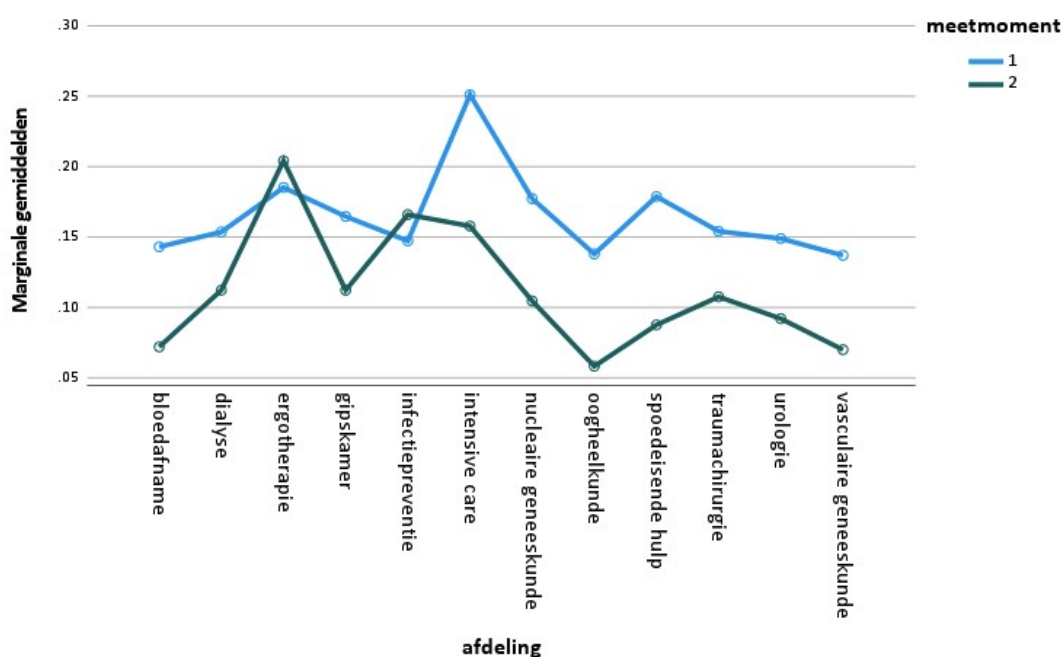
**Figuur 18**

Marginale gemiddelden voor 'aantal bijzinnen per zin (finitie complementen)' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



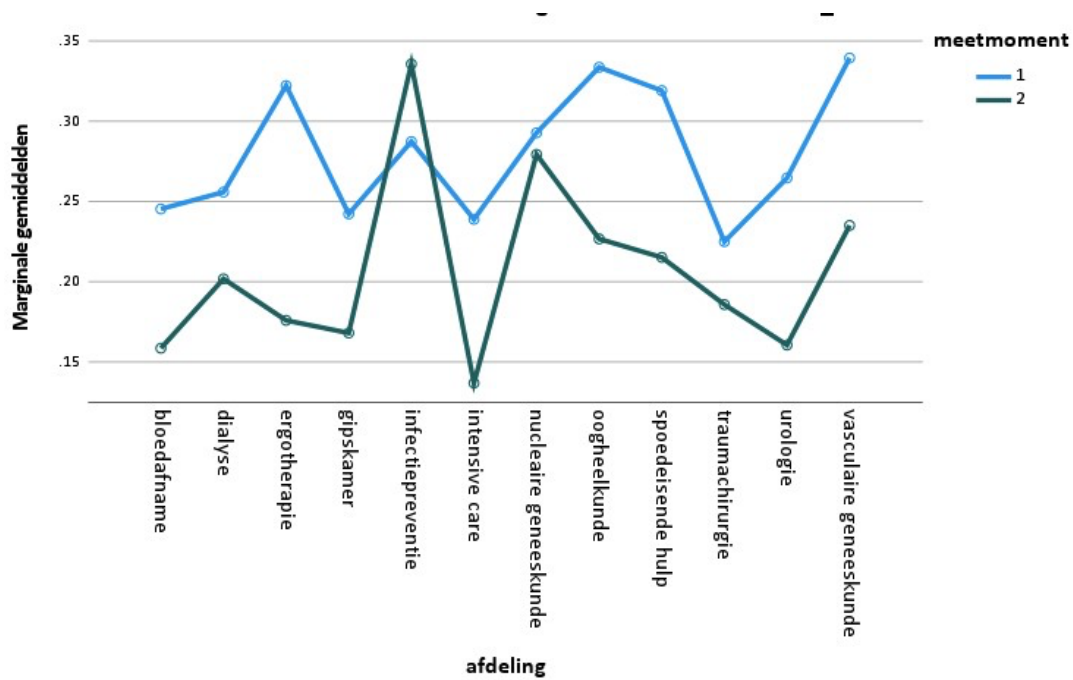
**Figuur 19**

Marginale gemiddelden voor 'aantal bijzinnen per zin (infinities complementen)' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



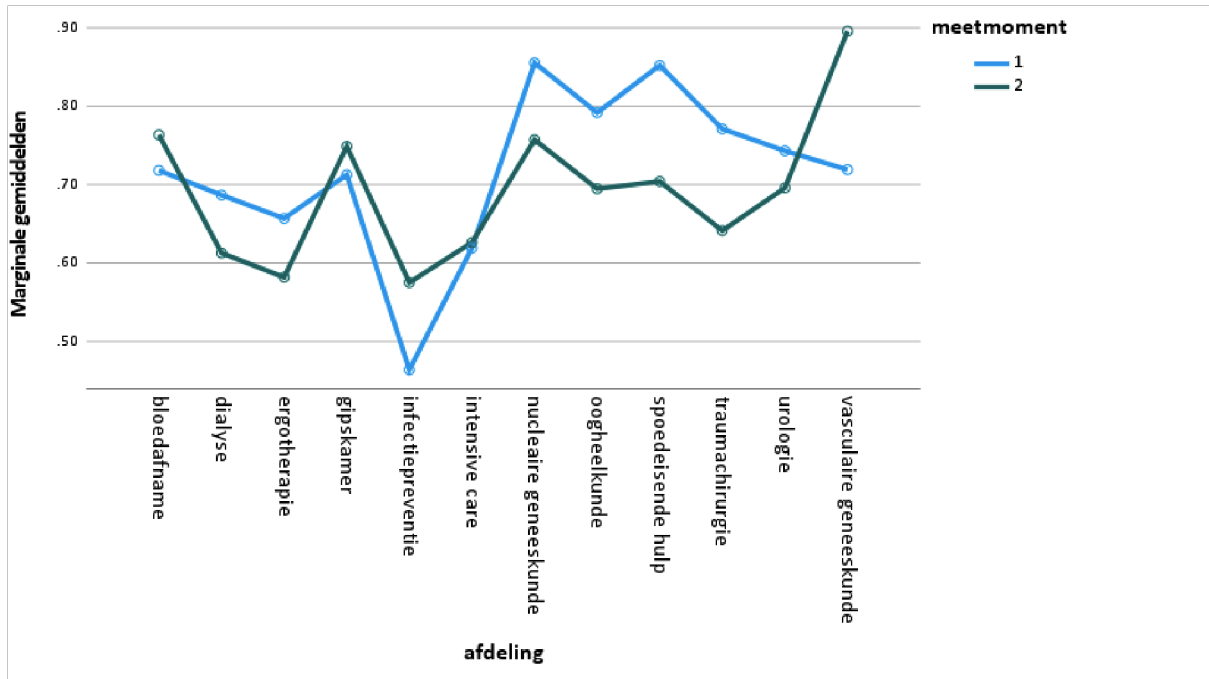
**Figuur 20**

*Marginale gemiddelden voor 'aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (attributief bijvoeglijk naamwoorden)' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



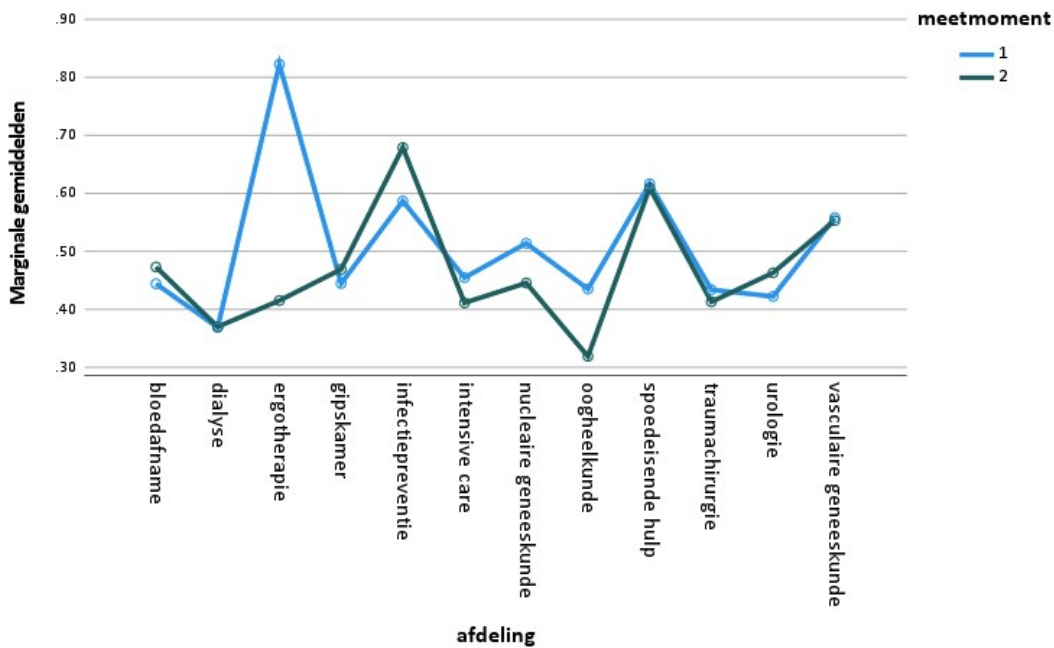
**Figuur 21**

Marginale gemiddelden voor ‘aantal bijvoeglijke bepalingen per deelzin (naast attributief bijvoeglijk naamwoorden)’ van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



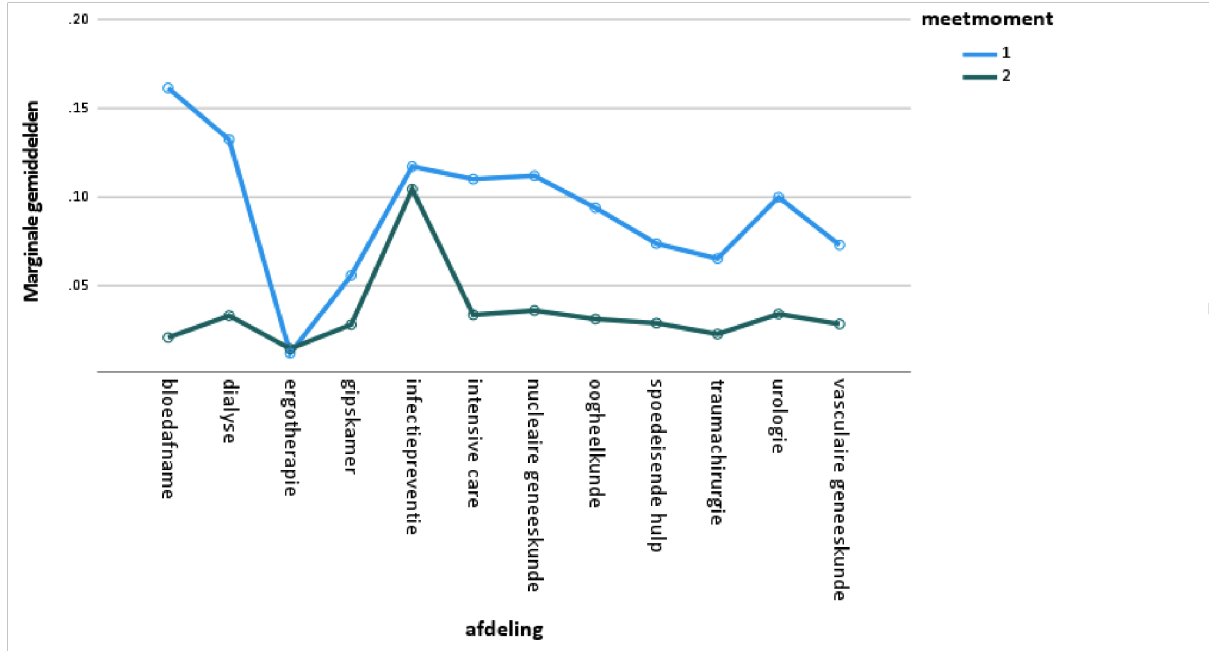
**Figuur 22**

Marginale gemiddelden voor ‘aantal nevenschikkingen per deelzin’ van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



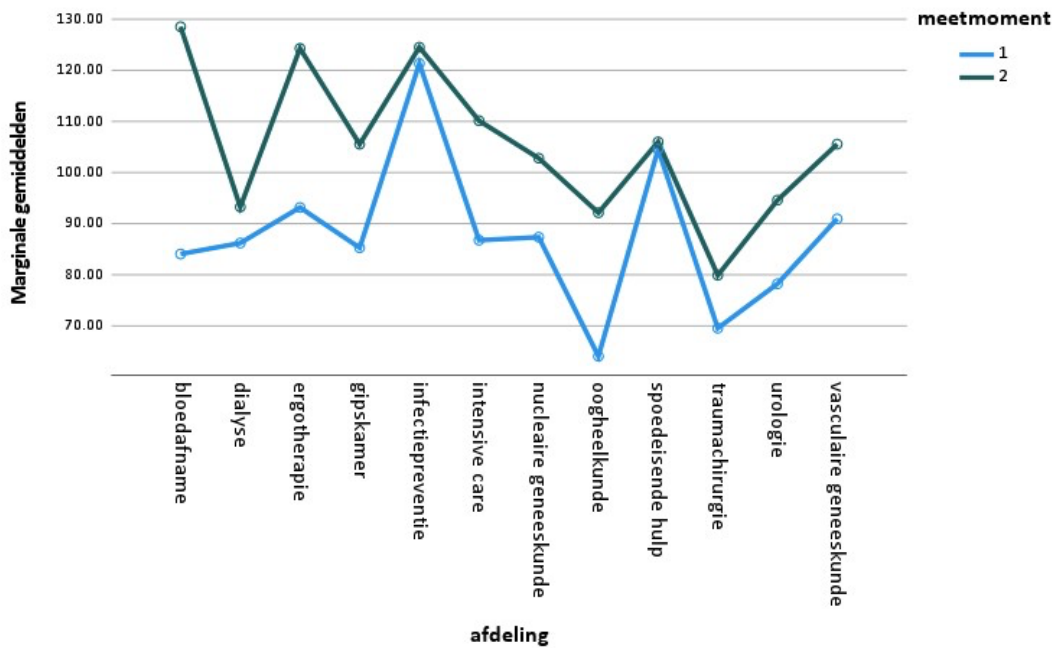
**Figuur 23**

Marginale gemiddelden voor 'aantal lijdende vormen per deelzin' van zinsbouwcomplexiteit (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



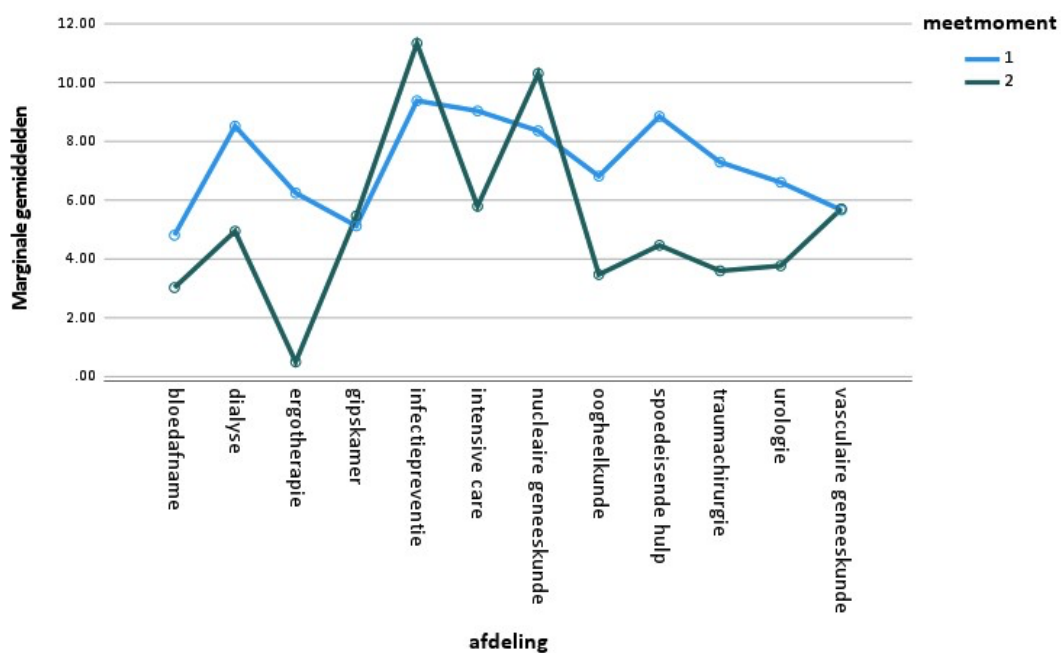
**Figuur 24**

Marginale gemiddelden voor 'dichtheid van verwijzingen naar personen' van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.



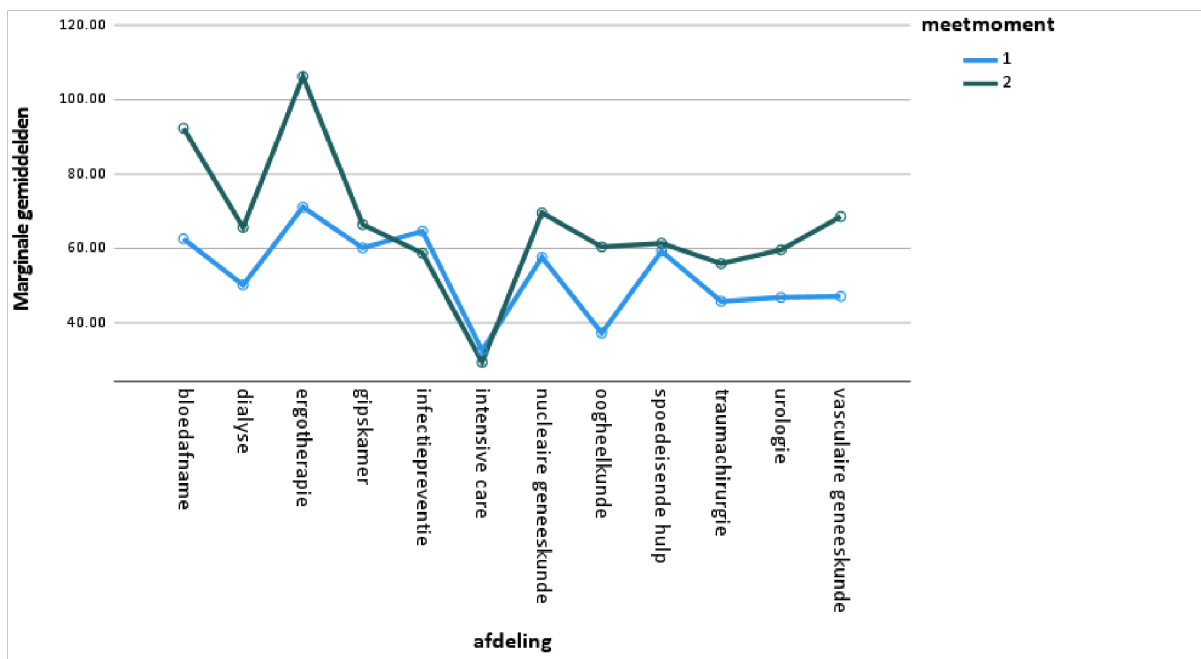
**Figuur 25**

*Marginale gemiddelden voor 'dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden eerste persoon' van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



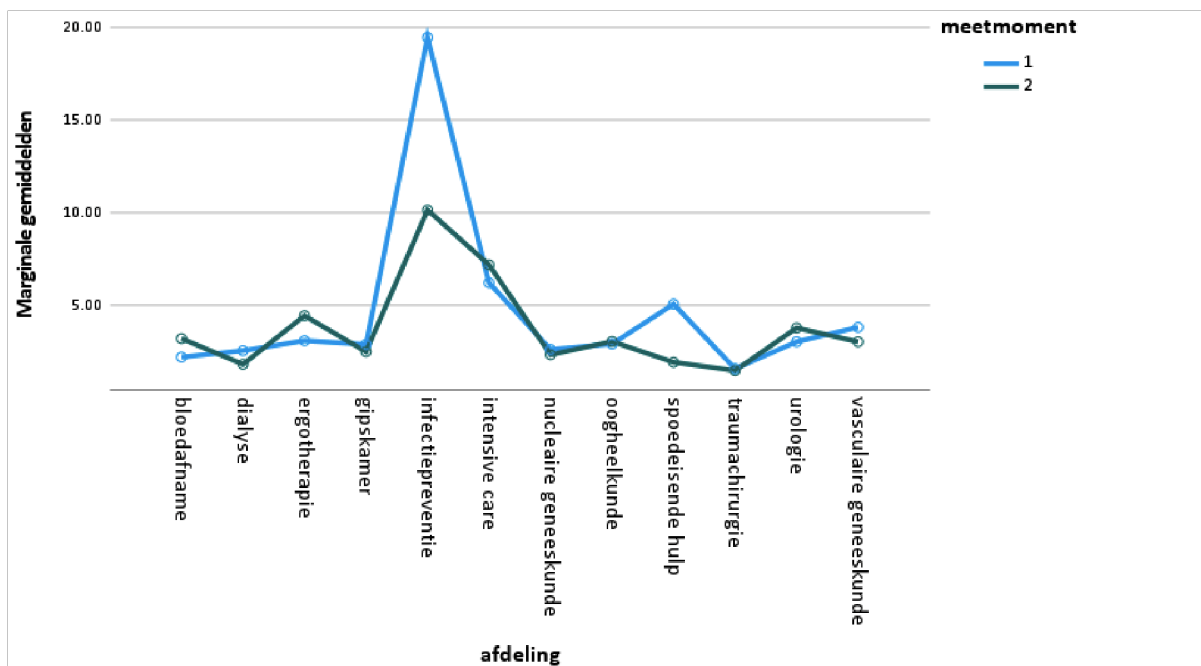
**Figuur 26**

*Marginale gemiddelden voor 'dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden tweede persoon' van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*



**Figuur 27**

*Marginale gemiddelden voor 'dichtheid persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden derde persoon' van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*





**Figuur 28**

*Marginale gemiddelden voor 'dichtheid van alle persoonlijke en bezittelijke voornaamwoorden' van persoonlijkheid (op tekstniveau) van ziekenhuis A, opgesplitst in versie x afdeling.*

