

stig af te vragen of hij naast lezer van „huisarts en wetenschap” ook lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap zal worden. Voor diegenen die de daad gaarne op de gedachte laten volgen zij hier

vermeld dat het secretariaat van het N.H.G. is gevestigd Mariahoek 4 te Utrecht. Dit zal u gaarne de nodige zakelijke informatie aangaande het lidmaatschap verschaffen. H.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding door de huisarts*

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

Het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding behoort volgens het Woudschotenrapport (1963) tot de taken van de huisarts. Een systematische benadering van de problematiek, die zich op dit bijzonder uitgestrekte terrein voordoet, heeft evenwel tot nu toe in huisartsenkringen niet plaatsgevonden. Ook tijdens de opleiding tot arts komt deze materie niet of nauwelijks ter sprake.

Dat de leiding van het Nederlands Huisartsen Instituut dit onderwerp van belang achtte, komt waarschijnlijk mede doordat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in 1960 een advies over deze materie heeft uitgebracht aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Hierin wordt de huisarts bij herhaling genoemd en de volgende zinsnede wordt erin aangetroffen: „Het zou van nut zijn, indien het N.H.G., dat zich bezig houdt met de meningsvorming over het wezen van de huisartsengeneeskunde, aan het aspect van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in dit verband meer aandacht zou gaan geven.”

Wanneer wij bij Van Dale nakijken wat voorlichting betekent, lezen wij: licht voor iemand uitdragen zodat hij kan zien waar hij gaat; onderrichten, aanwijzingen geven hoe men handelen, iets gebruiken of over iets denken moet. In de eerste betekenis komen direct al enkele belangrijke aspecten van het voorlichten ter sprake: de ander wordt bijgelicht, donkere obstakels op zijn weg worden beter zichtbaar, hij vindt de weg die hij moet gaan gemakkelijker, met minder vallen en stoten.

Voorlichting op allerlei gebied wordt door artsen in Nederland veel gegeven, maar van een zekere planning is zelden sprake. Wat dit laatste betreft is men bijvoorbeeld in Wageningen de medici ver vooruit. Voorlichting op het gebied van de land- en tuinbouw wordt al jaren lang systematisch en wetenschappelijk bedreven (*Van den Ban*). Het is dus verstandig ons oor ook daar eens te luisteren te leggen.

Het Engelse begrip „Health Education” wordt in het Nederlands vertaald met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Hieruit blijkt al dat wat onder voorlichten moet worden verstaan niet

scherp is af te grenzen van wat wij opvoeden noemen. Voorlichten heeft ook iets te maken met onderwijzen, (be)leren, propaganda maken, het heeft zelfs iets gemeen met reclame maken. Hierdoor is het moeilijk het terrein van de voorlichting scherp af te grenzen, maar een voordeel daarvan is dat degene, die zelf voorlichting wil geven, gebruik kan maken van ervaringen, opgedaan door hen, die bij onderwijs, reclame, en dergelijke werkzaam zijn.

Het doel van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (g.v.o.) is de mensen ertoe te brengen zich zodanig te gedragen, dat zij de gezondheid van zichzelf, van hun gezinsleden en van anderen zoveel mogelijk bevorderen. Er zijn instituten die zich uitsluitend met deze voorlichting bezig houden, bijvoorbeeld het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. De directeur van dit bureau, *Den Hartog* zegt: „Voorlichten is een moeizame arbeid, waarvan de resultaten niet dadelijk zichtbaar zijn . . .”

Hoe is dit te verklaren? Wellicht doordat voorlichting het gemakkelijkst die mensen bereikt die haar het minst nodig hebben en het moeilijkst diegenen, die haar het meest nodig hebben. Het geven van voorlichting dreigt dus hierdoor een overbodige zaak te worden. Als voorbeeld is te noemen een Amerikaans onderzoek waaruit bleek, dat 86 procent van de zware rokers niet overtuigd was van het verband tussen roken en longkanker; bij niet-rokers bedroeg dit percentage 55.

Een tweede verklaring is — en dit hangt met het voorafgaande nauw samen — dat men bij het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding dikwijls zeer veel weerstanden ontmoet, die meestal in de irrationele sfeer liggen. Iedere huisarts weet welke merkwaardige opvattingen hier en daar nog heersen op het gebied van de voeding. Ook tegen kreten als „’t is geen man die niet roken kan” valt moeilijk te argumenteren.

Niet alleen tegen de inhoud van de voorlichting bestaan weerstanden, ook tegen de voorlichter zelf heeft men soms bezwaren. Juist omdat de voorlichter een autoriteit is op een bepaald gebied, roept hij vaak ambivalente gevoelens wakker. Het is daarom soms nuttig iemand anders als voorlichter te laten optreden en zogenaamde indirecte voorlichting te geven. Men licht dus de voorlichters voor. De huisarts kan bijvoorbeeld een

* Voordracht, gehouden op de Oriëntatiecursus voor huisartsen, georganiseerd door het N.H.I., februari-maart 1965.

enkele maal met hulp van een patiënt een lotgenoot tot betere gedachten brengen (*Bremer* 1963).

Dat voorlichten een moeizame arbeid is wordt ook duidelijk als men ziet hoe lang het duurt voor het gestelde doel is bereikt. Degene, die men wil voorlichten, moet een aantal stadia doorlopen: hij moet zich bewust worden dat er een probleem bestaat; hij moet belangstelling voor het onderwerp krijgen; hij moet overwegen tot het nieuwe over te gaan; hij moet een proef nemen en tenslotte moet hij de nieuwe methode overnemen. Bij de landbouwvoorlichting in Wageningen heeft men geconstateerd dat het twee tot drie jaren kan duren voordat een boer, na een intensieve voorlichtingscampagne, deze stadia heeft doorlopen en een nieuwe methode in zijn bedrijf gaat toepassen.

De resultaten van een bepaalde voorlichting zijn moeilijk te meten omdat deze voorlichting zelden geïsoleerd kan worden gezien van andere invloeden. De massa-media — periodieke pers, radio en televisie — maken de mensen soms eerst rijp; men wordt zich bewust dat er een probleem bestaat en men krijgt er belangstelling voor. De individuele voorlichting, welke de huisarts geeft, is pas mogelijk als er een bepaalde „voorlichtingsbehoefte” is ontstaan.

Een dergelijk proces heeft zich de laatste jaren bijvoorbeeld afgespeeld ten aanzien van de geboorteregeling.

Omdat het resultaat van een bepaalde voorlichting zo moeilijk is te meten, is de meest effectieve wijze om iets te brengen ook zeer moeilijk aan te geven. Men maakt daarom bij het geven van voorlichting gebruik van „action research”, dat wil zeggen op grond van de reacties op de gegeven voorlichting tracht men die voorlichting effectiever te doen zijn; ook is denkbaar dat deze reacties leiden tot het besluit de voorlichting te staken (*Winsemius*).

Bij de bestudering van het terrein van de voorlichting kan men van de volgende indeling uitgaan (*Wichers*): de voorlichtingssituatie; de bronnen en middelen van de voorlichting en tenslotte het doel en de methodiek van de voorlichting.

Omdat in het voorgaande al iets is gezegd over het doel van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zullen wij achtereenvolgens ingaan op: de voorlichtingssituatie waarin de huisarts ten opzichte van zijn patiënten verkeert; het werkterrein waarop de huisarts voorlichting geeft of zal moeten geven en de communicatiemiddelen, welke de huisarts ter beschikking staan.

De huisarts bevindt zich in een bijzonder gunstige positie om als voorlichter op het gebied van gezondheid en ziekte op te treden. (*Huygen*).

In de eerste plaats ontmoet hij tijdens zijn werk buitengewoon veel mensen. Volgens *Buma* komen de huisartsen elke dag met ongeveer 7 procent van de Nederlandse gezinnen in contact.

Bovendien ontmoeten zij de mensen juist in situaties waarin deze open staan voor voorlichting: er bestaat een grote subjectieve voorlichtingsbehoefte. In het bijzonder is dit het geval tijdens een spreekuur voor aanstaande moeders of op een zuigelingen- of kleuterbureau. Hier komt nog bij dat de huisarts al deze mensen reeds van tevoren kent, een ideale omstandigheid die zich in weinig voorlichtingssituaties voordoet.

De huisarts wordt echter tijdens zijn opleiding nauwelijks op deze taak voorbereid. Dit valt te betreuren omdat op deze wijze niet voldoende nuttig gebruik wordt gemaakt van de gelegenheid waarin de huisarts zich bevindt. Ook *Buma* heeft erop gewezen hoe belangrijk de rol van de huisarts zou kunnen zijn bij het treffen van gezondheidsmaatregelen die de gehele bevolking aangaan.

De voorlichtingssituatie, waarin de huisarts zich ten opzichte van de patiënt bevindt, heeft enkele typische kenmerken. Het grootste deel van de huisarts-patiënt-contacten (meer dan 80 procent) ligt in het curatieve vlak, dat wil zeggen de huisarts wordt vooral met zieken geconfronteerd. Belangrijk is de voorlichting dus vooral als onderdeel van een medische behandeling. Een tweede bijzonderheid van deze voorlichtingssituatie is dat de huisarts tijdens zijn werk vooral met vrouwen heeft te maken. De contacten met kleine kinderen lopen altijd via de moeder en bovendien hebben vrouwen in het algemeen een grotere morbiditeit dan mannen. Het blijkt dat meer dan 60 procent van alle huisarts-patiënt-contacten, contacten met vrouwen zijn. (*Bremer* en *Van Westeenen*).

In Nederland heeft nog geen 12 procent van de volwassen bevolking middelbaar of hoger onderwijs genoten (*Mededelingen C.B.S.*) zodat de huisarts meestal meer ontwikkeld is dan degene, die hij moet voorlichten. Hierdoor dreigen van twee kanten gevaren. In de eerste plaats loopt de arts de kans dat de mensen niet zullen begrijpen wat hij bedoelt, maar bovendien leidt deze situatie er gemakkelijk toe dat de huisarts te directief gaat optreden of zelfs voorlichting gaat geven op gebieden, waarvan hij niets weet.

Ten slotte geeft de huisarts vooral individuele voorlichting. Massavorlichting of groepsvoorlichting vereisen een aparte scholing of ervaring. Zij vinden meestal plaats in het kader van een of andere instelling: overheid, kruisvereniging, tijdschrift en dergelijke.

Een bijzondere plaats waar gezondheidsvoorlichting en -opvoeding kan worden gegeven is de wachtkamer van de arts. Of het effect hiervan groot zal zijn is evenwel de vraag.

Schematisch kunnen de onderwerpen, waarover de huisarts voorlichting geeft, in drie groepen worden verdeeld: Ten eerste voorlichting met betrekking tot de praktijkvoering. Deze voorlichting heeft als doel de werkzaamheden van de arts zo soepel mogelijk te laten verlopen. De patiënt

ontvangt hierbij instructies en voorlichting omtrent de gang van zaken in de praktijk: afspraakspreekuur, zondagsdienst enzovoort, of omtrent laboratorium-onderzoekingen: concentratieproef, gewassen plas en dergelijke.

In de tweede plaats geeft de huisarts voorlichting bij of over de ziekte. Deze voorlichting heeft tot doel de therapeutische- of preventieve maatregelen zo effectief mogelijk te doen zijn. Het gaat hier bijvoorbeeld om voorlichting omtrent het houden van een dieet; in dit laatste geval kan het soms nodig zijn de hulp van een diëtiste in te roepen.

Voorlichting die nauwelijks individueel behoef te worden aangepast kan schriftelijk worden opgegeven. Zo kan na een pokkenvaccinatie een papertje worden uitgereikt waarop staat vermeld wat na de vaccinatie kan worden verwacht — (1962) huisarts en wetenschap 5, 66 —. Eveneens kunnen tijdens een epidemie naast mondelinge ook schriftelijke instructies worden verstrekt. Vooral in drukke tijden zal een dergelijke gang van zaken effectief zijn en tijdsbesparend werken.

Zeer belangrijk is ook voorlichting inzake meer algemene aspecten van het ziek zijn, zoals voorlichting aan ouders van zieke of invalide kinderen of voorlichting over de houding ten aanzien van geestelijk gestoorden. In deze gevallen kan het na een gesprek nuttig zijn de patiënt een boek mee te geven, met behulp waarvan hij zich wat meer in het besproken onderwerp kan verdiepen. (Bremer 1962).

De derde groep onderwerpen waarover de huisarts voorlichting dient te geven omvat, volgens een indeling van *Bibby*: erfelijkheid, groei en ontwikkeling, seksualiteit en voortplanting, voeding, drinken en roken, lichaamsbeweging en rust, zon en lucht, milieu (huis en dergelijke), veiligheid, speciale organen en geestelijke gezondheid. Voorlichting omtrent „speciale organen” betreft in hoofdzaak ogen, oren en tanden.

Voor de lezer zal het niet moeilijk zijn bij elk onderwerp vragen te bedenken die door de patiënt aan de huisarts kunnen worden gesteld. Het is inderdaad een zeer groot gebied waarop de huisarts wordt geacht min of meer deskundig te zijn. In tegenstelling tot kwesties betreffende praktijkvoering of ziekte komt het ten opzichte van bovengenoemde onderwerpen voor, dat de huisarts niet deskundig genoeg is om een juiste voorlichting te geven. Verwijzing naar specialisten zal dan moeten volgen. Iedere huisarts moet eigen grenzen en mogelijkheden kennen. Een arts, die voorlichting geeft op een gebied waarop hij geen enkele deskundigheid heeft, schaadt zijn patiënt meer dan dat hij hem helpt.

Bij het geven van voorlichting kan men van verschillende communicatiemiddelen gebruik maken. De „audiovisual aids” waarover de huisarts in zijn praktijk kan beschikken zijn: het gesproken woord; boeken, brochures, stencils en dergelijke; flanelbord; bandrecorder; etiketten, enzovoort. Wordt

de voorlichting mondeling gegeven dan is het belangrijk dat men spreekt in een taal welke de mensen verstaan: men moet zoveel mogelijk begrippen hanteren die bij het publiek bekend zijn. Zoals het advies van de *Centrale Raad voor de Volksgezondheid* terecht opmerkt, worden boeken waarschijnlijk voornamelijk gelezen door de sociale middengroepen en de hogere welstandsklasse. Met een „bibliotheek voor patiënten” bereikt men dus maar een klein gedeelte van de praktijk.

Een flanelbord zou de huisarts in de wachtkamer kunnen gebruiken. Met enige fantasie moet het mogelijk zijn op deze wijze heel wat voorlichting te geven, vooral op het gebied van de praktijkvoering. Ook de bandrecorder zou in de wachtkamer kunnen worden gebruikt, waarbij bepaalde nuttige informatie zoals: hoe moet ik handelen bij griep, brandwonden enzovoort, kunnen worden afgewisseld met muziek. Ten slotte kan de apotheekhoudende huisarts via etiketten en dergelijke bepaalde wensen ten aanzien van de praktijkvoering kenbaar maken bijvoorbeeld: boodschappen vóór negen uur.

Communicatiemiddelen

Het gesproken woord
Boeken, brochures en dergelijke
Flanelbord
Bandrecorder
Diversen

Onderwerpen

Praktijkvoering
Ziekte
Diverse onderwerpen
(indeling volgens *Bibby*)

In het hierbij gegeven schema zien wij de communicatiemiddelen waarvan de huisarts in principe gebruik kan maken, samen gebracht met de onderwerpen. Men kan nu zelf nagaan welke combinatie in een bepaald geval het meest aangewezen lijkt.

Samenvatting. In dit artikel komen in het kort enkele algemene problemen van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (health education) aan de orde. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de taak die er op dit gebied voor de huisartsen bestaat. De voorlichtingssituatie waarin de huisarts ten opzichte van de patiënt verkeert, het terrein waarop deze voorlichting zal moeten worden gegeven en de communicatiemiddelen die de huisarts ter beschikking staan, worden besproken.

Summary. Health education and information by the general practitioner. Some general problems of health education and information are briefly discussed, whereupon the general practitioner's task in this field is considered. The educational situation of the family doctor relative to his patient, the field to be covered this education and the means of communication available are reviewed.

Ban, A. W. van den (1963) Boeren Landbouwvoorlichting; de communicatie van nieuwe landbouwmethode. Van Gorcum en Comp., Assen.

- Bibby, C. (1964) Health education. 5th ed. Heinemann, London.
- Bremer, G. J. (1962) huisarts en wetenschap 5, 341
(1963) huisarts en wetenschap 6, 360
- Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap 7, 2
- Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Uitgave: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden.
- Hartog, C. den (1963) Nieuwe voedingsleer. Spectrum, Utrecht.
- Huygen, F. J. A. (1960) huisarts en wetenschap 3, 135.
- Mededelingen Centraal Bureau voor de Statistiek (1963) Mededeling Volkstelling 1960, no. 11
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1962) Advies gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid 1059.
- Wichers, A. J. (1959) Voorkeuren voor voorlichting. Bulletin no. 13 Afd. Sociologie en Sociografie van de Landbouwhogeschool, Wageningen.
- Winsemius, W. (1954) Enkele beschouwingen aangaande voorlichting en propaganda op gezondheidsgebied. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden.

Naschrift. Voorlichtingsmateriaal (wandplaten, flanelbordfiguren, beeldstroken met handleiding, folders, tijdschriften, boeken en dergelijke) dat voor de huisarts bijzonder geschikt is, is bij de onderstaande instellingen verkrijgbaar. Op verzoek ontvangt men gratis bestel- en prijslijsten. Nationale Federatie voor Huishoudelijke en Gezinsvoorlichting. Van Speykstraat 19, 's-Gravenhage; telefoon 070 - 632935. Algemene Nederlandse Vereniging „Het Groene Kruis” Nieuwe Gracht 96a, Utrecht; telefoon 030-20743. Landelijke Voorlichtingscentrum voor Ouders en Opvoeders. 's-Gravendijkwal 60, Rotterdam; telefoon 010 - 236905.

De gedragsleer van de deelnemers in de medische situatie*

DOOR DR. J. A. WEIJEL, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Ergernis over het wat al te vlotte gebruik van de term psychologie voor alles en nog wat, heeft Duyker ertoe gebracht om in een kritisch artikel (1959) zich nauwkeurig af te vragen welk object in de psychologie wordt onderzocht. Hij stelt dan dat dit het menselijk gedrag is. Gaat men hier dieper op in, dan blijkt het moeilijk dat menselijk gedrag nauwkeurig te omschrijven. Het gaat echter om een concrete, praktische vraag: Waarom handelt de mens zoals hij handelt? De psychologie als leer van het menselijk gedrag zal ons daarop een antwoord moeten geven. Uit het antwoord op die vraag zullen wij consequenties moeten trekken om uiteindelijk wetenschappelijk verantwoorde voorspellingen te kunnen doen.

De psychologie vraagt naar motieven welke een bepaald gedrag veroorzaken. De mens gedraagt zich echter niet in een luchtledig, beter gezegd in een mens-ledig: hij gedraagt zich in een situatie, waarbij met situatie wordt bedoeld het samenstel van factoren, dat op een bepaald moment werkzaam is. In hoeverre is er dan een verschil tussen het reageren op een bestaande situatie en het zich gedragen in die situatie? Mijns inziens is het wezenlijke verschil tussen reactie en gedrag, dat men eerst dan van gedrag kan spreken als de eigen activiteit van de persoon een factor is in de situatie.

Methodologisch zijn er natuurlijk vloeiende overgangen van gedrag tot reactie. Men zal er toe neigen juist door de vele factoren die gewoonlijk tegelijkertijd een rol spelen, een experimentele situatie te creëren waarin men met zo weinig mogelijk factoren behoeft te werken. Hoe exacter men wil werken, des te geringer zal men het aantal variabele factoren willen maken. Het is derhalve wel invoelbaar dat natuurwetenschappelijk geschoolden een

afkeer hebben van de situaties waarin practici werken, omdat daar vele factoren een rol spelen. De vraag is echter wat meer op de werkelijkheid gelijk en wat exacter is: de situatie in het zogenaamde exacte experiment, waarbij een aantal factoren zijn vastgelegd of uitgeschakeld, of die situatie, waarbij wordt gepoogd de werkelijkheid geen geweld aan te doen.

Ik zou hier het goed recht op de titel „exact” willen verdedigen voor de praktische, dagelijkse situatie waarin wij al werkende verkeren. Wat meer met de werkelijkheid overeenkomt lijkt mij meer waar te zijn en wat meer waar is draagt meer bij tot werkelijk weten. Het is met een zeer kritische houding dat ik de pretenties bekijk van diegenen, die zeggen dat de psychiatrie en de psychologie niet exact zijn. De exactheid hangt alleen af van de kritische instelling van de onderzoeker en niet van het object. Het werken „in situatie”, dus met multiple factoren, eist een andere aanpak en impliceert andere verwachtingen dan de experimentele situatie.

De psychologie is de leer van het menselijk gedrag en wel het gedrag in situatie. Elke situatie wordt geconstitueerd door een ander samenstel van factoren. Het lijkt mij geoorloofd en noodzakelijk dat wij, als wij ons werkgebied beperken, met een bijvoeglijk naamwoord aanduiden met welk deel van de werkelijkheid wij ons psychologisch bezig gaan houden. De term medische psychologie wijst er op dat ons werkgebied de medische situatie is.

De medische situatie ontstaat zodra een medicus in functie handelt. Schilder had dan ook volkomen gelijk met zijn kernachtige uitspraak: medische psychologie is psychologie voor zover zij voor de arts betekenis heeft.

Ik wees reeds op de eigen activiteit van de zich gedragende persoon. Een medicus die wil functioneren heeft patiënten nodig. Slechts bij preventieve

* Voordracht, gehouden op de artsen cursus „Medische psychologie in de huisartspraktijk”. Utrecht, mei 1964.