

*SAMENWERKING TUSSEN NATIONALE GESPECIALISEERDE GVO ORGANISATIES  
EN PLAATSELIJK OF REGIONAAL WERKENDE GVO'ERS; WENSELIJK EN MOGELIJK?*

A.W. van den Ban<sup>1)</sup>

*EEN GEINTEGREERDE BENADERING*

Vanochtend hebben we gehoord dat een communicatiestrategie, waarbij een geïntegreerd gebruik wordt gemaakt van verschillende communicatiekanalen in het algemeen het meest effectief is. Het gaat hierbij met name om een integratie van de massamedia en de interpersoonlijke communicatie. Bij deze massamedia zijn in Nederland de landelijke media verreweg het belangrijkste: televisie, radio, dames- en familiebladen, dagbladen e.d.

Het succes dat de landbouwvoorlichting in Nederland de afgelopen 30 jaar heeft gehad, is, denk, niet in de laatste plaats te danken aan het feit dat men daar een dergelijke integratie als een normale zaak beschouwt. Een boer leest gemiddeld een drietal vakbladen, waarin regelmatig geschreven wordt door landelijk werkende specialisten voor landbouwmechanisatie, plantenziekten e.d. Op plaatselijk niveau is voor elke 400 boeren een bedrijfsvoorlichter, die met een flink deel van de boeren regelmatig persoonlijk praat of groepsbijeenkomsten organiseert, waarbij hij bespreekt of en hoe de ideeën uit de vakbladen op dit bedrijf toegepast kunnen worden.

*MASSAMEDIA VERSUS INTERPERSOONLIJKE COMMUNICATIE*

In de gezondheidsvoorlichting hebben we niet te maken met één voorlichtingsorganisatie, maar met tientallen organisaties. Dat is, denk ik, de voornaamste reden dat binnen de GVO een duidelijke integratie van de voorlichting via de massamedia en de interpersoonlijke communicatie veelal ontbreekt. Er wordt wel degelijk voorlichting via de massamedia gegeven. Medische rubrieken zien we in allerlei bladen. Televisieprogramma's hierover zoals Dr. Gisolf of "Een groot uur U" worden regelmatig uitgezonden. Het zijn vooral de nationale gespecialiseerde GVO organisaties die, niet

---

1) Vakgroep Voorlichtingskunde, Landbouwhogeschool Wageningen

zonder succes, invloed trachten uit te oefenen op deze voorlichting via de massamedia. Zij beschikken ook over veel brochures en ander voorlichtingsmateriaal als ondersteuning van voorlichtingsacties. Daarnaast beginnen ook de ziekenfondsen en de ziekteverzekeringen op dit gebied actief te worden, o.a. met hun blad Welzijn en met Nederland Oké.

Ook interpersoonlijke voorlichting speelt in de GVO een belangrijke rol. Dit wordt vooral gedaan door artsen, tandartsen, wijkverpleegkundigen, diëtisten en allerlei andere paramedici en in het onderwijs. Het grote aantal GVO consulenten dat de laatste jaren is benoemd, richt zich vooral op de ondersteuning van deze interpersoonlijke voorlichting. In het algemeen kunnen we echter niet spreken van een geïntegreerde communicatiestrategie, al wordt bij deze interpersoonlijke voorlichting wel dikwijls gebruik gemaakt van allerlei voorlichtingsmateriaal dat op nationaal niveau is ontwikkeld.

Een geïntegreerde benadering, zie ik nog het duidelijkste in allerlei plaatselijke acties op het gebied van tandheelkundige voorlichting op kleuter- en basisscholen, die ondersteund worden door het Ivoren Kruis. Dit lijkt me een belangrijke oorzaak van de snelle verbetering van de gebitstoestand van de Nederlandse kinderen. Een kind van 10 jaar heeft nu nog niet half zo veel gaatjes en vullingen als een 20 jaar geleden. Ik ben er dan ook van overtuigd dat een betere integratie van de gezondheidsvoorlichting via de nationale massamedia en de interpersoonlijke voorlichting het effect van deze voorlichting belangrijk ten goede zou kunnen komen.

Een dergelijke geïntegreerde benadering is o.a. van belang, omdat bij veel gezondheidsproblemen groepsnormen een belangrijke rol spelen. De gebitstoestand van de kinderen is vooral verbeterd doordat minder gesnoept wordt. Dit is geen individuele beslissing, maar in sterke mate een verandering in de normen t.a.v. het snoepen. Wel kunnen we ons afvragen in hoeverre sommige normen ook veranderd kunnen worden zonder veel aandacht te geven aan interpersoonlijke voorlichting. De laatste jaren hebben we b.v. gezien dat het roken sterk is verminderd. Dit betekent natuurlijk een vermindering van het aantal sterfgevallen dat door het roken veroorzaakt wordt. Deze vermindering is wat groter dan het totale aantal sterfgevallen ten gevolge van verkeersongelukken. Hier heeft de GVO dus een belangrijk succes behaald. Hierop hebben de campagnes van de Stichting Volksgezondheid en Roken, van de NCRV e.d.

duidelijk invloed gehad, maar van interpersoonlijke GVO op dit gebied heb ik niet erg veel gemerkt. Wel hebben deze campagnes heel duidelijk onderlinge gesprekken over het roken gestimuleerd.

Helaas is niet alles wat wenselijk is ook mogelijk. Om te kunnen beoordelen of een betere integratie mogelijk is, zullen we ons eerst af moeten vragen waarom de nationale gespecialiseerde GVO organisaties op dit moment niet meer samenwerken met de GVO consultants, met de Kruisvereniging, de organisaties van huisartsen, diëtisten e.d. Een duidelijk voorbeeld is de Hartweek van begin april 1981, die gewijd was aan de revalidatie van de hartpatiënt. In 1978 was al bekend dat deze actie gehouden zou worden. Hierbij is veel met radio en TV gewerkt en hebben alle Nederlandse gezinnen een hartkrant in huis gekregen. Er is echter niet bewust gezocht naar samenwerking met GVO organisaties, opdat zij hun akties tegelijkertijd op dit probleem zouden richten en niet een jaar eerder of later. Ook is door deze organisaties geen inspraak gegeven op de keuze van het onderwerp van de Hartweek.

#### *OORZAKEN VAN DE GERINGE SAMENWERKING*

##### *- Verschil in taakopvatting*

De nationale gespecialiseerde GVO organisaties zien het veelal als hun taak om oplossingen te bieden voor gezondheidsproblemen om niet te zeggen oplossingen te propageren. Hun criterium voor succes is minder cariës, minder sterfte aan hart- en vaatziekten e.d. De GVO-consultanten zien hun taak meer in het begeleiden van het proces van het zoeken naar een oplossing voor gezondheidsproblemen. Zij zijn niet deskundig t.a.v. de oplossingen, maar t.a.v. de methode om oplossingen te vinden. Zij vinden dan ook vaak niet dat mensen moeten vermageren, maar dat zij hun gewicht zelf onder controle moeten kunnen houden. Mensen mogen dik zijn, mits dit gebaseerd is op een weloverwogen keuze.

In de tijd die mij ter beschikking staat, moet ik dit wel wat chargeren. U kunt dit zelf wel meer nuanceren.

Toch is deze tegenstelling in taakopvatting niet zo groot als hij op het eerste gezicht lijkt. Een weloverwogen keuze impliceert een zo goed mogelijk inzicht in de te verwachten gevolgen van de keuze en derhalve kennis van de meest recente onderzoeksresultaten op dit gebied. Het aantal mensen dat bewust kiest voor veel roken, wetende dat dit de kans om voor zijn 50ste jaar te sterven aanmerkelijk vergroot, is beperkt.

- *Vershil in aandachtsvelden*

De nationale gespecialiseerde organisaties moeten hun aandacht uiteraard richten op hun "ziekte/probleemgebied". Vaak moeten zij daarbij ook nog rekening houden met de invloed, die hun campagne kan hebben op hun fondsenwerving om de continuïteit van hun activiteiten te kunnen garanderen. Daarom is het aantrekkelijk de eigen identiteit duidelijk te handhaven. Binnen dit probleemgebied wordt bij de keuze van aandachtspunten bij sommige van deze nationale organisaties sterk rekening gehouden met epidemiologische gegevens over de ernst van verschillende gezondheidsproblemen en de mogelijkheden om deze door gedragsverandering te voorkomen.

De meeste GVO-consulenten hebben weinig geleerd dergelijke epidemiologische gegevens te benutten, maar mede door hun opleiding zijn zij veel meer geneigd uit te gaan van de door de bevolking gevoelde behoefte aan voorlichting. Soms krijg ik daarbij de indruk dat het meer gaat om het beeld dat de GVO consultant heeft van deze behoeften. Dit beeld kan gekleurd zijn door zijn eigen deskundigheid en/of zijn eigen waardenoordelen en door de in zijn sociale omgeving heersende opvattingen. Op verschillende gebieden, b.v. het feminisme, leert de ervaring dat de door de bevolking gevoelde behoeften in zekere mate te beïnvloeden zijn door gerichte campagnes. Wordt daar altijd voldoende rekening mee gehouden?

Hoe is het mogelijk een gesprek op gang te brengen tussen de nationale gespecialiseerde organisaties en de GVO consulenten over de prioriteitenkeuze bij de GVO? Uit de reacties op de conceptadviezen van de Commissie Nationaal Plan GVO blijkt duidelijk dat er bij veel GVO'ers grote weerstanden bestaan tegen het meewerken aan prioriteiten, die op nationaal niveau zijn gekozen. Anderzijds zie ik niet hoe zonder een dergelijke keuze de nationale massamedia op een effectieve wijze benut kunnen worden voor de GVO. Bovendien zie ik grote verschillen in de behoefte aan GVO tussen verschillende sociale groepen in Nederland, maar slechts betrekkelijk kleine verschillen tussen de verschillende regio's op enkele uitzonderingen na, b.v. het drugsgebruik in Amsterdam. GVO die geen gebruik maakt van de nationale massamedia, zal vrijwel altijd een groot deel van de groep, die kampt met het betreffende gezondheidsprobleem, niet bereiken. Met de plaatselijke en regionale massamedia en/of intermediaire kaders zullen we in de regel slechts een deel van de doelgroep kunnen bereiken. Een uitzondering vormt de GVO in het basisonderwijs, maar als we langs deze weg het Nederlandse volk willen bereiken dan kost dat nog een 50 jaar. Tegen die tijd zijn er ongetwijfeld nieuwe gezondheidsproblemen.

- *Bereikbaarheid van GVO-ers*

Veel nationale gespecialiseerde organisaties werken met een betrekkelijk kleine staf, omdat zij geen groot deel van de collecteopbrengsten, waaruit zij in belangrijke mate gefinancierd worden, willen besteden voor bureau-activiteiten. Zij kunnen daarom slechts een beperkte tijd besteden aan overleg met lokaal en regionaal werkende GVO'ers. Op dit niveau is de GVO in Nederland echter versnipperd. Voor een deel van hen bestaat binnen de Nationale Kruisvereniging een coördinatiepunt, maar anderen werken bij GG&GD'en of DGD'en of bij regionale projecten zonder dat er een duidelijk nationale coördinatie bestaat, behalve informeel overleg binnen de Nederlandse Vereniging voor GVO. Daardoor vereist het van de nationale gespecialiseerde GVO organisaties veel tijd om een samenwerking op te bouwen met de lokaal en regionaal werkende GVO'ers. Daar deze tijd veelal niet beschikbaar is, vind ik het begrijpelijk dat deze nationale organisaties zich buiten de GVO consultants om rechtstreeks tot het publiek wenden. Een gevolg hiervan is wel dat het voorlichtingsmateriaal dat zij maken niet altijd voldoende is afgestemd op de behoeften van de voorlichters, die daarmee zouden moeten werken.

Is het niet wenselijk te komen tot een betere coördinatie tussen de lokaal en regionaal werkende GVO'ers?

*DOELMATIGHEID*

In de afgelopen 10 jaar is de GVO in Nederland zeer snel in omvang gegroeid. De bereidheid heeft bestaan om hier aanzienlijk meer middelen voor ter beschikking te stellen. De laatste tijd echter hoor ik bij degenen die moeten beslissen over de toewijzing van deze middelen, heel wat twijfel over de vraag of dit wel een juiste beslissing is geweest. Levert dit wel de verbetering op in de gezondheidstoestand waar we op gehoopt hadden of is het voor een belangrijk deel weggegooid geld geweest? Ik geloof dat het voor ons voortbestaan essentieel is dat we ons serieus met deze vraag gaan bezig houden. Daarbij zal ook de vraag aan de orde moeten komen of door een nauwere samenwerking tussen de nationale gespecialiseerde GVO-organisaties en de lokaal en regionaal werkende GVO'ers een groter effect bereikt kan worden dan tot dusverre. Daarbij lijkt het mij wenselijk om te bespreken of mijn veronderstellingen omtrent de oorzaken van de geringe samenwerking juist zijn of dat er ook andere oorzaken zijn, en hoe we tot een betere samenwerking zouden kunnen komen.