

VOORLICHTINGSMANAGEMENT: VOORLICHTING OP MAAT

Dr. E.R.Seydel⁷

I. Inleiding

Voorlichting op maat. Hiermee wil ik verwijzen naar de voorwaarde om voorlichting passend te maken voor een bepaalde doelgroep. Ik wil daarmee ook verwijzen naar het begrip maat als een wezenlijk onderdeel van ritme. Ook voorlichting hoort op het juiste moment gegeven te worden, niet te vroeg, niet te laat en vooral niet te veel. Voorlichtingsmanagement is hierbij een belangrijk aspect.

Door de Nederlandse Kankerbestrijding is aan ons toegekend het landelijk research zwaartepunt "*Psychosociale aspecten van mamma-screening en -behandeling*". Dit onderzoekszwaartepunt vormt een nieuwe lijn van onderzoek binnen de Universiteit Twente, waarvan de eerste acht jaar door het KWF worden gefinancierd. In deze onderzoekslijn trachten we met onze onderzoeksgroep voor het traject van screening, verdere diagnose en behandeling na te gaan waarom een bepaalde vorm van voorlichting en begeleiding moet worden gegeven ("know why") en hoe en wanneer voorlichting moet worden verstrekt ("know how"). Dit wordt verduidelijkt in schema 1.

Ons onderzoek zou moeten leiden tot een reservoir van kennis ("knowledge") en tot een arsenaal aan methoden van voorlichting en begeleiding. Wij willen daarbij uitdrukkelijk een integratie tot stand brengen tussen onderzoek en praktijk. Vandaar dat wij een formeel samenwerkingsverband hebben met het Integraal kankercentrum Stedendriehoek Twente. Voorts participeren tal van organisaties en stichtingen op het terrein van de borstkankerscreening -en behandeling in onderzoeksprojecten. Hierbij weten wij ons gesteund door de Zieken-

⁷ Vakgroep Psychologie, Universiteit Twente; Universitair Hoofddocent.

fondsraad.

Schema 1: Vragen en antwoorden rond voorlichting bij het bevolkingsonderzoek borstkanker.

Psycho-sociale aspecten van voorlichting en -begeleiding bij mamma-screening en -begeleiding					
Onderzoeksvragen en screeningstraject					
	maatschappelijk draagvlak	algemene voorlichting	screening	verdere diagnose	medische behandeling
know-why (analyse)	x	x	x	x	x
know-when (planning)	x	x	x	x	x
know-how (uitvoering)	x	x	x	x	x
└─ leidend tot: KNOWLEDGE					

Omdat u vandaag vooral informatie krijgt, die voor uw praktische werk interessant kan zijn, wil ik u als projectleider van het onderzoekszwaartepunt, vooral het kader schetsen waarin en lijnen uitzetten waartegen onze praktische aanbevelingen geplaatst moeten worden.

Uitgangspunt is dat effectieve, planmatige voorlichting gebaseerd is op gegevens uit epidemiologisch en sociaal wetenschappelijk onderzoek. U moet hierbij denken aan onderzoek dat op de praktijk is gericht. De voorlichting tracht enerzijds vrouwen te motiveren om aan het bevolkingsonderzoek borstkanker deel te nemen, anderzijds om vrouwen te helpen om die keuze te kunnen maken.

II. Instrumenten van organisaties

Voorlichting vindt doorgaans plaats in een organisatorische context met specifieke doelen. Om deze doelen te bereiken dient men een reeks van activiteiten te ontwikkelen die bijdragen aan het bereiken van het doel. Deze activiteiten vloeien voort uit het *organisatiebeleid*. Dit laatste behelst de formulering van doelen, de inzet van middelen of instrumenten, zoals regels, voorzieningen of voorlichting, om de doeleinden te bereiken en het uitzetten van een tijdpad. In het beleid kan men in het algemeen twee fasen onderscheiden, te weten de fase van de vormgeving of voorbereiding en de fase van de uitvoering van beleid. Het dient als richtsnoer voor de ontwikkeling van activiteiten.

Hoewel de afdeling die zich bezighoudt met communicatie, zoals een afdeling GVO van een GGD, uitgaat van het beleid van de gehele organisatie kent zij een eigen *communicatie- en voorlichtingsbeleid*. Bij de ontwikkeling van het communicatiebeleid staat de vraag centraal in hoeverre communicatie, bijvoorbeeld in de vorm van voorlichting, naast de inzet van andere instrumenten van beleid, kan bijdragen aan de doelen van de organisatie. Op basis van het communicatiebeleid formuleert men één of meer alternatieve *communicatiestrategieën*. Tevens wordt bepaald welke kosten aan een strategie verbonden zijn.

De ontwikkeling van communicatiestrategieën en -plannen vormt niet een op zichzelf staande activiteit, maar staat *altijd* ten dienste van het algemene beleid van een bepaalde organisatie. De organisatie beschikt, zoals we hierboven aangaven, ook over andere middelen instrumenten om dat beleid uit te voeren. Bijvoorbeeld, ten aanzien van de doel van de gezondheidszorg variërend van positieve gezondheid tot en met permanente zorg, kennen we naast een systematische inzet van het instrument voorlichting, ook het instrument voorzieningen en regelingen, zoals in schema 2 is weergegeven. Een dergelijke systematische aanpak geldt ook voor voorlichting en begeleiding rond het bevolkingsonderzoek op borstkanker. Er is vanuit het managements- of coördinatiestandpunt gezien altijd sprake van het

beschikbaar stellen van voorzieningen, regels die opgevolgd moeten worden om op een juiste manier gebruik te maken van die voorzieningen en iemand die vertelt dat het nuttig is om van die voorziening gebruik te maken.

Schema 2: Instrumenten van beleid van een organisatie

MIDDELEN	DOELEN				
	positieve gezondheid	primaire preventie	vroege opsporing	bevorderen van herstel	permanente zorg
Voorlichting					
Voorzieningen					
Regulering					

III. Voorlichting en verantwoordelijkheid

Op de relatie tussen voorlichting en verantwoordelijkheid wil ik nu nader ingaan. Deelnemers aan het bevolkingsonderzoek hanteren bij de besluitvorming tot deelname strikt individuele motieven die in hoge mate bepaald worden door persoonlijke evaluaties, verantwoordelijkheden en ingrijpende gebeurtenissen in de privésfeer, zoals het overlijden van de partner. Tegenover deze individuele belangen en verantwoordelijkheden staan belangen vanuit het oogpunt van de algemene volksgezondheid. Discussies over het nut en de inhoud van de voorlichting zijn doorgaans terug te voeren op varianten op het thema van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de gezondheid en het

ontstaan van problemen daarbij. Rosenstock⁸ geeft een heldere classificatie voor deze verantwoordelijkheidsproblematiek. Deze verantwoordelijkheidsmatrix is weergegeven in schema 3.

Schema 3: Visies binnen de verantwoordelijkheids-matrix.

Verantwoordelijkheid en gezondheid (Rosenstock, 1990)			
		verantwoordelijk voor probleem	
		zelf ander	
verantwoordelijk voor oplossing	zelf	<i>morele visie</i>	<i>coöperatie-visie</i>
	ander	<i>inzicht visie</i>	<i>medische visie</i>

Centrale vragen daarbij zijn: "Wie is verantwoordelijk voor het ontstaan of de aanwezigheid van een gezondheidsprobleem?" en "Wie is verantwoordelijk voor de oplossing of verlichting van het probleem?". Op basis van deze vragen kunnen we een matrix samenstellen van visies op de verantwoordelijkheidsvraag. Elke visie heeft direct gevolgen voor de wijze waarop men het nut van voorlichting en begeleiding interpreteert. In de eerste plaats is daar de *morele visie*. Deze gaat ervan uit dat individuen zelf verantwoordelijk zijn voor het probleem en voor de oplossing. In de voorlichtingsliteratuur wordt hieraan het begrip "*victim blaming*" toegekend, dat wil zeggen dat mensen verantwoordelijk

⁸ Rosenstock, I.M. (1990). The past, present and future of health education. In: K.Glanz, F.M.Lewis & B.K.Rimer (Eds.), *Health behavior and health education*. (pp. 405-420). San Francisco: Jossey-Bass.

zijn voor het eigen gedrag en ook voor de gevolgen daarvan.

De *eigen inzicht visie* gaat er daarentegen vanuit dat mensen wel weten dat ze zelf de oorzaak kunnen zijn een bepaald probleem, maar tegelijkertijd is er het besef dat ze de oplossing alleen maar kunnen vinden, wanneer ze de aanbevelingen van een ander opvolgen.

De *coöperatie-visie* gaat ervan uit dat mensen niet verantwoordelijk hoeven te zijn voor een bepaald probleem. Er kan evenwel terecht een beroep op hen gedaan worden om mee te werken aan de oplossing van het probleem. Daarbij kan de hulp van anderen worden ingeroepen, maar individuen blijven primair zelf verantwoordelijk om aan het probleem te werken.

Tenslotte de *medische visie*. Volgens deze visie zijn mensen niet echt verantwoordelijk voor de bron van hun probleem, evenmin voor de oplossing daarvan. De oorzaak van het probleem kan klein zijn (micro-organismen) of heel groot en diffuus, zoals de complexe samenleving. Het individu wordt in zekere opzichten als een slachtoffer beschouwd. Alleen deskundigen, zoals artsen, kunnen hulp bieden. Volgens deze zogenoemde hulp van boven af-visie is de enige verantwoordelijkheid van het individu om de aanbevelingen op te volgen, dus om de uitnodiging te accepteren om aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen.

Aan de hand van deze verantwoordelijkheids-matrix kan men de varianten op inzichten en discussies omtrent het nut en de aanpak van voorlichting en begeleiding in kaart brengen. Deze matrix kan ook helpen om aan te geven waarom men voor een bepaalde aanpak in de voorlichting kiest. Vooral de twee laatste visies, de medische en de coöperatie-visie komen vaak aan de orde in discussie over de wijze, waarop voorlichting rond het bevolkingsonderzoek borstkanker ingericht zou moeten worden.

IV. Strategisch management van voorlichting

Er bestaat een aanzienlijke kennis op het terrein van de voorlichting, zoals uit de praktijk blijkt. En daarmee dus ook voorkeuren van voorlichters voor bepaalde interventies. Vanuit het

standpunt van het beleid zal men zich ongetwijfeld op het hoofd krabben en afvragen of deze waaier aan benaderingen wel zo verstandig is en of niet alle neuzen in één richting zouden moeten wijzen. Weer anderen stellen dat elke voorlichtster in beginsel in staat moet worden gesteld haar eigen voorlichtingsstrategie te ontwikkelen. Het probleem is echter wat complexer, want de werkelijke vraag is namelijk "*onder welke omstandigheden biedt een bepaalde voorlichtingsstrategie de meeste kans op succes*", met bijvoorbeeld de participatiegraad als meetpunt. De vraag of we met een bepaalde voorlichtingsstrategie in zee gaan kunnen we als volgt trachten te beantwoorden.

Het nut van voorlichting wordt in feite bepaald door twee factoren, namelijk enerzijds het voordeel dat vrouwen bij de voorlichting hebben en anderzijds de kosten die met een bepaald voorlichtingsinterventie voor de organisatie gemoeid zijn. Het voordeel kan groot zijn, vrouwen zijn bijvoorbeeld door de voorlichting gerustgesteld, minder angstig geworden, maar de voordelen kunnen ook laag zijn; vrouwen zien geen enkel nut in de informatie. Het financieel-economische voordeel kan laag zijn, de voorlichting is kostbaar, arbeidsintensief enz. of onbekend, maar dat voordeel kan ook relatief groot zijn, daar de kosten van een bepaalde vorm van voorlichting erg laag zijn. Het voorlichtingsbeleid dat men op grond van deze twee criteria kan ontwikkelen kan men in de volgende matrix onderbrengen. Deze matrix (schema 4) heb ik overigens aan Lawrence Green⁹ ontleend.

Het beleid in een situatie zoals in kwadrant 1 (hoog economisch voordeel, hoge baten voor de vrouw) houdt in dat de voorlichter enthousiast verder kan gaan met haar werk en ge-complimenteerd wordt door het bestuur. Voor een situatie zoals in kwadrant 2 (laag of onbekend economisch voordeel, maar veel baten voor de vrouw resulterend in een hogere motivatie om aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen) geldt dat meer toegepast onderzoek moet worden verricht naar de relatie tussen kosten en effectiviteit van de interventies. Uitgaande van

⁹ Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Palo Alto; Mayfield.

een situatie zoals in kwadrant 3 (dat wil zeggen weinig of onbekende voordelen voor de deelnemers en relatief hoge kosten voor de organisatie) zou het beleid zich meer moeten richten op de ontwikkeling van innovatieve programma's en evaluatie van deze programma's.

Schema 4: Kosten-baten matrix van voorlichting

Prioriteitenmatrix voorlichting rond bevolkingsonderzoek borstkanker		
<i>baten voor deelnemers</i>		
	<i>hoog</i>	<i>laag of onbekend</i>
<i>hoog</i>	1	3
<i>financieel/ economisch voordeel</i>		
<i>laag</i>	2	4

Wie beleid voert in de situatie van kwadrant 4, werkt met veel onzekerheden: de gehanteerde voorlichtingsactiviteit kent weinig of onbekende economische voordelen voor de organisatie en weinig of onbekende voordelen voor de vrouwen. Een goed bestuur zal dergelijke activiteiten stop zetten en er de voorkeur aan geven om financiën te besteden ten behoeve van activiteiten uit een van de andere kwadranten, waar kosten en effectiviteit van voorlichtingsprogramma's onderhevig zijn aan evaluatie. Hiermee wordt het belang van op de praktijk toegepast onderzoek reeds aangegeven als basis voor zorgvuldig opgezette planmatige voorlichtingsinterventies.

In het voorgaande gaat het in feite steeds om de relatie tussen resultaten van een interne analyse van een organisatie en

de effecten van externe analyse. Bij de interne analyse worden relevante kenmerken en ontwikkelingen van de organisatie zelf in kaart gebracht, zoals de visie die men vanuit voorlichtingskundig standpunt heeft op de eigen verantwoordelijkheid van individuen, inschattingen van het aantal te bereiken individuen, visie op en uitwerkingen van wijzen, processen en kwaliteit van de dienstverlening aan de deelnemende vrouwen, mogelijkheden op financieel gebied. Bij externe analyses gaat het onder meer om financieel-economische ontwikkelingen, demografische en epidemiologische ontwikkelingen, wet- en regelgeving, sociaal culturele ontwikkelingen, patiëntenstromen, verwijzingscircuits en dergelijke. Uit de beschrijving en interpretatie van de van de relatie tussen interne en externe analyses kan men een aantal beleidslijnen afleiden. Deze kunnen betrekking hebben op de urgentie van een probleem, zoals:

- o de dreiging van een plotselinge lage opkomst in een bepaalde wijk,
- o de mogelijkheid om hier door middel van voorlichting iets aan te doen,
- o de haalbaarheid van deze oplossing binnen een bepaalde termijn, onder meer gezien de financiële randvoorwaarden en beschikbare middelen,
- o de wenselijkheid en zinvolheid van een oplossing op dat moment.

V. Optimale voorlichting: de Minimale Interventie Strategie

Door ons onderzoek in de afgelopen twaalf jaar naar psychosociale aspecten van gezondheid en ziekte, komen wij bijvoorbeeld steeds meer tot het besef dat we toe moeten naar een optimale voorlichtingsbenadering, waarbij via een doelgerichte inspanning een maximaal resultaat wordt behaald. We noemen deze strategie de *Minimale Interventie Strategie*. Het begrip minimaal doet vermoeden dat de voorlichter achterover kan leunen en alleen de positieve resultaten hoeft af te wachten. Niets is minder waar. De voorlichter is actief bezig met een

zorgvuldige analyse van het veld, van de doelgroepen van mogelijke problemen in reacties van het publiek, in opkomstcijfers. Het begrip minimaal verwijst naar de gedachte dat men individuen niet zonder meer moet bestoken met informatie, voorlichtingsavonden, wijkgebonden acties. Op nauwgezette wijze dient men na te gaan of een voorlichting wel zo noodzakelijk is en welke vorm van voorlichting er in een bepaald geval ingezet moet worden.

In de Minimale Interventie Strategie worden neutrale, basale, kortdurende, maar op de doelgroep afgestemde voorlichting-interventies gegeven. Daarbij worden als stappen ondernomen, *het informeren, het motiveren, het wegnemen van barrières, gevolgd door een uitnodiging voor deelname*. Deze methode hebben we op andere terreinen van de gezondheid, zoals bij stoppen met roken, met succes toegepast. Bovendien worden wij in deze benadering gesterkt door de recente onderzoeksbevindingen (zie de bijdragen van Kluft en Boer in dit boek).

Om de voorlichting te optimaliseren vormen planning en beheer essentiële onderdelen van de Minimale Interventie Strategie.

Schema 5: Essentiële kenmerken van optimale voorlichting volgens de Minimale Interventie Strategie.

- o Kortdurende minimale basisinformatie
- o Sterk gesystematiseerd en gestructureerd
- o Toegesneden op kenmerken van een bepaalde situatie
- o Gebaseerd op:
 informeren -> motiveren -> barrières wegnemen ->
 uitnodigen / afspraak maken

VI. *Planning en beheer*

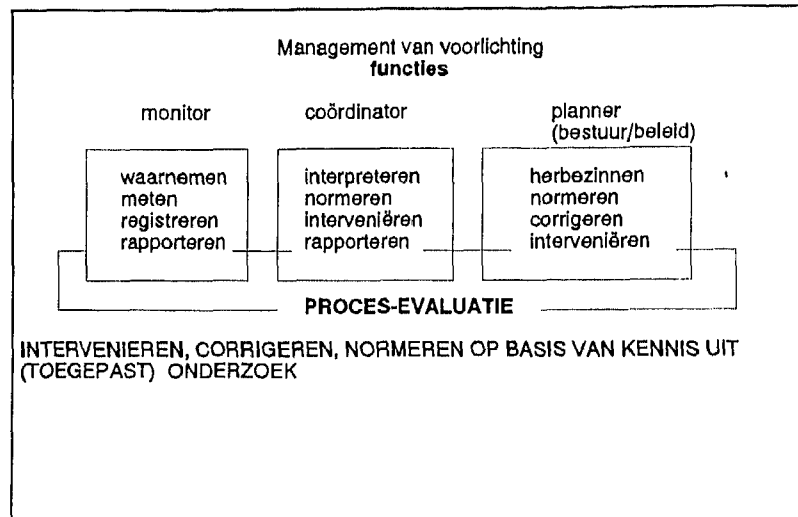
Bij management van de screeningseenheid en bij management van voorlichting kan men een onderscheid maken tussen planning en beheer.

- o *Planning:*
Alle activiteiten nodig voor het formuleren van een plan (een samenhangend geheel van besluiten omtrent na te streven doelen, trajecten en tijdslimieten).
- o *Beheer:*
Het feit dat inspanningen van een organisatie op efficiënte wijze gericht zijn en blijven op het verwezenlijken van de gestelde doelen.

Planning heeft betrekking op de keuze van organisatiedoelen, bijvoorbeeld het realiseren van een bepaalde participatiegraad en het op een tijdpad uitzetten van (toekomstige) activiteiten om de doelen te bereiken. Eén van die activiteiten is voorlichting. *Beheer* is er op gericht om de inspanningen van de organisatie op efficiënte, dat wil zeggen doelmatige wijze, te richten op het verwezenlijken van de gestelde doeleinden (doelgerichtheid). Bij het beheer kan men gebruik van verschillende vormen van evaluatie. Procesevaluatie is er één van. Het gaat hierbij om de waarneming, melding en beoordeling van actuele of dreigende verschillen tussen feitelijke en geplande kenmerken van de uitvoering, zoals een mogelijke discrepantie tussen opkomstnorm (bijvoorbeeld 70%) en de opkomstintentie van een bepaalde groep vrouwen.

Het proces van beheersing omvat een monitorfunctie, een coördinatiefunctie en een plannersfunctie (zie schema 7).

Schema 7: Elementen van het proces van beheersing



De monitorfunctie en de coördinatiefunctie kunnen samenvallen, veelal zijn zij gescheiden. De monitorfunctie houdt in dat er gemeten, geregistreerd en gerapporteerd wordt aan de aan de coördinator. Deze vergelijkt als onderdeel van de procesevaluatie de metingen met de normen en neemt zondig voor de toekomst corrigerende maatregelen. Indien de correctie niet door hem kan worden uitgevoerd omdat dit buiten zijn competentie valt, bv. door de hoge kosten die ermee gemoeid zijn, rapporteert de coördinator aan de planningsgroep, veelal het bestuur. Dit bestuur zorgt voor een eventuele aanpassing van het beleid. Het is van belang of een gesignaleerde afwijking toevallig is of systematisch en wat daarvan de oorzaken zijn. Ook hier wordt de binding tussen voorlichting, management en onderzoek duidelijk.

Een aanpak waarin epidemiologisch onderzoek, naast psycho-sociaal onderzoek en naast procesevaluatie, vreedzaam naast elkaar worden ingezet kan bijvoorbeeld resulteren in een *topografie*, een beschrijving van kenmerken van screeningsgebieden, van kenmerken van de deelnemers in een bepaalde

regio op grond waarvan zorgvuldig opgezette voorlichting op maat kan worden gegeven. Een tweede opbrengst van deze aanpak is het beschikbaar komen van effectieve voorlichtingsstrategieën.

VII. Slot

U zult het vandaag herhaalde malen horen, vrouwen kennen hun eigen verantwoordelijkheden en zijn heel loyaal aan de zaak. Maar met deze constatering zijn we er nog niet, er moeten door onderzoek nog veel vragen beantwoord worden, zoals:

- o Welke factoren beïnvloeden non-participatie?
Onderzoek: analyse van determinanten en beoordeling van kenmerken van de organisatie.
- o Hoe ontwikkelt zich en wat bepaalt de participatiegraad, gemeten over verschillende screeningsrondes?
Onderzoek: longitudinaal onderzoek in verschillende regio's.
- o Levert voorlichting een bijdrage aan maximalisering van deelname?
Onderzoek: Regionale vergelijking van voorlichting en kenmerken van organisaties.
- o Hoe reageren vrouwen op een (vals-)positieve uitslag?
Onderzoek: vooral kwalitatief, interviews.
- o Afstemming van vraag en aanbod ten aanzien van psychosociale zorg?
Onderzoek: gesprekken met hulpverleners en hulpvragers.

Door deze vragen zo goed mogelijk te beantwoorden, willen wij u helpen om na te gaan hoe dat het beste moet, welke methoden de meest effectieve zijn, waarbij (en dat is ons uitgangspunt) volstrekt recht wordt gedaan aan de belangen van de vrouw zelf. In dit verband pleiten wij voor een psychosociale

evaluatie als een vast onderdeel naast de medisch technische-evaluatie.

Uitgangspunt is in ieder geval om alleen voorlichting te geven als dat strikt noodzakelijk is, als die voorlichting op maat gemaakt is en in beginsel in het eerste kwadrant van de kosten-baten matrix past (veel voordelen voor vrouwen en relatief lage kosten voor de organisatie). Wij pleiten in dit kader voor optimale voorlichting volgens de Minimale interventie strategie, dat wil zeggen dat wij, na zorgvuldige analyses, op gezette tijden moeten blijven informeren om een maatschappelijk draagvlak te creëren, waarin men positief staat en blijft ten opzichte van het bevolkingsonderzoek. Dat informeren moet recht doen aan de eigen keuze van de vrouw. Maar als voorlichter moet men vrouwen wel blijven motiveren om tot deelname te besluiten. Voorts dient men vanuit organisatorisch oogpunt zo veel mogelijk barrières weg te nemen om de deelname te bevorderen.