

20. Houwink, B., Jager, W. O. R. de (1971): De gezondheidstoestand van de gingiva in gebieden met en zonder gefluorideerd drinkwater. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 78: 218.
21. Jay, P. (1947): Reduction of oral *Lactobacillus acidophilus* counts by periodic restriction of carbohydrate. *Am J Orthod* 33: 162.
22. Johansen, E. (1963): Mechanism of hard tissue destruction. *Am Assoc Adv Sci*, Washington DC.
23. Kalsbeek, H. (1972): Schooltandverzorging. Een sociaal-tandheelkundig onderzoek bij rekruten. Proefschrift, Utrecht.
24. Klein, H. (1946): The family and dental disease: IV. dental disease (DMF) experience in parents and offspring. *J Am Dent Assoc* 33: 735.
25. Klock, B., Krasse, B. (1977): Microbial and salivary conditions in 9 to 12 year old children. *Scand J Dent Res* 85: 56.
26. Klock, B., Krasse, B. (1979): A comparison between different methods for prediction of caries activity. *Scand J Dent Res* 87: 129.
27. Larsen, M. J. (1974): Chemically induced in vitro lesions in dental enamel. *Scand J Dent Res* 82: 496.
28. Leung, S. W. (1965): Role of saliva in caries resistance. In: Caries resistant teeth. Wolstenhome, G. E. W. ed. J. & A. Churchill Ltd., Londen.
29. Mandel, J. D. (1974): Relation of saliva and plaque to caries. *J Dent Res* 53: 246.
30. Martinsson, T. (1972): Socio-economic investigation of school children with high and low caries frequency: III. a dietary study based on information given by the children. *Odontol Rev* 23: 93.
31. Minah, G. E., Loesche, W. J. (1977): Sucrose metabolism in resting-cell suspensions of caries associated and non-caries associated dental plaque. *Infection and Immunity* 17: 43.
32. Minah, G. E., Loesche, W. J. (1977): Sucrose metabolism by prominent members of the flora isolated from cariogenic and non cariogenic dental plaques. *Infection and Immunity* 17: 55.
33. Moore, B. W., Carter, W. J., Dunn, J. K., Fosdick, L. S. (1956): The formation of lactic acid in dental plaques: I. Caries-active individuals. *J Dent Res* 35: 778.
34. Pilot, T. (1968): Een reproduceerbare methode ter beoordeling der mondhygiëne. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 75: 602.
35. Richardson, A. S., Boyd, M. A., Conry, R. F. (1977): A correlation study of diet, oral hygiene and dental caries in 457 Canadian children. *Comm Dent Oral Epidemiol* 5: 227.
36. Shaw, L., Murray, J. J. (1980): A family history study of caries resistance and caries susceptibility. *Br Dent J* 148: 231.
37. Schröder, V., Lindström, L. G., Olsson, L. (1981): Interview or questionnaire? A comparison based on the relationship between caries and dietary habits in preschool children. *Comm Dent Oral Epidemiol* 9: 79.
38. Stanton, G. (1969): Diet and dental caries: the phosphate sequestration hypothesis. *N.Y. State Dent J* 35: 399.
39. Stephan, R. M. (1944): Intraoral hydrogen ion concentrations associated with dental caries activity. *J Dent Res* 23: 257.
40. Stoppelaar, J. D. de, Houde, J. van, Backer Dirks, O. (1970): The effect of carbohydrate restriction on the presence of *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, and lodo-philic polysaccharide producing bacteria in human dental plaque. *Caries Res* 4: 114.
41. Strålfors, A. (1950): Investigations into the bacterial chemistry of dental plaques. *Odontol Tidsk* 58: 155.
42. Theuns, H. M. (1982): Persoonlijke mededeling.
43. Vratsanos, S. M., Mandel, J. D. (1982): Comparative plaque acidogenesis of caries-resistant vs. caries-susceptible adults. *J Dent Res* 61: 465.
44. Weiss, R. L., Trithard, A. M. (1960): Between-meal eating habits and dental caries experience in pre-school children. *Am J Publ Health* 50: 1097.
45. Winkler, K. C., Backer Dirks, O. (1959): De tandplaque. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 66: 791.

Oktober 1982.

Sorbonnelaan 16,  
3584 CA Utrecht.

## GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING . . . TOEN EN NU

W. ROUWENHORST\*)

Trefwoorden: Gedragwetenschappen – Sociale tandheelkunde – (T.)G.V.O.

Met veel genoegen heb ik de uitnodiging aanvaard om mee te werken aan het symposium ter gelegenheid van het afscheid van Prof. Backer Dirks.

De relatie tussen hem en de G.V.O. in Nederland waar ik sinds 1963 nauw bij betrokken ben is welhaast zo oud als de G.V.O. zelve. En uit diezelfde periode dateren ook de contacten tussen hem en mij.

In die tijd, zo in het midden van de jaren '60 was er nog weinig bekendheid

en vooral nog weinig eenstemmigheid over het begrip gezondheidsvoorlichting (G.V.O.). Weliswaar lag er het in 1962 uitgebrachte en op zichzelf voortreffelijke Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over G.V.O. Maar dat riep, althans voor de uitvoering en zeker voor het terrein van de tandheelkunde evenveel vragen op als het beantwoordde. Ook voor mijzelf, die, komende uit het onderwijs en de sociale wetenschaps-hoek geacht werd er iets meer van te begrijpen, was G.V.O. een tamelijk vage aangelegenheid. Zoveel te meer was dat het geval voor hen die een natuurwetenschappelijke achtergrond hadden. En in de gezondheidssector is dat bij velen het geval. Boven-

## Samenvatting:

In de loop der jaren is de gedachtenontwikkeling met betrekking tot G.V.O. als component van gezondheidszorg duidelijk geëvolueerd. Van een in zekere zin mechanistische opvatting – G.V.O. als een instrument naar believen te gebruiken door de werkers – verschoof het accent naar de erkenning dat G.V.O. een proces is waarin veel factoren een rol spelen; dat alleen samenwerking met het cliëntsysteem kans van slagen biedt. Maar er is meer. Op dit ogenblik wordt de inhoud van 'gezondheid' en ook van G.V.O. bepaald door wetenschap en professie. Via vele wegen sijpelt die dan door naar het publiek, 'downstream' als het ware. Meer echter nog dan tot nu toe zal G.V.O. 'upstream' moeten werken met als uitgangspunt de vragen en problemen van de mensen zelf; en dat zowel op het niveau van primaire als dat van secundaire en tertiaire preventie.

dien was het wantrouwen tegen de verschillende 'gogen' ook toen al aanwezig.

Het is de grote verdienste geweest van

\*) Buitengewoon hoogleraar in de Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

Backer Dirks dat hij in die tijd – naast enkele sociaal geneeskundigen – komende uit de natuurwetenschappelijke hoek, van stonde aan de mogelijkheden van G.V.O. voor de tandheelkunde onderkende en in zijn ideeën over zorgverlening betrok.

In feite ontmoetten wij elkaar voor het eerst in een commissie over tandheelkundige voorlichting waarvan ik de naam vergeten ben. Het was in zekere zin een voorloper van de Commissie Mahler, maar met een wat meer multidisciplinaire samenstelling. Vanuit die commissie verdichtten de contacten zich rondom de voorbereiding en het begin van de uitvoering van het project Tiel. Ze bleven nog lang bestaan in verschillende begeleidingscommissies, in het Ivoren Kruis en diverse meer incidentele situaties.

Langzamerhand zijn de banden wat losser geworden, met name door de grote ontwikkelingen van de T.G.V.O. die steeds minder een beroep hoefde te doen op de algemene G.V.O.

Maar ik stel het zeer op prijs op dit symposium ook dit aspect van Backer Dirks' werk te releveren, hem te eren voor zijn brede inzicht met betrekking tot de mogelijkheden van G.V.O. in de tandheelkunde, en hem te danken voor zijn steun in de beginperiode.

Ik wil nu nog graag enkele opmerkingen maken over G.V.O. in het algemeen en over de ontwikkelingen die daarin te signaleren zijn in de achterliggende periode. Twee punten zal ik daarvan uitwerken; ze liggen in elkaars verlengde, maar het is toch zinnig ze te onderscheiden.

1. De veranderde inzichten over G.V.O. als functie en als component van gezondheidszorg;
2. De steeds duidelijker wordende noodzaak van gerichtheid op de problemen van de ánder; de ander die soms wel, soms niet patiënt is.

### 1. De veranderde inzichten

In de begintijd leefde – eigenlijk niet eens zo bewust – de gedachte dat G.V.O. (en ook T.G.V.O.) als het wa-

re een nieuw instrument was in handen van de gezondheidswerker, weliswaar niet helemaal gelijk maar toch vergelijkbaar met de rest van zijn instrumentarium. Het was aan hem of haar om uit te maken of dit instrument of een ander in een bepaalde situatie zou worden gebruikt; een soort mechanistische toepassing zogezegd. Backer Dirks placht te zeggen: 'Met de fluoridering hebben we in Tiel de tandcariës tot de helft gereduceerd, met voorlichting doen we de andere helft.' Een zeer stimulerende opstelling, al was ikzelf van de haalbaarheid ervan niet helemaal overtuigd; overigens zonder daar bewijzen voor te hebben.

Een zich ontwikkelende theoretische doordenking van het verschijnsel G.V.O. echter, en ook de praktische ervaring dat deze min of meer mechanistische toepassing niet het gewenste resultaat boekte, bracht langzamerhand wat meer duidelijkheid over het feit dat andere factoren in het voorlichtingsproces een rol spelen.

Mijn sociaal-wetenschappelijke achtergrond hielp mij om het steeds vaker aan de orde zijnde maatschappelijke verschijnsel 'voorlichting' nader te analyseren en een wat beter houvast te geven.

Het is natuurlijk gemakkelijk om de vele en nog steeds toenemende aandacht voor G.V.O. als een modeverschijnsel te betitelen. Dat is het zeker ook wel een beetje en dat doet de G.V.O. geen goed. Er wordt nl. veel te lichtvaardig gebruik van gemaakt en er worden als regel te hoge verwachtingen aan verbonden. Als die dan niet in vervulling gaan is de deceptie groot en is men geneigd met het badwater ook het kind weg te gooien.

En dan toch ook dit: zelfs modetrends komen niet zo maar uit de lucht vallen – in de regel hangen ze wel samen met bepaalde ontwikkelingen. Dat geldt ook voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. G.V.O. richt zich met name op al die factoren die een rol spelen bij de relatie tussen gezondheid of een gezondheidsprobleem en het gedrag van de mens. En juist in de problemen van onze tijd is dat gedrag dikwijls

een belangrijke, soms zelfs de voornaamste factor. Het beïnvloeden van dat gedrag – gezondheidsgedrag, met een lelijk woord – lijkt dan ook tenminste één van de mogelijkheden om de problemen te lijf te gaan.

Overigens is dat niets nieuws. Het is door de eeuwen heen gebeurd. Van oudsher door het uitvoeren van voorschriften. Oorspronkelijk waren die verweven in het hele cultuurpatroon, denk maar aan de vasten- en reinigingsvoorschriften uit Bijbel en Koran. In onze tijd worden ze duidelijk bewust aangewend als vormen van gezondheidszorg; op macro-niveau veelal als gezondheidsbescherming, op micro-niveau als individuele voorschriften, b.v. diëetregels. Hoezeer ze ook van aard verschillen, ze sturen het gedrag van de mens in een gewenste richting omdat ze hem tot bepaalde dingen dwingen (bijvoorbeeld het dragen van een bromfietshelm) of andere zaken onmogelijk maken (bijvoorbeeld het kopen van sommige geneesmiddelen).

In een wat latere fase, maar toch ook al van oudsher, is er een tweede mogelijkheid om gezondheidsgedrag te beïnvloeden, nl. door het aanbieden van 'zorg', in de regel was dat geneeskundige zorg. In alle culturen zijn er de heelmeesters, de doekoens, de sjamaans, de chirurgijns geweest, die bij ziekte of soms ook wel bij het voorkómen ervan, hun diensten verleenden. Veelal tegen betaling; soms gold ook het 'no cure – no pay'. In onze tijd heeft dat aanbod van zorg een formidabele omvang aangenomen. Men kan daarvan al of geen gebruik maken. In feite is die vrijwilligheid heel betrekkelijk als men eenmaal in de medische molen terecht is gekomen. Toch behoef ik alleen maar het woord schooltandverzorging te noemen om aan te geven dat er mogelijkheden zijn om een aanbod van zorg niet te accepteren.

Jaren-, eeuwenlang zijn het deze twee clusters – voorschriften en aanbod van zorg – geweest waarmee men gezondheidsgedrag probeerde te beïnvloeden en zodoende de gezondheid te beschermen of te restaureren. Veel is er

mee bereikt, maar toch niet zoveel als men verwachtte. Meer en meer is duidelijk geworden dat gezondheid – ook gebitsgezondheid – niet alleen van buitenaf áán de mens kan worden bewerkstelligd. Ook, en in veel gevallen zelfs voornamelijk, is de actieve medewerking van de mens zelf nodig. En daar ligt het aangrijpingspunt voor G.V.O. Niet door dwang, niet door een min of meer vrijblijvend aanbod, maar door mét mensen samen te werken, ze waar nodig te informeren en dan met hen samen te zoeken naar mogelijkheden tot oplossing van problemen in zijn of haar situatie. In trefwoorden gesteld: Niet alléén het 'gij zult' van het voorschrift, het 'wilt ge?' van het aanbod, maar als derde in de trits van beïnvloedingsmogelijkheden de toch wel dringende vraag: 'zullen we samen?'. Daarmee kom ik dan op mijn tweede gesprekspunt:

## 2. De gerichtheid op de ander

Het doel van G.V.O. is mensen er toe te bewegen zelf voor hun gezondheid en voor die van hun naaste zorg te dragen, zich ervan bewust te worden dát en hoeveel ze daar zelf aan kunnen doen en er verantwoordelijkheid voor te willen dragen. In de loop der jaren is daarvoor het woord zelfzorg ingeburgerd geraakt. G.V.O. kan daarbij hulp geven. Maar dat 'helpen zelf doen' lukt alleen als G.V.O. werkelijk aansluit bij de problemen waar de mensen zelf mee zitten. En dat is wat anders dan vragen naar een klacht en dan vanuit de professie daarvoor een oplossing bedenken.

Zeer onlangs was ik op een internationale conferentie over Health Education die geopend werd door de directeur-generaal van de W.H.O. (Mahler, 1982).

Tussen de vele gebruikelijke woorden die bij zo'n gelegenheid te berde worden gebracht, waren een paar zeer behartenswaardige opmerkingen.

Eigenlijk – stelde hij – wordt datgene wat 'gezond' is bepaald door de wetenschap of door de professie. Die kennis of soms ook wel die opvatting sijpelt dan langs vele directe en indirecte we-

gen naar beneden, naar het volk, dat wil zeggen 'downstream'. Als we echter werkelijk streven naar gezondheid voor allen (Alma Ata, 1979), dan moeten we onze zorg veel meer dan tot nu toe afstemmen op wat de mensen zelf aangaat, op hun zorgen en problemen en dan van daaruit 'upstream' werken.

Een groot deel van de gezondheidsvoorlichting ging en gaat ook nu nog inderdaad uit van wat de wetenschap goed vindt voor de mens.

Ietwat gechargeerd gezegd, komt G.V.O. dan bijna neer op zoiets als propaganda voor goed leven – goed in de ogen van de wetenschap. En als die mens, en dat zijn we op onze beurt allemaal, nu maar braaf dit doet en dát laat, en het rijtje van wat dat inhoudt kent u even goed als ik, dan zal als een soort beloning alles wel in het reine komen.

Eigenlijk is de hele G.V.O. op het niveau van primaire preventie – het helemaal voorkómen dat ziekten optreden – daardoor gekleurd.

De vraag ligt voor of dat de enige juiste kleur is. Want naast en soms nog zwaarder wegend dan deze 'downstream' werkende primaire preventie zijn daar de vele mensen met hun problemen als de situatie niet meer ideaal is. En dat zijn er vele. De tandartsen onder u weten maar al te goed hoe moeilijk mensen het vaak hebben als er iets aan hun gebit gaat mankeren en hoeveel angst er onder hen leeft. Dat geldt nog eens te meer als verder restaureren onmogelijk blijkt, als de situatie onomkeerbaar is en een volledige prothese noodzakelijk wordt. Met name op deze niveaus van secundaire en tertiaire preventie is 'upstream' werken de enige manier die werkelijk inhaakt op de behoefte van de ander. Het is wel duidelijk dat dan vanuit de wetenschap en door de professie relevante hulp en antwoorden kunnen worden aangereikt. Pas als de hulpverlening op deze wijze aansluit op de hulpvraag zal de G.V.O. en ook de T.G.V.O. een kwaliteit hebben bereikt waarbij ze inderdaad als volwaardige derde component fungeert.

Zover zijn we nog niet. De ontwikkeling evolueert in die richting, maar zo-

als zo vaak hinkt de feitelijke uitvoering nog bij de gedachtenvorming na.

En met die uitvoering – het op de ene of andere manier pogen het gedrag van anderen te beïnvloeden – is vrijwel iedereen die in de gezondheidszorg werkt op zijn tijd bezig. Mogelijk gebruikt hij daar niet de term G.V.O. voor, noemt hij het anders of noemt hij het helemaal niet, maar dat maakt geen verschil. Aan ons allen de taak om de G.V.O., die zo'n 15 jaar geleden voorzichtig begon, binnen het eigen werk tot een volwaardige component van zorg uit te bouwen en dat zowel binnen de primaire, als op de niveaus van secundaire en tertiaire preventie.

### Summary:

Title: Health education in the course of time. Over the years health education has evolved considerably. It started more or less as a new 'instrument' in the hands of health workers, for them to decide upon whether or not it should be used. Pretty soon the recognition grew that health education is a process in which many factors play a role and in which the participation of the client is a must. No longer talking to, but working with people became the catchword. But even that is not enough. Up till now science and profession determine what 'health' is and what the content of health education shall be. By several channels this message filters down to the public; 'downstream' as it were. However, if health education actually shall contribute to good quality health care on all levels of prevention, it needs to work 'upstream', taking as its starting point the problems and questions of people themselves.

### Literatuur:

1. *Centrale Raad voor de Volksgezondheid* (1962): Advies betreffende de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in Nederland. In: Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid no. 10, oktober.
2. *Mahler, Halvdan* (1982): The new look in health education. (Nog) niet gepubliceerd.
3. *Rouwenhorst, W.* (1977): *Leren gezond te zijn?* Samsom Uitgeverij, Alphen a.d. Rijn/Brussel.
4. *Rouwenhorst, W.* (1981): Om onze gezondheid, de rol van GVO. Samsom Uitgeverij, Alphen a.d. Rijn/Brussel.
5. *WHO Conferentie Alma Ata* (1977): 'Health for all by the year 2000'.

Oktober 1982.

Adres: Prof. Dr. W. Rouwenhorst,  
Stadionlaan 39,  
3583 RB Utrecht.