

## DE NOODZAAK VAN EEN BETERE AIDS-VOORLICHTING<sup>o</sup>

G.J. Kok\* en G.A.M. Widdershoven\*\*

*Voorlichting is thans het meest populaire middel ter bestrijding van Aids. De auteurs beargumenteren het blijvende belang van voorlichting; ook wanneer er een medicijn gevonden wordt. Een louter biomedische benadering van Aids zal falen.*

*Vorst wordt gepleit voor planmatige voorlichting, begeleid door onderzoek. Eerst moeten de determinanten van veilig en riskant gedrag bekend zijn. Kennis van risico's is niet voldoende. Goede voorlichting vereist een zorgvuldige afstemming op de doelgroep. Het veilig gedrag dient een gewoonte te worden. Een realistische kijk op de mogelijkheden en de grenzen van voorlichting is van groot belang voor een effectievere bestrijding van de Aids-epidemie.*

Aids vormt heden ten dage een serieus probleem voor de volksgezondheid. In de Verenigde Staten beschouwt de meerderheid van het publiek Aids als de ernstigste bedreiging voor de gezondheid (Gallup poll, oktober 1987). Ook in Nederland is het besef van de ernst van de Aids-problematiek doorgedrongen. De toenemende aandacht voor het Aids-probleem gaat gepaard met een sterke toename van gezondheidswetenschappelijke activiteiten op dit gebied. Biomedisch onderzoek heeft geleid tot belangrijke inzichten in de immunologische aspecten van de ziekte. Epidemiologisch onderzoek heeft veel bekend gemaakt omtrent het verspreidingspatroon. Ook worden er – op basis van epidemiologische gegevens – tal van voorlichtingsactiviteiten ondernomen. Bekend zijn de condoom-campagne, de jongeren-campagne en de campagne 'Aids en werk'.

De aandacht voor voorlichting bij de bestrijding van Aids is op het eerste

\* Prof.Dr. G.J. Kok, hoogleraar Gezondheidsvoorlichting, Vakgroep Gezondheidsvoorlichting, Rijksuniversiteit Limburg.

\*\* Dr. G.A.M. Widdershoven, universitair docent, Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Rijksuniversiteit Limburg. Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

<sup>o</sup> Voordracht gehouden 3 juni 1988 te Gent op een Studiedag georganiseerd door de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie.

Geaccepteerd 5 december 1988.

gezicht een positieve zaak. De erkenning dat voorlichting op dit ogenblik het enige middel is dat effect kan hebben op de omvang van de epidemie plaatst gezondheidsvoorlichters in een gunstige situatie. Er wordt betrekkelijk veel geld uitgegeven aan voorlichtingsactiviteiten, en de publieke opinie is geïnteresseerd. Toch kan men zich afvragen of de houding ten opzichte van voorlichting wel zo positief is. De gedachte dat voorlichting nodig is bij gebrek aan een alternatief (namelijk een geneesmiddel) betekent nog niet dat er van een werkelijke waardering sprake is. Men is bereid geld in voorlichting te steken zolang er niets anders is. Komt er een doorbraak op biomedisch gebied dan is het niet denkbeeldig dat de voorlichtingsinspanningen zullen instorten. Ook het feit dat voorlichtingsactiviteiten gemotiveerd worden door de gedachte dat men toch iets moet ondernemen, is problematisch. Er worden zo gemakkelijk te hoge verwachtingen geschapen, die later niet waargemaakt kunnen worden. Voorlichting is geen wondermiddel, en veel te snel opgezette, niet op specifieke groepen en gedragingen gerichte campagnes zullen waarschijnlijk niet het beoogde effect hebben.

De huidige gang van zaken rond de Aids-voorlichting is ons inziens problematisch. Voorlichting wordt gepropageerd zonder dat de mogelijkheden en de grenzen ervan bekend worden. In het volgende zullen we laten zien dat er anders over voorlichting in verband met Aids gedacht kan worden dan gangbaar is. Eerst zullen we enige vraagtekens plaatsen bij de opvatting dat voorlichting noodzakelijk is bij gebrek aan beter. Vervolgens zullen we ingaan op de eisen waaraan goede voorlichting over Aids moet voldoen. Tenslotte noemen we enkele consequenties voor beleid rond Aids en voorlichting.

### **Voorlichting; bij gebrek aan beter?**

Voorlichting wordt vaak beschouwd als een tweede keus, een hulpmiddel zolang er geen mogelijkheid bestaat om een 'echte' oplossing voor gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Bekend is de tabaksproblematiek, waar voorlichting gepropageerd wordt omdat men niet bereid is stringente maatregelen te nemen. Voor alcohol en snoepgoed geldt hetzelfde: er verschijnt een postbus-51 spotje of een minuscuul tandenborsteltje op het scherm als compensatie voor de getoonde verlokkingen. Voorlichting komt daarmee in een bedenkelijke hoek terecht: het wordt een tweederangs maatregel. Voorlichters dragen daar zelf toe bij wanneer ze zich voor dergelijke activiteiten lenen zonder op verdere beleidsmaatregelen aan te dringen.

Met Aids-voorlichting lijkt het beter gesteld. Van dubbele bodems en dubbele boodschappen is geen sprake. Voorlichting is hier geen doekje voor het bloeden, bedoeld om het ontbreken van verdergaande maatregelen te

vergoeilijken. Voorlichting wordt gezien als een serieuze bijdrage aan de bestrijding van Aids. Toch is er een maar: voorlichting wordt serieus genomen omdat op dit moment geen geneesmiddel tegen Aids bestaat. Men gaat impliciet uit van de gedachte dat de komst van een geneesmiddel voorlichting uiteindelijk overbodig zal maken, of in ieder geval van het eerste plan zal verdrijven.

Deze opvatting over de plaats van voorlichting is diep geworteld in ons denken over ziekte en gezondheid. Geneeskunde krijgt voortdurend de eerste plaats toegewezen, de overige gezondheidswetenschappen worden als secundair behandeld. Dit betekent niet dat de genoemde opvatting correct is. Veeleer getuigt ze van onbegrip omtrent de aard van gezondheidsproblemen. Een biomedische benadering kan niet al onze gezondheidsproblemen oplossen. Ook als er geneesmiddelen gevonden worden, zal de Aids-problematiek niet verdwijnen. Eventuele medische successen zullen een goede voorlichting niet overbodig maken.

Ten eerste kan opgemerkt worden dat de ontdekking van een geneesmiddel tegen Aids de verspreiding van het virus niet tegen zal houden. Zelfs als er een medicijn gevonden wordt dat op korte termijn werkzaam blijkt – hetgeen niet te verwachten valt –, zal het virus zich blijven verspreiden. De lange incubatietijd betekent hier een extra problematische factor. Terwijl bij veel geslachtsziekten een tijdige behandeling de verdere verspreiding van het virus kan remmen, is dat bij Aids niet het geval, aangezien besmetting jarenlang kan plaatsvinden zonder dat de verspreider van het virus symptomen van de ziekte vertoont (vgl. Brandt, 1988). Ook wanneer er een effectief geneesmiddel gevonden wordt, blijft voorlichting noodzakelijk om een verdere groei van de epidemie te bestrijden.

Bovendien kunnen, in het bijzonder bij seksueel overdraagbare ziekten, twijfels geuit worden omtrent de betekenis van geneesmiddelen, zelfs als deze biomedisch gesproken werkzaam zijn. De geschiedenis van de syfilisbestrijding laat zien dat het voorkomen van geslachtsziekten onder de bevolking nauwelijks beïnvloed wordt door de beschikbaarheid van een geneesmiddel (Brandt, 1987). Na de introductie van penicilline in de Verenigde Staten als middel tegen syfilis in 1943 is er aanvankelijk sprake van een daling van het aantal geslachtsziekten. Vanaf 1950 nemen syfilis en gonorrhoe echter sterk toe. Dezelfde tendens is in Nederland waar te nemen. Niet door geneesmiddelen, maar door het toenemende gebruik van condooms als reactie op de Aids-dreiging nemen syfilis en gonorrhoe in de jaren tachtig af – al is het niet zeker of hier van een blijvende ontwikkeling gesproken kan worden. Inzake seksueel overdraagbare aandoeningen zijn er geen medische wondermiddelen, geen 'magic bullets' (Brandt, 1987).

Het is niet toevallig dat een louter biomedische benadering van geslachtsziekten faalt. Ziekte en gezondheid hangen niet alleen af van biologische factoren, ze worden mede bepaald door het gedrag van mensen. De geschiedenis van geslachtsziekten toont dat heersende gedragspatronen een doorslaggevende invloed hebben op het verloop van een epidemie. Seksueel gedrag staat in een culturele context. Sociale gewoonten en gebruiken vormen het kader waarbinnen de verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen zich afspeelt. Het culturele beeld van een ziekte is eveneens van belang. Het werkt door in de wijze waarop men met de ziekte omgaat. Door morele afkeuring en angst – reacties die ten aanzien van Aids veelvuldig voorkomen – wordt behandeling bemoeilijkt of zelfs onmogelijk gemaakt. Patiënten durven niet voor hun ziekte uit te komen; hulpverleners krijgen een lagere status als ze zich met de ziekte bezig houden. Biomedische en sociale aspecten van ziekte en gezondheid kunnen niet gescheiden worden. Dit vraagt om een nieuwe opvatting van gezondheidszorg, waarin beide geïntegreerd zijn (vgl. Jensen, 1987). Alleen een brede aanpak, waarbij biomedische en sociale interventies gecombineerd worden, heeft kans van slagen in de bestrijding van ingewikkelde gezondheidsproblemen, waarvan Aids een voorbeeld vormt.

Tenslotte kan opgemerkt worden dat geneeskunde en voorlichting op verschillende principes zijn gebaseerd. Biomedisch ingrijpen en gedragsinterventies zijn fundamenteel verschillend van aard. De bijdrage van voorlichting aan de bestrijding van Aids is anders dan de bijdrage van de immunologie. Voorlichting beoogt de sociale aspecten van het probleem aan te pakken. Hiervoor heeft de biomedische benadering geen middelen. Om een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden van voorlichting, dient men de monopoliepositie van het biomedische model te doorbreken, en het specifieke karakter van gedragsverandering centraal te stellen. Een aanzet daartoe willen we in de volgende paragrafen geven.

### **Het belang van planmatige voorlichting**

Bij voorlichting gaat het erom een bepaald gezondheidsprobleem aan te pakken door gedragsverandering te bewerkstelligen. Om gedrag te kunnen veranderen moet men inzicht hebben in de achtergronden ervan. In de sociale psychologie spreekt men van een analyse van de determinanten die het gedrag bepalen. Deze determinanten poogt men te beïnvloeden via een interventie, die geïmplementeerd moet worden. We kunnen dus verschillende aspecten aan voorlichting onderscheiden: het probleem, het gedrag dat het probleem veroorzaakt, de determinanten van het gedrag, de interventie(s) die het gedrag kunnen beïnvloeden en de implementatie van die interventie(s). We spreken

van planmatige voorlichting wanneer deze aspecten in de voorbereidingsfase systematisch onderzocht, en na afloop expliciet geëvalueerd worden (Kok, 1987; Kok, Meertens en Wilke, 1987).

De effectiviteit van voorlichting is afhankelijk van de kwaliteit van de planning (Jonkers, Liedekerken, Haas, et al., 1988; Green en Lewis, 1986; Mullen, Green en Persinger, 1986). Men moet eerst weten wat het probleem is, om daarna het gedrag te kunnen onderzoeken. Men moet inzicht hebben in de determinanten, om vervolgens een interventie te kunnen ontwikkelen. Goede voorlichting vereist een planmatige ontwikkeling en continue evaluatie en bijstelling. Eén van de redenen voor de vaak geringe effectiviteit van voorlichting is het feit dat bepaalde stappen worden overgeslagen, zodat men geen antwoord heeft op die vragen die essentieel zijn voor de latere stappen. De ontwikkeling van een programma ter bevordering van condoom-gebruik onder jongeren wordt ernstig bemoeilijkt door het feit dat de determinanten van dat gebruik onvoldoende bekend zijn. De oplossing om het programma dan maar met de natte vinger te ontwikkelen is echter ongewenst. Beter is het om enerzijds zo goed mogelijk gebruik te maken van bestaande kennis en anderzijds actief en gericht onderzoek te doen, eventueel in een studie waarin de interventie geëvalueerd wordt. Op die wijze kan al doende een optimaal programma ontwikkeld worden.

In Nederland is nog vrijwel geen onderzoek gedaan naar de determinanten van Aids-preventief gedrag. Desondanks start het ene voorlichtingsprogramma na het andere. In Amerika is dat niet anders (Becker en Joseph, 1988). Een argument voor het huidige weinig planmatige voorlichtingsbeleid rond Aids is dat het tot nog toe tamelijk effectief is geweest. Met name bij homoseksuele mannen met wisselende contacten en bij heroïnegebruikers zijn substantiële gedragsveranderingen bereikt. Hiervoor zijn ons inziens twee oorzaken aan te wijzen. In de eerste plaats werd de voorlichting in het begin van de Aids-epidemie verzorgd door de organisaties van homoseksuele mannen en heroïnegebruikers, waardoor er een goede afstemming was op de doelgroep (Altman, 1988; Carswell, 1988). In de tweede plaats – en vermoedelijk is dit de belangrijkste factor – behelsde de voorlichting in het begin vooral de vermeerdering van kennis. Kennisvermeerdering is echter lang niet altijd voldoende voor gedragsveranderingen (Becker en Joseph, 1988; Van Griensven, e.a., 1987; Fineberg, 1988). Het beïnvloeden van diegenen die niet van gedrag veranderen ondanks aanwezige kennis vormt het voornaamste werkterrein voor toekomstige voorlichtingsactiviteiten. Planmatige voorlichting zal daarbij onontbeerlijk zijn. We willen nu de verschillende aspecten van planmatige voorlichting kort bespreken. Daarbij zal duidelijk worden dat het voorlichtingsbeleid thans te kort schiet.

---

### **Effectievere Aids-voorlichting**

Het Aids-vraagstuk is een ingewikkelde zaak. De geschiedenis van geslachtsziekten maakt duidelijk dat een eenzijdig biomedische benadering niet effectief is. In de bestrijding van Aids is aandacht voor gedrag, met name via voorlichting, onontbeerlijk. Ook voor een gedragsbenadering geldt echter dat eenvoudige oplossingen niet bestaan. Gedragswetenschappen kunnen net zomin als biomedische wetenschappen een 'magic bullet' leveren (Brandt, 1987, 1988). Wanneer we richtlijnen geven voor Aids-voorlichting, dienen deze niet opgevat te worden als simpele stappen die automatisch tot een oplossing zullen leiden. Het gaat om vuistregels die in de praktijk verder uitgewerkt moeten worden, waarbij men vooral gevoelig zal moeten zijn voor culturele gewoonten rond seksualiteit.

Om een effectievere voorlichting te bewerkstelligen zal men aan de eerder genoemde aspecten aandacht moeten besteden. We zullen deze achtereenvolgens de revue laten passeren.

#### *Probleem en probleemgedrag*

De ernst van het probleem en het eraan gekoppelde gedrag kunnen met biomedische en epidemiologische middelen vastgesteld worden. Op dit ogenblik is hierover vrij veel bekend (Curran, et al., 1985; Van Wijngaarden, 1987; Van Griensven en Coutinho, 1988). De gedragingen die tot besmetting leiden zijn tamelijk duidelijk, evenals de groepen die in dit verband primair relevant zijn (de risico-groepen). Onduidelijkheid bestaat er nog met betrekking tot de secundaire besmetting, dat wil zeggen de overdracht vanuit risico-groepen naar de rest van de bevolking. Het epidemiologisch onderzoek zou zich vooral op deze vraag moeten richten. De omschrijving van risico-gedrag kan specifiek dan tot op heden gebruikelijk is. Bij vrijen is het meest riskante gedrag receptief ano-genitaal contact. Daarna volgt insertief ano-genitaal contact. Bij de betrokkenen is dit laatste minder bekend. Bij spuiten is het meest riskante gedrag het lenen van spuiten. Daarna volgt het gezamenlijk gebruik van watjes en lepels. Ook hier is het laatste bij de risicogroep minder bekend. Te beïnvloeden gedrag zal steeds concreet omschreven moeten worden. Het is denkbaar dat in de uiteindelijke voorlichting de verschillende gedragingen samenhangend aan de orde worden gesteld, zoals bij voorbeeld in de Aids-voorlichting voor het onderwijs het geval is. Ook dan zal de voorlichting echter voor elk gedrag specifieke aanwijzingen dienen te bevatten.

### *Determinanten*

Binnen de sociale psychologie worden drie soorten gedragsdeterminanten onderscheiden, namelijk attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit (Meertens en Von Grumbkow, 1988). De attitude is het oordeel van de persoon zelf over het te volgen gedrag. Ze vormt een afweging van de voor- en nadelen die de persoon aan het gedrag verbonden acht. De attitude berust niet alleen op logische redeneringen en verstandelijke overwegingen, maar ook op diepgewortelde gewoonten en overtuigingen, die een eigen kracht en rationaliteit bezitten (Widdershoven, 1987). Dit laatste wordt door voorlichters vaak onderschat. De sociale invloed komt van de partner, de directe omgeving, de groep waartoe men behoort, enz. Mensen ontleen informatie en sociale waardering aan anderen. De eigen effectiviteit tenslotte betreft de verwachting die de persoon heeft ten aanzien van de uitvoerbaarheid van het gedrag. Deze drie determinanten vormen een kader dat voor elk specifiek gedrag en voor elke concrete persoon ingevuld kan worden. We kunnen er echter van uitgaan dat er overeenkomsten bestaan tussen gedragingen en tussen personen.

De relevantie van de drie soorten determinanten kan verduidelijkt worden aan de hand van een onderzoek van Valdiserri e.a. over condoomgebruik bij Amerikaanse homoseksuele mannen (Valdiserri et al, 1988). Uit dit onderzoek blijken er verschillen te zijn tussen mannen die altijd en mannen die nooit condooms gebruiken. Deze verschillen betreffen de attitude (de opvatting dat condooms effectief tegen Aids beschermen tegenover de opvatting dat ze het plezier in seks bederven), de sociale invloed (de vraag of anderen vinden dat condoomgebruik hoort of niet hoort), en de eigen effectiviteit (die vooral gerelateerd bleek aan het onder invloed zijn van alcohol en drugs tijdens seksuele contacten). Vooral de laatste determinant is interessant, omdat ze pijnlijk duidelijk maakt dat Aids-preventief gedrag niet zozeer kwestie is van kennis, als wel van vaardigheden. Paulussen (1988) laat dat overtuigend zien in zijn analyse van gedrag van heroïneverslaafden in Heerlen. De meest cruciale factor blijkt de eigen effectiviteit. De attitude en de sociale invloed van de groep is over het algemeen pro veilig spuiten. Toch denkt men dat het in de praktijk niet goed zal lukken. Onthoudingsverschijnselen komen onverwacht, spuiten zijn niet altijd beschikbaar en de weerstand tegen sociale druk tot lenen is onvoldoende. Bij het spuit-omruil-systeem en de begeleidende voorlichting wordt met dit probleem nog te weinig rekening gehouden.

### **Interventies**

Theoretisch kunnen we drie soorten interventies onderscheiden, namelijk

### *Interventies*

Theoretisch kunnen we drie soorten interventies onderscheiden, namelijk regulering, voorlichting en voorzieningen (Jonkers et al, 1988). Regulering gaat ervan uit dat mensen gedwongen moet worden tot het gewenste gedrag, bijvoorbeeld door boetes. Voorlichting berust op de vooronderstelling dat mensen zelf te motiveren zijn tot het gewenste gedrag. Voorzieningen maken het gewenste gedrag mogelijk en (bij voorkeur) gemakkelijk. In het kader van Aids-preventie valt er weinig te reguleren (Roscam Abbing, 1988). Het gaat om privé-gedrag en controle is niet realiseerbaar. Voorlichting kan een prachtig middel zijn, zeker als ze ondersteund wordt met voorzieningen (gemakkelijke verkrijgbaarheid van condooms en schone spuiten, vrije toegang tot adequate informatie).

In het proces van gedragsverandering door voorlichting zijn zes stappen te onderscheiden, namelijk aandacht krijgen, begrip kweken, attitudeverandering, verandering van sociale invloed, het mogelijk maken van het gedrag en het behouden van het gedrag. Aandacht trekken en begrip kweken vereisen communicatie met de doelgroep. Communicatie is tweezijdig, zo niet in de actuele uitvoering (TV), dan toch in de voorbereiding. Voorlichting moet altijd samen met de doelgroep ontwikkeld worden. Elke vorm van voorlichting dient zorgvuldig uitgetoetst te worden, niet alleen bij deskundigen, maar vooral bij de doelgroep (Damoiseaux, 1988). Het eerste concept-spotje voor de campagne 'Aids en werk' toonde beelden van een ziekenhuisgang, vanuit het gezichtspunt van een Aids-patiënt waar mensen voor wegluchtten. Bij een pretest bleek dat argeloze kijkers de situatie interpreteerden in termen van een ziekenhuisromance en meenden dat er op veilig vrijen werd gedomd. Het spotje is inderhaast vervangen door een ander. Het onderwijspakket over Aids, een serie voor de schooltelevisie (eind 1988) en een brochure voor alle leerlingen van 13 tot 18 jaar, is in het geheel niet uitgetoetst, omdat er in de planning geen tijd voor gereserveerd was. Het is niet denkbeeldig dat dit een flop wordt.

Een belangrijk probleem bij het wekken van aandacht en begrip is de angst rond Aids. Angst is in voorlichting een tweesnijdend zwaard. Mensen die totaal geen angst hebben, veranderen hun gedrag niet. Mensen die teveel angst hebben, doen de verkeerde dingen, zoals ontkennen en vermijden. Ook dan volgt er geen positieve gedragsverandering. Uit de geschiedenis van geslachtsziekten blijkt dat voorlichting vaak ineffectief is geweest doordat ze slechts leidde tot het nodeloos vergroten van angst en stigmatisering (Brandt, 1987, 1988). De voorlichting zal hier subtiel en genuanceerd moeten zijn.

Angst leidt ertoe dat mensen risico's op een specifieke manier inschatten (Boon, 1988). De aandacht wordt gericht op extreme – vaak denkbeeldige – situaties, terwijl de relatieve kans op het optreden van dergelijke situaties uit



het oog wordt verloren. Een instructief voorbeeld is te vinden in een Amerikaans proces over het al dan niet toelaten van een kind met Aids tot een school. Verontruste ouders wezen op de mogelijkheid dat het kind een bloedneus zou kunnen krijgen, waarna een ander kind met een open wond met het bloed in contact zou kunnen komen (Nelkin en Hilgartner, 1986). Een dergelijke reactie is in de ogen van deskundigen zwaar overtrokken. Niettemin zal de voorlichter er terdege rekening mee moeten houden dat het publiek anders over risico's denkt dan een statistisch geschoolde, niet geïnvolveerde expert. Simpelweg meedelen dat het publiek het niet bij het rechte eind heeft zal stellig niet helpen. Men zal de angst van de betrokkenen serieus moeten nemen om een attitudeverandering te kunnen bewerkstelligen.

Uit onderzoek blijkt dat er een relatie is tussen positieve (niet verlamdende, maar motiverende) angst en eigen effectiviteit (Meertens en Von Grumbkow, 1988). Mensen die het gevoel hebben dat ze in staat zijn het gewenste gedrag te vertonen (hoge effectiviteit), reageren goed op een dreiging. Mensen die geen hoge effectiviteit hebben, reageren op een bedreiging averechts. De eigen effectiviteit met betrekking tot Aids-preventief gedrag is vermoedelijk niet al te hoog. Dit betekent in de eerste plaats dat de voorlichting niet bedreigend moet zijn. In Nederland is dat tot dusverre goed gelukt. Ongewenste effecten zoals ontkennen, bagatelliseren, overdreven angst en agressie tegen homoseksuelen en drugsverslaafden zijn hier, anders dan in de Verenigde Staten, Engeland en West-Duitsland, nauwelijks voorgekomen. In de tweede plaats zou de voorlichting zich moeten richten op verhoging van de eigen effectiviteit, door onder andere expliciete instructie, training en het verstrekken van voorzieningen. Internationaal stak Nederland op dit punt, bij voorbeeld met de Veronica-WVC-film, zeer gunstig af. Inmiddels zijn we echter weer een paar jaar verder en is er niet veel meer gebeurd.

#### *Evaluatie*

Al is voorlichting nog zo zorgvuldig opgezet, garantie op succes is er niet. Daarom moet er altijd geëvalueerd worden, met het doel de programma's te verbeteren. Vooral in onzekerheid – en bij Aids-voorlichting is veel onzeker – is het aan te raden om de voorlichting kleinschalig uit te proberen, in enkele plaatsen of op enkele scholen. Bij voldoende resultaat is het verantwoord het programma op grotere schaal uit te voeren. Voorlichting moet voortdurend geëvalueerd worden. Allerlei elementen in de voorlichtingssituatie veranderen: de kennis, de doelgroepen, de communicatie. Green en Lewis (1986) wijzen erop dat het bij geleidelijke gedragsverandering van de gehele bevolking steeds moeilijker wordt om de groep die nog niet veranderd is, te beïnvloeden. Uit de voorlichting over roken is dit reeds lang bekend. Een 50% gedragsverandering met betrekking tot Aids is echter onvoldoende. De voorlichting zal dus

steeds beter moeten worden. Dat vereist een planmatige ontwikkeling en continue evaluatie en bijstelling.

Een aspect van voorlichting dat nogal eens over het hoofd wordt gezien is de overgang van gedragsverandering naar gedragsbehoud. Het gaat er niet om dat mensen eens een keer veilig vrijen, het gaat om een blijvende verandering. Dit kan alleen bereikt worden wanneer het nieuwe gedrag een gewoonte wordt. Condoomgebruik en schone naalden dienen te worden geïncorporeerd in de rituelen die horen bij vrijen en spuiten. Het gedrag moet onderdeel worden van een patroon, een levenswijze. Dit is niet gemakkelijk te bereiken. Fineberg zegt dan ook: 'Is it imaginable that one day an unmarried couple will find unthinkable the prospect of sexual relations without a condom? That every homosexual couple will practice exclusively safer sex? That every intravenous drug user who cannot quit will incorporate needle cleaning procedures into the ritual of drug use? The honest answer to such questions must be: not soon and only with sustained struggle, if at all'. (Fineberg, 1988, p. 596). Een belangrijke factor bij gedragsbehoud is het effect van het nieuwe gedrag: is het uitvoerbaar, helpt het, is het prettig, zijn er onverwachte (negatieve) bijverschijnselen? Wanneer mensen gezegd wordt dat vrijen met een condoom leuk kan zijn, is het de vraag of dat in de praktijk ook blijkt. Wanneer verslaafden gezegd wordt dat ze gemakkelijk schone spuiten kunnen krijgen, moet dat ook het geval zijn. Het is soms verleidelijk mensen over te halen tot gewenst gedrag met mooie verhalen. Wanneer echter de voorgelichten erachter komen dat die verhalen niet kloppen, keert zich dit tegen de voorlichters en worden zij nooit meer geloofd.

Planmatige voorlichting betekent ook: vooruitzien. Het is te verwachten dat er vroeg of laat een medicatie zal komen. Dit zal het beleid ten aanzien van vroege opsporing drastisch veranderen. Op het moment dat testen op seropositiviteit voor de betrokkene gezondheidsbevorderend kan werken, zal men daarop voorbereid moeten zijn. Dat wil zeggen dat reeds nu moet worden nagedacht over voorzieningen en eventuele regulering. Dat er een plan moet zijn voor een campagne om testen te stimuleren. Daarbij kan men leren van programma's voor vroegere opsporing van bijvoorbeeld kanker en hart- en vaatziekten.

## **Conclusie**

De Aids-voorlichting in Nederland begon adequaat. Op dit ogenblik is de situatie echter minder rooskleurig. We hebben in het voorgaande verschillende problemen genoemd: het losraken van de doelgroepen, het mikken op snelle resultaten, het tekort aan inzicht in en gevoeligheid voor achtergronden van probleemgedrag, het ontbreken van ruimte voor pretests en evaluatie-onderzoek. De huidige programmering van het Aids-onderzoek in Nederland gaat

geheel aan deze problemen voorbij. Er is vrijwel geen determinanten-onderzoek en ook een systematische evaluatie ontbreekt. Het wordt hoog tijd dat de Aids-voorlichting op een andere leest wordt geschoeid. We willen – bij wijze van conclusie – enkele beleidsaanbevelingen doen.

1. Voorlichting zal meer dan tot nu toe gebeurt serieus genomen moeten worden als een onmisbaar element in de strijd tegen Aids. Voorlichting is geen tweederangs oplossing, te verkiezen bij gebrek aan een biomedisch alternatief. Voorlichting dient een zelfstandige rol te krijgen en te houden, ongeacht of er een geneesmiddel gevonden wordt of niet.
2. Aids-voorlichting moet zorgvuldig opgezet en geëvalueerd worden. Zolang de effecten onduidelijk zijn, dient men omzichtig te werk te gaan en campagnes goed voor te bereiden. Planmatige voorlichting betekent: bestuderen van probleemgedrag, opsporen van determinanten, nauwkeurig uitwerken en evalueren van interventies. De programmering van Aids-onderzoek zal hierop afgestemd moeten zijn. Een planningsschema vormt een richtlijn voor effectieve voorlichtingsactiviteiten. Het is geen blauwdruk die alleen maar even ingevuld hoeft te worden. Goede voorlichting vereist subtiliteit en vertrouwdheid met de situatie.
3. Aids-voorlichting moet aansluiten bij de doelgroepen en in communicatie met de doelgroepen ontwikkeld worden. De thematiek en de toon dienen zo gekozen te worden dat de voorlichting aanspreekt en geen afweer oproept. Met angstreacties moet omzichtig omgegaan worden. De boodschap moet duidelijk en specifiek zijn. Ze moet geen valse verwachtingen scheppen: wie de zaken te gemakkelijk voorstelt, komt uiteindelijk bedrogen uit.
4. Van voorlichting kunnen geen wonderen worden verwacht. Blijvende gedragsverandering vereist een inpassing van het gedrag in een nieuw patroon. Dit vergt van voorlichters veel energie en inventiviteit. Nu kennis over Aids bij een ruim publiek aanwezig is, zal de voorlichting zich moeten richten op andere, moeilijker te beïnvloeden determinanten van gedrag. Wat thans het meest nodig is, is onderzoek onder mensen die niet preventief handelen, terwijl ze wel over voldoende kennis beschikken. Juist de uiteenlopende redenen voor het ongewenste gedrag moeten bekend zijn, wil voorlichting effect sorteren.

Een realistische kijk op de mogelijkheden en de grenzen van voorlichting is van groot belang voor een effectievere bestrijding van de Aids-epidemie. Voorlichting dient een hoge prioriteit te krijgen; ze dient zorgvuldig, planmatig opgezet en geëvalueerd te worden; ze zal niet op spectaculaire resultaten moeten mikken, maar zich bewust moeten zijn van de vele strikken en valkuilen waarmee de weg naar blijvende gedragsverandering is bezaaid. Voor een effectieve preventie van Aids is het nodig dat de Aids-voorlichting in Nederland beter wordt – en dat moet kunnen.

## Literatuur

- Altman, D. (1988). The impact of Aids in the developed world. *British Medical Bulletin*, 44: 170-182.
- Becker, M.H. en Joseph, J.G. (1988). Aids and the behavioral change to reduce a risk: a review. *American Journal of Public Health*, 18: 394-401.
- Boon, L. (1988). *Risico en cultuur*. Manuscript Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, RL, Maastricht.
- Brandt, A.M. (1987). *No Magic Bullet*. Blackwells, Oxford.
- Brandt, A.M. (1988). Aids in historical perspective. *American Journal of Public Health*, 78: 367-371.
- Carswell, J.W. (1988). Impact of Aids in the developing world. *British Medical Bulletin*, 44: 183-202.
- Curran, J.W., et al. (1985). The epidemiology of Aids. *Science*, 229: 1352-1357.
- Damoiseaux, V. (1988). Pretesten van schriftelijke voorlichting. *GVO-preventie*, 9 (in druk).
- Fineberg, H.V. (1988). Education to prevent Aids prospects and obstacles. *Science*, 239: 592-596.
- Green, L.W. en Lewis, F.M. (1986). *Measurement and evaluation in health education and health promotion*. Mayfield, Palo Alto.
- Griensven, G.P.J. van, E.M.M. de Vroome, R.P.A. Tielman, J. Goudsmit, J. van der Noordaa, F. de Wolf en R.A. Coutinho (1987). Sexuele gedragsveranderingen in een groep op HIV-antistoffen geteste homoseksuele mannen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 65: 157-160.
- Griensven, G.J.P. van en R.A. Coutinho (1988). Transmissiewijzen van het humaan immunodeficiëntievirus. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132: 1835-1842.
- Jensen, U.J. (1987). *Practice and progress*. Blackwells, Oxford.
- Jonkers, R., P. Liedekerken, W.F.M. de Haas, G.J. Kok en J.A.M. Saan (1988). *Effektiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*. Uitgeverij voor gezondheidsbevordering, Rijswijk.
- Kok, G.J. (1987). Gezondheidsmotivering. In: D.A.A. Mossel (Red.). *Gezondheid: wiens verantwoordelijkheid?* Ambo, Baarn.
- Kok, G.J., R.W. Meertens en H.A.M. Wilke (1987). *Voorlichting en verandering*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Meertens, R.W. en J. von Grumbkow (Red.) (1988). *Sociale psychologie*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Mullen, P.D., L.W. Green en G. Persinger (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14: 753-781.
- Nelkin, D. en S. Hilgartner (1986). Disputed dimensions of risk: a public school controversy over Aids. *The Millbank Quarterly*, 64: suppl. 1, 118-142.
- Paulussen, Th. (1988). AIDS en intraveneus druggebruik. *GVO-cahier nr. 36*, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Roscam Abbing, H.D.C. (1987). AIDS en wettelijke maatregelen. *Medisch Contact*, 42: 557-559.
- Valdiserri, R.O., D. Lyter, L.C. Levitan, C.M. Callahan, L.A. Kingsley en C.R. Riwaldo (1988). Variables influencing condom use in a cohort of gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 78: 810-805.
- Widdershoven, G.A.M. (1987). *Handelen en rationaliteit*. Boom, Meppel/Amsterdam.
- Wijngaarden, J. van (1987). Epidemiologie als basis van voorlichting en preventie van AIDS. In: J.H. Blans (Red.), *AIDS, voorlichting en gedragsverandering*. Boom, Meppel/Amsterdam.

## Summary

### *The necessity of a better AIDS-education*

Health education is now the most popular strategy in the struggle against AIDS. The authors argue the continuing relevance of AIDS-education, even in the situation that a cure has been found. A strictly biomedical approach of AIDS is doomed to fail.

The authors advocate a systematic planning of health education, accompanied by research. The determinants of safe and risky behavior have to be analysed. We know already that knowledge is not sufficient. Effective education demands a careful orientation towards the target group. To behave safely has to become a habit.

A more effective approach of the AIDS-epidemic requires a realistic view of the possibilities and the limits of health education.