

# PREVENTIE EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG – HET BELANG VAN EEN SYSTEEMBENADERING

JAAP VAN DER STEL

De Geestgronden

APRIL 2006

Het idee om psychische ziekten door gerichte interventies te voorkomen is tenminste zo oud als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zelf. Maar toch is in deze sector het behandelen van patiënten de *core business* en is preventie een betrekkelijk marginale activiteit. Omdat kamerleden gek zijn op het woord 'preventie', vooral als dit in verband wordt gebracht met 'jongeren' of nog liever 'kinderen', wordt geregeld lippendienst bewezen aan het belang ervan. Maar daar blijft het goeddeels bij zodat het volume aan preventieactiviteiten onder de maat is.

## Oorzaken en risico's

In het verleden waren er overigens goede redenen om de optie van preventie van psychopathologie niet al te serieus te nemen. Men wist niet hoe dat moest en het onderzoek naar effectieve interventies stelde nog weinig voor. Pas recent komt er enige schot in de ontwikkeling van wetenschappelijk kennis over de etiologie van psychopathologie, maar ook nu geldt op dit vlak een grote bescheidenheid. De ziektemechanismen van ziekten als schizofrenie, bipolaire stoornis of autisme zijn nog niet bekend – de enorme bulk aan wetenschappelijk kennis over de kenmerken en het beloop van deze ziekten doen daar weinig aan af.

Nu hoef je natuurlijk niet de oorzaken van een ziekte te kennen om er toch iets aan te doen. Van veel aandoeningen kunnen we nog steeds niet verklaren wat de mechanismen zijn die er aan ten grondslag liggen, maar succesvol behandelen, eventueel leidend tot een volledige genezing, hoeft dat niet in de weg te staan. Dat geldt ook voor preventie: lang voordat de oorzaken van infectieziekten bekend waren bestonden er al effectieve preventiestrategieën. Dit neemt niet weg dat de effectiviteit van de preventie van infectieziekten pas met sprongen omhoog ging toen eind negentiende en begin twintigste eeuw de universele en noodzakelijke oorzaken van deze ziekten in kaart waren gebracht. Werkzame curatieve strategieën kwamen er overigens pas later dan preventiemaatregelen.

Bij gebrek aan kennis over oorzaken en mechanismen is het 'behelpen' met kennis van de factoren die het risico op een bepaalde ziekte verhogen of juist tegen een ziekte beschermen. Maar zulke kennis kan voldoende zijn om effectief te kunnen handelen. Zodra we weten dat bepaalde chemische stoffen in het milieu de kans doen toenemen op een beschadiging van het centraal zenuwstelsel, hoeven we nog niet te weten *hoe* die stoffen nu precies hun werk doen om toch de kans dat mensen met deze stoffen in aanraking komen drastisch te verminderen.

In het domein van de geestelijke gezondheid is er inmiddels veel bekend over risicofactoren en beschermende factoren die (in interactie met elkaar) de kans op het ontstaan van een psychische ziekte kunnen doen verhogen respectievelijk kunnen verminderen. Wat de uitkomsten van dit soort analyses echter niet erg *sexy* maakt, is dat die factoren zelden heel

specifiek zijn: ze verhogen of verlagen de kans op een psychische aandoening, maar *welke* stoornis is niet of nauwelijks te voorspellen. Een uitzondering op deze regel is als voorbeeld de posttraumatische stressstoornis die zeer frequent voorkomt onder oud-soldaten die direct aan gevechtshandelingen hebben meegedaan. Geboortetrauma's of mishandeling in de vroege jeugd verhogen daarentegen weliswaar de kans op een psychische ziekte op latere leeftijd, maar welke stoornis blijft gissen. Die onzekerheid hangt er uiteraard mee samen dat risico's slechts indirect van invloed zijn op het ontstaan van een (psychische) ziekte.

De lokroep van preventie wordt in de GGZ verder gedempt doordat psychische ziekten vaak een lange aanlooptijd hebben: het zijn bij uitstek *late onset*-ziekten, waar vaak al jarenlang een niet of nauwelijks opgemerkt ziekteproces aan vooraf is gegaan. Het verband tussen de voornoemde 'factoren' die een indicator kunnen zijn van een psychische ziekte op latere leeftijd én de manifestatie van tekens en symptomen bij een geïdentificeerde patiënt, is daardoor heel lastig te leggen. De meest succesvolle preventieprogramma's in de gezondheidszorg zijn gericht op enkelvoudige aandoeningen waarbij alle betrokkenen het verband tussen (al dan niet vermeende) oorzaak en gevolg helder voor ogen hebben. Aidspreventie is daar een voorbeeld van. Oorzaak is bekend; risico's om met de oorzaak (Hiv-virus) in aanraking te komen zijn in bijna mathematische vormen uit te drukken. Dit soort voorbeelden heeft de GGZ dus niet of nauwelijks.

## Innovatie

Na deze kanttekeningen is het goed ook een andere kant te belichten. Ondanks de uitgesproken dominantie van de behandelafdelingen in de GGZ, en ondanks de telkenmale uitgesproken scepsis dat preventie van psychopathologie niet effectief is, vindt er toch veel plaats dat de moeite waard is.

Preventiewerkers hebben zich begin jaren negentig de kritiek op hun activiteiten aantrokken en hebben hun werk sterk geïnnoveerd. Tot die tijd vond elke preventieafdeling bij een GGZ-instelling (toen nog RIAGG's) het wiel uit: eigen programma's, eigen folders, eigen speerpunten en vooral ook eigen verantwoordingen voor datgene wat men deed of naliet. Waarom in de ene regio suïcidepreventie speerpunt was, en in de andere het voorkomen van psychische klachten bij mensen in de WAO, was moeilijk te objectiveren. Toevallige incidenten of persoonlijke interesses en achtergronden hadden de overhand. Wetenschappelijke overwegingen telden nog nauwelijks mee.

In relatief korte tijd is dit veranderd – er zijn modelprogramma's ontwikkeld en getest, met de bedoeling dat ze in alle GGZ-regio's worden uitgevoerd. Preventie in de GGZ wordt meer en meer een vorm van toegepaste wetenschap (zie ook Van der Stel, 2004), waardoor deelname aan een programma, zoals ter voorkoming van depressieve klachten, voor de meeste deelnemers een verbetering van hun psychische toestand met zich meebrengt en de kans op contraproductieve gevolgen is uitgesloten of tenminste heel beperkt is.

## Financiering en organisatie

Naast ad hoc projectsubsidies is de preventie in de GGZ thans aangewezen op de reguliere GGZ-financiering die verloopt via de zorgverzekeraars. Het probleem voor de preventiewerkers is dat zij hun bereik niet op eigen kracht kunnen uitbreiden. De budgetten zijn uiterst beperkt als we die afzetten tegen de middelen die de behandelsector ter beschikking heeft. Van de rijksoverheid hoeven ze niet veel te verwachten.

Ook de verzekeraars staan sceptisch tegenover preventie. Ook al is het mogelijk om het maatschappelijk voordeel van effectieve preventie in geld uit te drukken (zoals bij de preventie van alcohol- en drugsmisbruik of verslaving bij herhaling is gedaan), dan nog geldt

voor verzekeraars een andere, bedrijfseconomische logica. Lukt het om door preventie – die extra investeringen vergt die pas jaren later kunnen worden terugverdiend – meer klanten binnen te halen? Is 'meer doen aan preventie' marketingtechnisch rendabel? Wellicht wel als het gaat om gratis deelname aan sportcentra voor de verzekerden of de vergoeding van margarine met minder schadelijke vetten. Zelfs als deze activiteiten gezondheidkundig niet effectief zijn kunnen ze dat bedrijfseconomisch nog wel zijn.

Maar de hoofdvraag voor de verzekeraars is toch, meer dan ooit: lukt het hen om hun klanten via preventieactiviteiten duurzaam aan zich te binden, zodat de eventuele gunstige gezondheidseffecten op langere termijn – in geld uitgedrukt – aan de verzekeringsmaatschappijen ten goede komen? Dit is heel ongewis, al was het maar dat verzekerden geen plicht tot trouw hebben.

De preventiesector in de GGZ kampt met allerlei bedreigingen. De eerste bedreiging is voorspelbaar: telkens wordt er *elders* en zelden *met* preventiewerkers nagedacht over de 'structuur' van preventie. Het bestaan van zelfstandige preventieafdelingen staat in de GGZ-instellingen telkens ter discussie – met als alternatief dat individuele preventiewerkers aangehaakt worden bij circuits met hoofdzakelijk een behandelopdracht. Het ontwikkelen van een eigen identiteit en professionaliteit wordt daardoor in de wielen gereden.

Verder zijn er plannen om tenminste een deel van de GGZ-preventie bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten onder te brengen. Zelfs als de argumenten die daarvoor aangeleverd zouden kloppen, dan nog brengt dit onrust en schade met zich mee die zo'n broze sector de nek kan omdoen.

## Belang van systeembenadering

Een andere bedreiging is van inhoudelijke aard: de toenemende fixatie op programma's op microniveau, van hoofdzakelijk psychosociale snit, en het verwaarlozen van (de samenhang met) interventie op meso- en macroniveau. Dit punt licht ik nader toe.

Toen in de jaren zeventig en tachtig de preventie in de ambulante GGZ enig aanzien verwierf, claimden preventiewerkers dat ze op meerdere niveaus werkzaam wilden zijn: microniveau: het beïnvloeden omstandigheden bij individuen; mesoniveau: het beïnvloeden van de (regionale of lokale) sociale verbanden waar mensen direct mee te maken hebben en die van invloed zijn op hun geestelijke gezondheid; en het macroniveau: het beïnvloeden van algemene maatschappelijke verhoudingen en ontwikkelingen die van invloed zijn op gunstige of ongunstige omstandigheden op meso- en microniveau.

De preventiewerkers stonden een systeembenadering voor vanuit de idee dat interventies op slechts één niveau, vanwege de onderlinge verwevenheid van de drie niveaus, niet of in ieder geval minder effectief zijn voor het bereiken van preventieve doelen. Een en ander bracht met zich mee dat de aandacht zich niet alleen richtte op biopsychologische verschijnselen, maar ook betrekking had op politieke, culturele en economische feiten, en zo nodig was er ook oog voor het milieu. Door gebrek aan goede wetenschappelijke modellen en overschatting van hun eigen kunnen, konden de preventiewerkers echter hun ambities niet waar maken: het failliet van een pretentie.

Mede door eisen van directies en financiers is het preventiewerk thans vooral gekenmerkt door (vaak groepsgerichte) interventies die zich qua methodiek thans steeds minder onderscheiden van die van hulpverleners. Het verschil zit hem vooral in de ernst van de problemen die worden benaderd c.q. in het stadium waarin de psychische problematiek zich bevindt. Alhoewel daar op zichzelf niet heel veel mis mee is, is daarmee een

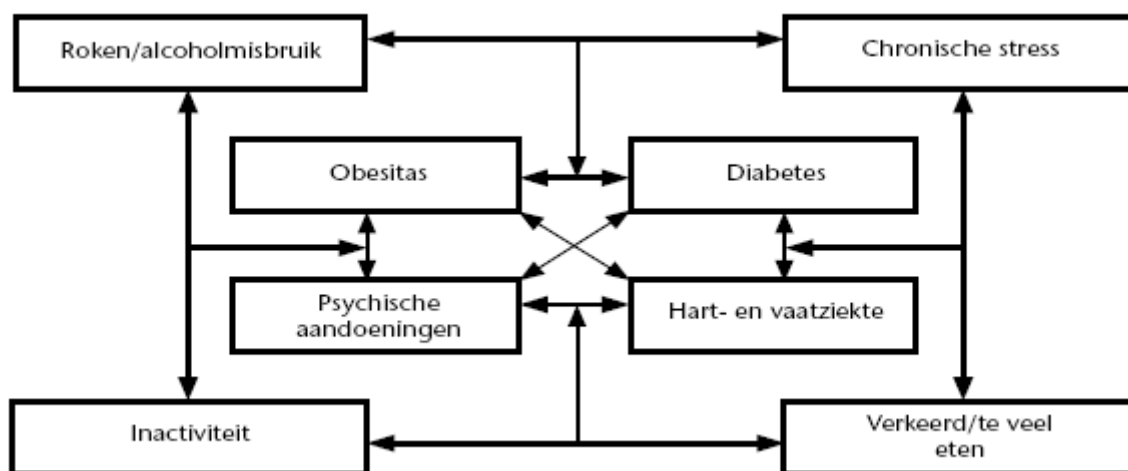
systeembenadering van problemen wel uit het zicht geraakt. Ik geef een voorbeeld ter illustratie van de noodzaak van een systeembenadering.

## Een voorbeeld: fysieke activiteit en geestelijke gezondheid

De moderne leefwijze heeft de noodzaak van fysieke activiteit verminderd. De meeste individuen *hoeven* zich niet meer fysiek in te spannen om zich te voorzien in hun levensonderhoud of om zich te verplaatsen van A naar B. Ook al ervaren ze de gevolgen van bewegingsarmoede aan den lijve – het verband tussen gebrek aan fysieke inspanning en hun klachten ontgaat hen goeddeels. Bewegingsarmoede draagt bij aan de toename van chronische aandoeningen als obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en het metabool syndroom. Dit veroorzaakt een stijging van de kosten voor gezondheidszorg. Er is echter naast kennis over het nut van fysieke activiteit voor de lichamelijke gezondheid ook veel bekend over het nut voor de hersenen. Zo vermindert geregelde fysieke activiteit depressie of klachten op het vlak van de cognitie op latere leeftijd (Van der Stel, 2005).

In een systeembenadering kunnen interventies gericht op de verandering van de leefgewoonten van individuen hand in hand gaan met meer structurele maatschappelijke veranderingen, zoals minder liften of faciliteiten voor auto's en meer trappen of voorzieningen voor fietsverkeer.

Het belang van een systeembenadering wordt ook duidelijk als we ons realiseren dat risicofactoren elkaar versterken – het gebrek aan fysieke activiteit is geen geïsoleerd probleem. Inactiviteit gaat vaak hand in hand met het meer dan gemiddeld ervaren van stress, roken en alcoholdrinken, en verkeerd of teveel eten. Dit betekent dat een preventieve interventie op slechts één facet van dit complex (zie ook de bijgaande figuur) veel minder zoden aan de dijk zet. Dit betekent ook dat een GGZ die zich fixeert op (de preventie van) psychische klachten haar doel voorbij schiet, wanneer ze de 'somatiek' links laat liggen en geen aandacht besteedt aan de bevordering van fysieke activiteiten bij hun patiënten of – wanneer het om preventie gaat – mensen die dreigen patiënt te worden.



Figuur: risicofactoren en aandoeningen (© JC van der Stel)

Fysieke inspanningen zijn geen 'geneesmiddel' tegen psychische problematiek, maar het is wel aangetoond dat er gunstige veranderingen in de hersenen mee kunnen worden bewerkstelligd waardoor symptomen kunnen verminderen of cognitieve achteruitgang op latere leeftijd kan worden vertraagd. Die gunstige veranderingen treden vooral op wanneer de inspanningen gepaard gaan met sociale activiteiten, gecombineerd worden met ook

geestelijke inspanningen en patiënten geconfronteerd worden met een 'uitdagende' leefomgeving. En hier komt bij dat de verbetering van de lichamelijke gezondheid in het algemeen een positieve bijdrage levert aan de geestelijke gezondheid.

Om veranderingen voor elkaar te brengen moet systeemdenken uiteraard gepaard gaan met systeemhandelen: samenhang en samenwerking tussen voorzieningen. Interventies gericht op motivatieontwikkeling en gedragsverandering bij individuen (microniveau) moeten versterkt worden door een keten van programmawijzigingen bij regionale instellingen en voorzieningen (mesoniveau) alsook structurele veranderingen die de mogelijkheid alsook de noodzaak tot fysieke activiteit beïnvloeden op macroniveau.

## Tot besluit

Er zijn vanzelfsprekend veel meer voorbeelden te bedenken die illustreren dat veel met elkaar samenhangt – in theorie als in de uitvoeringspraktijk. Voorbeelden zijn: de aanpak van gezondheidsrisico's die optreden rondom de geboorte als gevolg van een ongezonde of stressvolle leefwijze van de moeder; het voorkomen van suïcides of het beperken van misbruik van alcohol of drugs; het voorkomen van posttraumatische stressstoornis door onder andere het voorkomen van terroristisch of oorlogsgeweld; het voorkomen van levenslange psychische schade door een verbetering van de vroegtijdige signalering van misbruik of mishandeling van kinderen en het écht op orde brengen van de preventieve jeugdzorg. In al deze voorbeelden kan de GGZ in haar eentje weinig substantieels bereiken, laat staan als de focus slechts op aanstaande moeders is gericht, en niet bijvoorbeeld ook op de verbetering van hun materiële leefomstandigheden.

De DBC-systematiek en de 'productiedwang' waarmee ook preventie in de GGZ te maken heeft, maakt het helaas lastig om over te gaan tot zo'n – grensoverstijgende – systeembenadering, ook al is er steeds meer 'evidence' is voor een integrale benadering. Voorlopig blijft preventie het stiefkindje van de GGZ.

## Literatuur

Stel, J.C. van der (2004). *Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Van Gorcum.

Stel, J.C. van der (2005). *Pillen, praten, bewegen. Nut van fysieke activiteiten voor geestelijke gezondheid*. Amsterdam: SWP.