



## Preventie en geestelijke gezondheid

Preventie... Bijna iedereen kent het woord: uit een studie van het Centrum voor leesonderzoek (UGent) van 2013 bleek dat het woord "preventie" herkend werd door 99% van de Vlamingen en 100% van de Nederlanders. Bijna iedereen vindt het ook een goed idee dat er 'preventief gewerkt' wordt. Dat is niet zomaar een buikgevoel: de cijfers bevestigen dat preventie een meerwaarde is en de maatschappij op termijn geld opbrengt. Er is in toenemende mate deugdelijk onderzoek beschikbaar over de kosteneffectiviteit van preventie van geestelijke gezondheidsproblemen. Deze studies illustreren telkens opnieuw de 'return-on-investment' (ROI) van preventieve interventies in het domein van de geestelijke gezondheid: de meest conservatieve berekeningen concluderen dat elke euro die geïnvesteerd wordt in preventie van geestelijke gezondheidsproblemen op lange termijn 1,5 tot 2 euro oplevert.

Preventie in de geestelijke gezondheid kan bijdragen tot een beter mentaal welbevinden, en kan ervoor zorgen dat klachten en problemen zich minder (snel) ontwikkelen of minder ernstig worden. Preventie heeft ook een brede maatschappelijke meerwaarde, doordat de capaciteiten en talenten van mensen beter benut worden en doordat er potentieel minder mensen een beroep moeten doen op het al overbelaste zorgsysteem.

**Maar wat maakt dat iets waar niemand tegen is, en wat alleen maar 'winst' oplevert, toch zo moeilijk ingang lijkt te vinden in de praktijk? We belichten drie knopen, die hier mogelijk mee te maken hebben - en aansluitend drie punten waar een werkgroep preventie vanuit de SGGG mee aan de slag kan.**

### 1. Bemind, maar misschien toch niet zo bekend...

'Preventie' is een breed concept. Preventie situeert zich op een continuüm, gaande van gezondheidsbevordering over primaire preventie, tot vroeginterventie. Naast een preventief luik, omvat dit continuüm ook een tweede, zorggericht luik, dat reikt van diagnostiek naar behandeling en nazorg.

In de dagelijkse realiteit zien we evenwel een duidelijke scheidslijn tussen deze twee delen in het continuüm, c.q. daar waar preventie eindigt en zorg begint, is er weinig connectie: werkwijze, strategieën en taalgebruik zijn anders - het lijkt een andere wereld. Ten dele klopt dit ook: wat goed werkt in een behandelcontext - wanneer er een duidelijke impact is op het functioneren of

wanneer er sprake is van ziektelast - werkt niet noodzakelijk in het kader van gezondheidsbevordering of preventie. En omgekeerd: wat vanuit preventief oogpunt op populatieniveau goed werkt, is niet voor elk individu met psychische kwetsbaarheid of problemen op geestelijke gezondheid een gepast antwoord.

Echter, vanuit het perspectief van 'de burger' is deze opsplitsing bevreemdend. Preventie situeert zich bij uitstek in het dagelijks leven. Het is daarom belangrijk dat *de manier waarop er in verschillende levensdomeinen over geestelijke gezondheid gesproken wordt (hoe er aandacht aan besteed wordt, hoe er op ingezet wordt, ...) met elkaar resoneert*. Anders gezegd: iemand in behandeling voor psychische problemen, neemt doorgaans nog wel wat andere sociale rollen in andere levensdomeinen op; in elk van die levensdomeinen werken protectieve en risicofactoren door, die de mentale gezondheid mee bepalen. Wanneer we vanuit die verschillende levensdomeinen op eenzelfde manier naar geestelijke gezondheid kijken en op eenzelfde manier benaderen, kan dat behandeling (en nazorg) alleen maar ten goede komen.

**We moeten ons buigen over hoe we beide delen van het continuüm geestelijke gezondheid met elkaar kunnen verbinden of minstens beter op elkaar afstemmen. Op welke manier kunnen preventie en zorg elkaar beter leren kennen, en vooral, elkaar ondersteunen? Het aanwenden van een gemeenschappelijk begrippenkader / definiëring (hoe definiëren we geestelijke gezondheid überhaupt?), is nodig - in het dagelijks leven - in preventie - in de klinische praktijk - in beleidsteksten.**

## 2. De juiste dingen op het juiste moment

'Er is meer preventie nodig' - wanneer de wachtlijsten in de zorg lang zijn en de hulpverleners overvraagd, steekt de preventielogica snel de kop op: hoe sneller we ingrijpen, hoe beter. Tegelijkertijd bestaan er al ontzettend veel preventie-initiatieven: Wat maakt dat deze niet gezien worden? Wat maakt dat deze niet bekend zijn bij hulpverleners?

Want, wie er aan mocht twijfelen: er zijn in Vlaanderen tientallen lespakketten of workshops beschikbaar om leerlingen te sensibiliseren over uiteenlopende psychische klachten of vaardigheden om het mentaal welbevinden te versterken. Maar ook voor heel wat andere doelgroepen, in andere levensdomeinen bestaan er specifieke preventiepakketten - preventie op de werkvloer, preventie in de sport, .... Daarnaast zijn er verschillende kort- en langdurige communicatie- of sensibiliseringscampagnes. Aan initiatieven geen gebrek. Hoewel het ontegensprekelijk om goedbedoelde initiatieven gaat, worden ze zelden juist ingezet of is er niet altijd even veel aandacht voor een duurzame implementatie. Bij preventie is het cruciaal om de juiste dingen op het juiste moment te doen, en net daar gaat het vaak mis. Het is niet nodig om nog meer en nieuwe dingen te ontwikkelen - er is al zo veel; wel moet wat we weten en wat er is, beter geïmplementeerd worden.

Maar hoe weten we wat *het juiste is op het juiste moment*? Preventieonderzoek brengt ons op dit vlak twee belangrijke inzichten bij: het hanteren van een *levensloopbenadering* en het inzetten op *mentaal gezonde leefomgevingen*. Door op de juiste momenten in de levensloop en op de juiste plaats in de leefomgeving te investeren, kan er veel meer winst gemaakt worden. In iedere levensfase zijn er unieke veranderingen die ook samengaan met specifieke kwetsbaarheids- en beschermende factoren. Daarop moeten we inspelen (bijvoorbeeld: jonge meisjes en vrouwen in de nasleep van de COVID-19 pandemie). School-, werk-, vrijetijd-, en zorgomgevingen kunnen de mentale gezondheid versterken, maar dragen vaak ook bij aan mentale ongezondheid door de manier waarop ze georganiseerd en ingericht zijn.

Inzicht uit onderzoek is evenwel niet genoeg. Er zijn enkele belangrijke randvoorwaarden. Ten eerste is *er vanop het beleidsniveau een duidelijke strategie nodig*, die over alle beleidsdomeinen

heen de kaart trekt van preventie en zorg voor onze geestelijke gezondheid. We komen hier verder op terug. Ten tweede moeten we ook hier af van het 'silo-denken' in het aanbod: er is nood aan een portfolio van (bij voorkeur evidence-based) maatregelen die elkaar kunnen versterken. Op die manier kunnen we een tiered-preventie benadering uitbouwen waarbij alle onderdelen van het continuüm voor zorg en behandeling van geestelijke gezondheid op elkaar kunnen afgestemd worden. Een derde belangrijke randvoorwaarde is monitoring en onderzoek. Er is in Vlaanderen gebrek aan longitudinaal populatie-onderzoek wat toelaat om écht zicht te krijgen op de geestelijke gezondheid van de bevolking - waarbij zowel positieve geestelijke als geestelijke ongezondheid in kaart gebracht worden - en op de impact van preventie-initiatieven. De conceptafbakening (zie hoger) is essentieel.

Preventie en zorg kunnen samen gericht nadenken over welke indicatoren een rol kunnen spelen om het effect en impact van preventie-initiatieven zichtbaar te maken, maar ook om, bijvoorbeeld, een duidelijker zicht te krijgen op 'unmet needs'. Door afspraken te maken over wat we in kaart brengen, wordt opvolgen makkelijker. Een goede monitoring van geestelijke gezondheid laat toe om op een onderbouwde manier informatie te geven over wat nodig is op vlak van preventie-initiatieven, maar kan ook (toekomstige) noden in de zorg blootleggen.

**Zowel een definiëring en conceptafbakening, als het opstellen van indicatoren, is niet iets wat opgenomen kan worden door één specifieke organisatie. Experts uit preventie én uit zorg moeten hier samen aan werken - met een helder mandaat en geruggesteund vanuit het beleid: het mag geen vrijblijvend en vrijwillig initiatief zijn. Er is draagvlak nodig vanuit zorg-, onderwijs-, patiënt-, werk-, wetenschappelijke organisaties en het middenveld om gezamenlijk te werken aan een preventieve aanpak in de geestelijke gezondheid. Voorbeelden in het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Nederland maken duidelijk dat deze manier van werken op korte tijd veel in beweging kan zetten.**

### 3. We zullen het samen moeten doen

We moeten de olifant in de kamer benoemen: de jarenlange structurele onder-investering in de geestelijke gezondheidszorg, maakt dat de focus gericht is op daar waar de nood het hoogst is. De wachtlijsten zijn lang, de middelen ontoereikend. Door de vele noden in de geestelijke gezondheidszorg, wordt preventie vaak beschouwd als een druppel op een hete plaat. Preventie en zorg moeten in de eerste plaats gezamenlijk blijven pleiten voor een nog verder doorgedreven inhaalbeweging voor wat de middelen betreft die besteed worden aan geestelijke gezondheid.

Het is hierbij belangrijk in het achterhoofd te houden dat de mogelijkheden voor preventie en het versterken van geestelijke gezondheid (en dus ook de middelen) zeker niet alleen in de gezondheidszorg gezocht worden. Zoals eerder gezegd moeten we preventie breed bekijken: het is ingebed in de hele samenleving. Uit onderzoek kennen we de vermijdbare risicofactoren voor geestelijke ongezondheid. Het gaat bijvoorbeeld over opgroeien in onveilige omstandigheden in de kindertijd, huiselijk geweld, armoede en schulden, onzekere huisvesting, onstabiele tewerkstelling, eenzaamheid, pesten en discriminatie. Willen we geestelijke gezondheidsproblemen bij de bron aanpakken, dan impliceert dat investeringen die starten in de jonge levensfase en die gericht zijn op het beperken van sociaaleconomische verschillen. Deze investeringen zijn bij uitstek effectief in het voorkomen van latere gezondheidsverschillen. Hieruit volgt dat een beleid gericht op het verkleinen van sociaaleconomische verschillen vanaf de kindertijd, zoals bijvoorbeeld door gelijkwaardige toegang tot goede kinderopvang en onderwijs, van groot belang is. Hetzelfde geldt voor gelijke toegang tot goede gezondheidszorg doorheen de levensloop.

Het tegengaan van ongelijkheid bevordert de gezondheid in een samenleving en biedt daarmee een handelingsperspectief. Geestelijke gezondheid kan bij uitstek de case vormen waarbij gezondheid en welzijn met elkaar verbonden worden - iets waar steeds vaker voor gepleit wordt. Maar ook de

verbinding met de economie is niet ver te zoeken: geestelijke gezondheidsbevordering op de werkvloer of de aanpak van de hoge aantallen werknemers met geestelijk gezondheidsproblemen in de arbeidscontext zal niet opgelost geraken door werknemers massaal workshops 'zelfzorg' aan te bieden. De structuren rond werknemers dienen aangepakt: werkgevers spelen uiteraard een rol, maar ook zij zijn gebonden aan het grotere economische systeem. Het is daarom belangrijk om dit alles als geheel te bekijken, om te vermijden dat er aan symptoombestrijding gedaan wordt. In haar memorandum voor de verkiezingen schuift het Vlaams Instituut Gezond Leven in dit kader de 'upstream-downstream' metafoor naar voor: de metafoor illustreert hoe er vandaag in het algemeen naar volksgezondheid en het zorgsysteem wordt gekeken. Ze belicht spanningsveld en het onevenwicht tussen antwoorden op noodsituaties (de symptomen bestrijden en behandelen) en het voorkomen dat mensen in die situatie terechtkomen door de risicofactoren en de dieperliggende oorzaken aan te pakken.

Een kant-en-klare oplossing voor dit alles is er niet. Maar minstens is er wel een duidelijk plan nodig, waarbij alle beleidsdomeinen - federaal en Vlaams - op één lijn staan. De versnippering op het terrein maakt dat er op dit moment veel tijd, geld en motivatie verloren gaat: de Vlaamse overheid financiert meerdere partnerorganisaties die een rol opnemen op vlak van preventie, de federale overheid financiert de zorg. Vanuit de zorgcontext doorkruisen ELP-initiatieven de eerstelijnszones en netwerken geestelijke gezondheid, vanuit preventie zoekt het settinggericht samenwerken (OSW) naar afstemming. Zeer veel bomen, maar waar is het bos?

**Een weloverwogen, overkoepelend strategisch plan (over beleidsdomeinen heen), met gedegen financiering is noodzakelijk. Ook hier geldt dat dit een plan moet zijn dat niet door één enkele organisatie uitgewerkt kan worden.**

**Zo een plan geeft in de eerste plaats ook richting aan de basishouding van de beleidsmaker: net zoals we ervan uitgaan dat het evident is dat een hulpverlener een gepaste basishouding aanneemt, mogen we ook van een overheid een dergelijke basishouding ten opzichte van geestelijke gezondheid verwachten: gepaste aandacht en zorg voor de geestelijke gezondheid van elke burger tijdens elke levensfase. Eenmaal die basishouding er is, kan de versnippering in en tussen het preventielandschap en het zorglandschap zelf aangepakt worden. Investeren in geestelijke gezondheid als maatschappij zorgt ervoor dat de focus verschuift van ziekte naar gezondheid. We sluiten ons in deze aan bij de aanpak die door het Trimbos-instituut (2021) naar voor geschoven wordt om dat te kunnen realiseren geestelijke gezondheid zoveel mogelijk normaliseren en problemen aanpakken bij de bron met om daarmee zoveel mogelijk mentale problemen te voorkomen, stimuleren van vroegsignalering en adequate doorverwijzing naar (geïndiceerde) hulp daar waar extra ondersteuning nodig is.**