

Mentaal Gezond Groningen

Achtergrond en ambitie

Regionaal platform voor grootschalige preventie van psychische stoornissen

De maatschappelijke impact van psychische problemen

Psychische stoornissen hebben een hoge prevalentie. Een kwart van de volwassenen krijgt gedurende zijn of haar leven op enig moment te maken met een psychische stoornis. Wereldwijd staan psychische stoornissen inmiddels op de eerste plek waar het gaat om de bijdrage aan de ziektelast in de bevolking. Een psychische ziekte betekent een grote belasting voor patiënten en hun familieleden, maar ook de economische impact is zeer aanzienlijk. In Nederland zijn psychische problemen de belangrijkste veroorzaker van arbeidsongeschiktheid. De kosten daarvan worden geschat op 22 miljard euro per jaar (figuur 1). Psychische stoornissen gaan bovendien vaak gepaard met een slechtere lichamelijke gezondheid (bijvoorbeeld een bijna twee keer zo hoge kans op hart- en vaatziekten). Daarmee zorgen ze voor hogere zorgkosten. Tot slot is de kans op vroegtijdig overlijden hoger. De WHO schat dat mensen met een ernstige psychische aandoening 10-20 jaar leven moeten inleveren ten opzichte van de algemene bevolking. Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak van adolescenten en jongvolwassenen.



Figuur 1 Maatschappelijke kosten verminderde geestelijke gezondheid (ING Econ. Bureau obv CBS & OESO)

In Nederland vindt de signalering, diagnostiek en behandeling van volwassen en jeugdige patiënten met psychische stoornissen plaats bij huisartsen en POH-GGZ in de eerste lijn, en bij GGZ-instellingen en vrijgevestigde BIG geregistreerde professionals in de specialistische zorg. Daarnaast biedt een klein aantal gespecialiseerde centra tertiaire of academisch zorg. In Nederland gaat in de volwassenen GGZ op dit moment jaarlijks 5 miljard euro om, hiermee vormen de kosten voor psychiatrische zorg ongeveer 7% van de totale zorgkosten (CBS, 2018). De kosten van de jeugdzorg zijn in de periode 2015-2019

gestegen naar 5,6 miljard euro per jaar (Andersson Elffers Felix (AEF), 2020). In vergelijking met andere landen zijn de financiële middelen voor psychiatrische zorg in ons land relatief ruim, maar afgezet tegen de prevalentie en ziektelast van psychische stoornissen zou verdere groei binnen het totale zorgbudget gewenst en te verantwoorden zijn (Heijen, 2013).

De psychiatrie¹ is – ondanks de beschikbaarheid van een scala aan bewezen effectieve behandelingen - noch in Nederland noch internationaal in staat geweest om de ziektelast van psychische stoornissen op populatieniveau daadwerkelijk terug te brengen (Ormel et al. 2019). De prevalentie van psychische problemen is in de afgelopen 30 jaar nauwelijks veranderd, en de laatste jaren zelfs toegenomen, met name onder jongeren. De prognose van patiënten met een psychiatrische stoornis is niet aantoonbaar verbeterd. Die verbetering is urgent vanuit individueel en vanuit maatschappelijk oogpunt, en vereist een brede, geïntegreerde aanpak, dat wil zeggen vanuit een samenwerking tussen medisch en sociaal domein.

¹ Waar we psychiatrie zeggen, verwijzen we ook naar de jeugdpsychiatrie

Preventie

Binnen de zorg kunnen we zorgen voor betere uitkomsten door vaker *evidence based* behandelstrategieën toe te passen en door de effectiviteit van de zorg en van individuele professionals verder te verbeteren. Echter, zelfs wanneer iedere patiënt tijdig zou worden geïdentificeerd en behandeld volgens de 'state of the art', kan slechts een derde van de ziektelast van psychische stoornissen op populatieniveau worden weggenomen (Andrews et al 2004).

Als we daadwerkelijk een verschil willen gaan maken op populatieniveau, moeten we *buiten de zorg* aan de slag. En dat betekent: investeren in **preventie**. Preventie kan op verschillende niveaus (zie Figuur 2). Preventie is bedoeld om specifieke groepen mensen te beschermen en te helpen die een verhoogd risico lopen op ziekte. Preventie gaat er in essentie om de **ziekte te voorkomen**. Dit kan op verschillende manieren:

Universele preventie: dit is preventie gericht op de gehele bevolking, of bijvoorbeeld op alle middelbare scholieren. Het gaat vaak om educatie (seksualiteit, alcohol- en drugsgebruik), maar het kan ook gaan om het verbeteren van de leefomstandigheden, zoals een veilige buurt creëren. Het doel van universele preventie is de gezondheid van de bevolking te bevorderen en te beschermen.

Selectieve preventie: Hierbij gaat het om preventieve maatregelen voor een deel van de bevolking die een hoog risico heeft om bepaalde aandoeningen te krijgen. Het doel is om te voorkomen dat mensen met die risicofactoren daadwerkelijk ziek worden. Voorbeelden zijn kinderen van ouders met psychische problemen, die een grote kans hebben later zelf ook psychische problemen te krijgen (Havinga, 2020), of zwangere vrouwen en pas bevallen moeders (Munoz 2019), die een hoog risico hebben op een postnatale depressie door hormoonveranderingen.

Geïndiceerde preventie: Met deze vorm van preventie richten we ons op mensen die al beginnende klachten hebben en zorgen we ervoor dat deze klachten niet verergeren tot een volwaardige aandoening. Voorbeelden hiervan zijn trainingen voor jongeren die veel piekeren of slecht slapen.

Zorggerelateerde preventie: Voor mensen die al te maken hebben met een ziekte of aandoening, is zorggerelateerde preventie belangrijk om complicaties, beperkingen of een lage kwaliteit van leven te voorkomen. Binnen de GGZ bestaan bijvoorbeeld programma's om terugval te voorkomen, zoals mindfulness-based CGT.

Focus op jeugd

Binnen Mentaal Gezond Groningen richten we ons in eerste instantie op jongeren. Veel psychische stoornissen hebben hun oorsprong vroeg in het leven. Daarom is het belangrijk dat preventie zich ook richt op jeugdigen. In een latere fase van Mentaal Gezond Groningen richten wij ons ook op andere, belangrijke, doelgroepen zoals eenzame ouderen, mantelzorgers, mensen met chronische aandoeningen.

Focus op selectieve en geïndiceerde preventie

Er is inmiddels overtuigend bewijs dat online en andere ‘low-cost’ preventieprogramma’s bij mensen met beginnende klachten minimaal 20% van de nieuwe cases van bijvoorbeeld depressie kunnen voorkomen (van Zoonen et al 2014). Dat neemt niet weg dat het in sommige gevallen ook belangrijk is om op populatieniveau, dat wil zeggen universeel, een verschil te maken. Dat kan door sociaal-maatschappelijke risicofactoren aan te pakken (sociale determinanten).

Focus op sociale determinanten

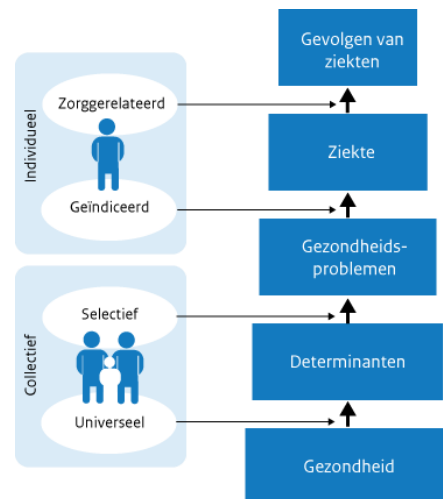
Voor het verbeteren van mentale gezondheid op populatieniveau moet ook en vooral gekeken worden naar sociale determinanten van gezondheid (zoals de gezinssituatie waarin kinderen opgroeien, het onderwijs en de vriendengroep), de werkomgeving, en in bredere zin naar maatschappelijke omstandigheden zoals (on)gelijkheid in inkomen en kansen op de arbeidsmarkt, armoede en schulden, fysieke gezondheid en leefstijl, discriminatie, en onveiligheid en geweld in de woonomgeving.

Preventie: breed en geïntegreerd

Succesvolle preventie, dat wil zeggen preventie met voldoende impact op populatieniveau vereist een samenwerking van een groot aantal partijen: zorgaanbieders, scholen, sportverenigingen, werkgevers, gemeenten, provincies, centra voor jeugd en gezin en meer. We mikken bij dit project op een grote, aantoonbare *collective impact*. Succesvolle preventieprogramma’s beslaan een breed scala aan maatschappelijke domeinen en risico- of beschermende factoren. Voor allerlei risicofactoren voor psychische problemen bestaan programma’s en interventies, maar in de praktijk is het aanbod vaak versnipperd en ontbreken integratie, regie, samenwerking en systematische evaluatie van uitkomsten. Wanneer een breed pallet van preventieve en zorgactiviteiten als gezamenlijk programma worden aangeboden, is het gezamenlijke effect vele malen groter is dan de optelsom der delen (Kania 2011). We werken dan ook vanuit een systemische visie waarin we zoeken naar samenhang en synergie tussen projecten die zich op verschillende niveaus richten op preventie van psychische ziekte. Een brede aanpak is nodig als we echt een voor de maatschappij relevant verschil willen maken (Ormel et al 2019b).

Wetenschap

De wetenschap heeft een belangrijke rol. Allereerst biedt zij inzicht in belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van psychische aandoeningen, waarop we met preventie kunnen aangrijpen. Ook geeft de wetenschap aan welke doelgroepen belangrijk zijn en welke interventies de beste kansen hebben. Daarnaast kunnen wetenschappers helpen bij de opzet en het meten van uitkomsten van veelbelovende preventieve initiatieven en het meten van de impact van veranderd beleid op populatieniveau. Door mensen over langere tijd te volgen, kunnen de langetermijneffecten van beleidsveranderingen en preventieve interventies in beeld gebracht worden en kan ook worden aangetoond wat de kosten en baten van preventie zijn. In het Noorden hebben we een goede wetenschappelijke infrastructuur (met cohorten als [LIFELINES](#) en [TRAILS](#) en langlopende



Figuur 2 Verschillende vormen van preventie

onderzoekssamenwerking binnen het [RGOc](#)) om op wetenschap gefundeerde keuzes te maken en om effecten van nieuwe initiatieven gedegen te evalueren.

Literatuur en verder lezen:

Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H (2004) Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. Br J Psychiatry. 184:526-33. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/utilising-survey-data-to-inform-public-policy-comparison-of-the-costeffectiveness-of-treatment-of-ten-mental-disorders/E90EB31FACFC42COD1E9EF8F46F3AC63>

Andersson Elffers Felix (AEF) (2020). Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ac85f86d-f8a4-4e60-a418-8a327f01780a/pdf>

CBS zorgkosten 2018: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/22/zorguitgaven-stijgen-in-2017-met-2-1-procent>

Havinga PJ, Boschloo L, Bloemen AJ, Nauta MH, de Vries SO, Penninx BW, Schoevers RA, Hartman CA. Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study. J Clin Psychiatry. 2017 Jan;78(1):e8-e17. doi: 10.4088/JCP.15m09936. <https://www.psychiatrist.com/jcp/anxiety/offspring-of-depressed-and-anxious-patients/>

Heijen, H., Beekman, A., Verheul, P., & Dekker, J. J. M. (2013). Kostenstijging GGZ wordt overdreven. Medisch Contact 40, 2023-2025. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/kostenstijging-ggz-wordt-overdreven>

Kania J, Kramer M (2011) Collective Impact. Stanford Social Innovation Review (https://ssir.org/articles/entry/collective_impact#)

Loket Gezond leven <https://www.loketgezondleven.nl/aanpak-gezonde-gemeente/landelijk-beleiden-programmas/wat-is-preventie>

Muñoz RF (2019) Prevent depression in pregnancy to boost all mental health. Nature 574(7780):631-633. <https://www.nature.com/articles/d41586-019-03226-8>

Ormel J, Kessler RC, Schoevers R (2019) Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? And can we do better? Curr Opin Psychiatry 32(4):348-354. https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2019/07000/depression:_more_treatment_but_no_drop_in.15.aspx

Ormel J, Cuijpers P, Jorm AF, Schoevers R (2019) Prevention of depression will only succeed when it is structurally embedded and targets big determinants. World Psychiatry 18(1):111-112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6313244/>

van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF 3rd, Beekman AT, Cuijpers P (2014) Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. Int J Epidemiol. 2014 Apr;43(2):318-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023317/>