

# De effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden

## Interventiemogelijkheden en beleidsopties op verschillende niveaus

P. VENTEVOGEL, J.T.V.M. DE JONG

**ACHTERGROND** Psychiatrische stoornissen in ontwikkelingslanden zijn een belangrijke oorzaak voor beperkingen en verlies van economische productiviteit.

**DOEL** Het presenteren van een overzicht van interventiemogelijkheden en beleidsopties voor de geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden.

**METHODE** Literatuuronderzoek met behulp van PubMed, aangevuld met eigen praktijkervaring.

**RESULTATEN** De schaarse onderzoeksgegevens geven aanwijzingen dat effectieve behandeling van psychiatrische stoornissen in ontwikkelingslanden mogelijk is. Er zijn drie niveaus waarop geestelijke gezondheidszorg kan worden geleverd: het niveau van bestaande geestelijke gezondheidszorg, het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg en het niveau van community mental health. Aan de hand van drie voorbeelden worden interventies op elk van deze niveaus besproken.

**CONCLUSIE** Meer onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van psychiatrische behandelinterventies in ontwikkelingslanden is noodzakelijk, in combinatie met daadwerkelijke implementatie van ggz-programma's in die landen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)4, 283-293]

**TREFWOORDEN** beleid, eerstelijnsgezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, ontwikkelingslanden, psychosociale programma's

Jarenlang overheerste bij beleidsmakers in ontwikkelingslanden de gedachte dat behandelvoorzieningen voor psychiatrische aandoeningen geen hoge prioriteit hoefden te hebben. Andere aandoeningen, zoals infectieziekten en reproductieve gezondheidsproblemen, eisten alle aandacht op. De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat psychiatrische aandoeningen een grote invloed hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking in ontwikkelingslanden en daarmee op de productiviteit en levenskwaliteit. Rapporten van de Wereldbank en Wereldgezondheidsorganisatie (Murray &

Lopez 1996; World Health Organization 2001) hebben bijgedragen aan een vergrote mondiale belangstelling voor geestelijke gezondheid. De resultaten van deze rapporten worden echter slechts in beperkte mate vertaald in concrete beleidsinitiatieven in ontwikkelingslanden. De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization; WHO) moedigt nationale overheden aan een beleid voor geestelijke gezondheid te ontwikkelen. De resultaten zijn voorzichtig positief, al besteedden in 2001 de meeste landen in Afrika en Zuidoost-Azië minder dan 1% van het overheidsbudget

voor gezondheidszorg aan geestelijke gezondheidszorg (Saxena e.a. 2003). In Nederland is dit 7% (World Health Organization 2005).

In veel landen wordt een beleid voor geestelijke gezondheidszorg, voorzover al aanwezig, door gebrek aan politieke wil van de overheid en geringe betrokkenheid van ggz-professionals slechts gedeeltelijk of helemaal niet geïmplementeerd (Jacob 2001). Een beleid voor geestelijke gezondheid moet worden vertaald in programma's voor geestelijke gezondheidszorg waarin concrete interventies voor een bepaald gebied worden geformuleerd en geïmplementeerd aan de hand van een bepaald budget (World Health Organization 2003). Deze programma's kunnen een klein gebied omvatten of een heel land; ze kunnen door de overheid worden uitgevoerd, door niet-gouvernementele organisaties (NGO's) of door beide. Programma's voor geestelijke gezondheidszorg kunnen worden uitgevoerd op drie niveaus, namelijk op het niveau van: (1) bestaande psychiatrische voorzieningen; (2) de eerstelijnsgezondheidszorg; en (3) *community mental health*.

Dit artikel geeft een overzicht van de mogelijke beleidsopties voor het opzetten van een systeem voor geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden.

## PROBLEEMSTELLING

In het verleden werd het belang van ziekten voor de samenleving gemeten met behulp van prevalentiecijfers en mortaliteitscijfers. Psychiatrische stoornissen hebben net als veel andere chronische of niet-overdraagbare ziekten een hoge prevalentie en een relatief geringe mortaliteit, en gaan vaak gepaard met een hoge mate van beperkingen in het dagelijks leven (*disability*) (Demyttenaere e.a. 2004). De Wereldbank en de WHO hebben daarom het begrip *Disability Adjusted Life Year* (DALY) ontwikkeld. Dit is een maat voor ziektelast die aangeeft hoeveel jaren gezond leven als gevolg van een aandoening verloren gaan, gebaseerd op voortijdige sterfte en beperkingen. Ongeveer 12% van de wereldwijde ziektelast uitgedrukt in

DALY's wordt veroorzaakt door neuropsychiatrische stoornissen (Murray & Lopez 1996). Unipolaire depressie, met 4,4% van de totale ziektelast, veroorzaakt wereldwijd een gezondheidsschade die vergelijkbaar is met die van ischemische hartziekten (Chisholm e.a. 2004). Van de 10 aandoeningen die wereldwijd de grootste ziektelast veroorzaken, behoren er 5 tot het domein van de psychiatrie. In India en Pakistan werd berekend dat de maandelijkse kosten die een gezin kwijt is aan een patiënt met een depressie of een angststoornis, equivalent is aan het loon van een landarbeider van enkele weken (Chisholm e.a. 2000). Dit gaat voor het grootste deel om mensen die een ongediagnosticeerde psychiatrische aandoening hebben en voor behandeling vergeefs artsen en genezers aflopen.

Institutionele donoren zoals de Wereldbank beginnen het belang in te zien van investeringen in geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden (Baingana 2003). De vraag is hoe dat moet gebeuren. Een belangrijke kwestie is in hoeverre behandelmethoden die in het westen effectief zijn gebleken, dat ook in ontwikkelingslanden zijn. Men kan niet zonder meer aannemen dat wat in de VS of Europa werkt, ook wel zal werken in Afrika of Azië. Dat wil overigens niet zeggen dat de behandeling van psychiatrische aandoeningen in een niet-westerse context een volstrekt andersoortige logica zou volgen. De huidige inzichten in de transculturele psychiatrie laten het oude 'absolute cultuurrelativisme' achter zich (De Jong 1992; Ventevogel 2002). Alle ziekteconstructies zoals we die kennen zijn tot op zekere hoogte door cultuur beïnvloed, en alle behandelmodaliteiten moeten rekening houden met de sociale en culturele context. Kleinman & Cohen (1997) wijzen op de heilloosheid van een rigide hantering van het zogenaamde pathogeniciteit-pathoplasticiteitsmodel, waarbij biologische factoren de 'ware aard' van de ziekte zouden bepalen (pathogeniciteit), terwijl sociale en culturele factoren hooguit invloed zouden hebben op de vorm waarin een ziekte zich manifesteert (pathoplasticiteit). Zo'n dichotomie veronachtzaamt de rol van sociale en culturele processen

in etiologie, symptomatologie en prognose van psychische aandoeningen in iedere, dus ook westerse, context en leidt tot een eenzijdige benadruking van de rol van biologische factoren bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen.

## METHODE

Met behulp van PubMed werd gezocht naar relevante literatuur over: (1) de effectiviteit van psychiatrische interventies in ontwikkelingslanden; en (2) strategieën, beleidsinitiatieven en concrete projecten op het gebied van geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Als operationalisatie van het begrip 'ontwikkelingsland' werden de criteria genomen die de Wereldbank hanteert voor landen met een laag of laag-modaal gemiddeld inkomen: een gemiddeld jaarinkomen per hoofd van de bevolking van minder dan 3035 Amerikaanse dollars. Er zijn 117 landen die aan deze criteria voldoen (World Bank 2004). Er werd gezocht op basis van de thematische trefwoorden: 'mental health' of 'psychiatry' gecombineerd met een van de volgende geografische trefwoorden: 'low income countries', 'developing countries', 'Africa', 'Asia', 'Latin America' en de afzonderlijke landnamen van de 117 ontwikkelingslanden. De gevonden literatuur werd aangevuld met de auteurs bekende publicaties van de Wereldgezondheidsorganisatie, boeken over geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en 'grijze literatuur', zoals ongepubliceerde rapporten en projectbeschrijvingen.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychiatrische behandelmethoden in ontwikkelingslanden blijkt uitermate schaars. Voor de periode 1984 tot 2004 werden zeven klinische onderzoeken gevonden die aan gangbare wetenschappelijke criteria voor toetsend onderzoek voldeden (Cochrane 2004). Beschrijvende en opiniërende publicaties over het ontwikkelen van psychiatrische voorzieningen in ontwikkelingslanden waren in ruimere mate voorhanden. De meest relevante publicaties zijn in de literatuurlijst van dit artikel opgenomen.

## EFFECTIVITEIT VAN PSYCHIATRISCHE INTERVENTIES IN ONTWIKKELINGSLANDEN

De zeven gevalideerde onderzoeken naar psychiatrische behandelmethoden in ontwikkelingslanden zijn opgenomen in tabel 1. Daarnaast zijn de gegevens van een onderzoek uit 2005 in de tabel verwerkt (De Jong e.a. 2005). Uit de beperkte gegevens kunnen geen harde conclusies worden getrokken. Groepsbehandeling voor veelvoorkomende psychiatrische stoornissen bleek effectief in drie verschillende onderzoeken in Latijns-Amerika, Afrika en Azië (Araya e.a. 2003; Bolton e.a. 2003; De Jong e.a. 2005). Individuele behandeling bleek effectief in Oeganda (expressieve psychotherapie bij posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Neuner e.a. 2004)), Pakistan (counseling door *minimally trained counselors* bij vrouwen met een depressie of angststoornis in Karachi (Ali e.a. 2003)) en Cambodja (individuele counseling (De Jong e.a. 2005)), terwijl zij niet effectief bleek in Mozambique (expressieve psychotherapie bij PTSS (Igreja e.a. 2004)) en India (steunende oplossingsgerichte psychotherapie bij depressie en angststoornissen (Patel e.a. 2003)).

Nog schaarser dan onderzoek naar klinische effectiviteit is onderzoek naar kosteneffectiviteit van interventies. Een recente schatting op basis van geëxtrapoleerde gegevens naar de kosteneffectiviteit van de behandeling van depressieve stoornissen in veertien wereldregio's suggereert dat het ook (juist) in ontwikkelingslanden kosteneffectief zou zijn om depressie te behandelen. De huidige kosteneffectiviteit voor de behandeling van depressieve stoornissen is vergelijkbaar met die van hypertensie. Dat rechtvaardigt een grotere claim op de – schaarse – middelen die in ontwikkelingslanden beschikbaar zijn voor gezondheidszorg. De huidige impact van depressiebehandeling moet worden vergroot door een groter bereik en het ontwikkelen van effectievere behandel- en preventiestrategieën (Chisholm e.a. 2004; Patel e.a. 2004).

Bij een kosteneffectiviteitsonderzoek in Cambodja bleek dat de interventiegroepen – in verge-

TABEL 1 Onderzoek naar psychiatrische behandelmethoden in ontwikkelingslanden							
Onderzoek	Locatie	Type onderzoek	Onderzoekspopulatie	Onderzochte interventie	Patiënten	Belangrijkste uitkomstmaat	Significante verschillen interventie- versus controlegroep
Ali e.a (2003)	Pakistan	RCT	Vrouwen met een depressie of angststoornis uit lage middenklassewijk	Steunende en problem solving counseling door vrouwen na 33 uur training	70 (interventie) 91 (controle)	AKUADS	Reductie in AKUADS-score in interventiegroep 35%, in controlegroep 14% (p = 0,000)
Araya e.a. (2003)	Chili	RCT	Vrouwen met een depressie uit lage inkomensgroepen	Stepped care (medicatie + groepstherapie)	104 (interventie) 109 (standaardzorg)	HRSD-score bij vervolgmeting na zes maanden < 50% van aanvangsmeting	Odds ratio 7,56 (interventie superieur)
Bolton e.a. (2003)	Oeganda	RCT	Mannen en vrouwen met depressieve stoornis (bevolkingssteekproef)	Interpersoonlijke groepstherapie	163 (interventie) 178 (controle)	DSM-IV-algoritme voor depressie	Odds ratio 18,49 (interventie superieur)
Igreja e.a. (2004)	Mozambique	RCT	PTSS-patiënten	Getuigenis-therapie	66 (interventie) 71 (controle)	NITE, SIFP	Geen significante effecten
De Jong e.a. (2005)	Cambodja	Klinische trial	Patiënten met veelvoorkomende psychiatrische aandoeningen	Steunende groepstherapie en individuele counseling met (39%) en zonder medicatie (61%)	281 (groeps-therapie) 296 (counseling) 240 (controle)	MHI-5, PCL-C, SF-12	Alle interventies beter dan controleconditie. Counseling in het algemeen significant beter (effectgrootte 0,81-2,00) dan groepstherapie (effectgrootte 0,78-1,05). Counseling zonder medicatie grootste effecten.
Neuner e.a. (2004)	Oeganda	RCT	Soedanese vluchtelingen met PTSS in Oeganda	Narratieve exposure therapie (NET) Steunende therapie (ST) psycho-educatie (PE)	17 (NET) 14 (ST) 12 (PE)	CIDI (vervolgmeting na 1 jaar)	Effectgroottes 1,9 (NET); 0,4 (ST); 0,3 (PE) NET-interventie superieur
Patel e.a. (2003)	India	RCT	Patiënten in de eerstelijns gezondheidszorg met common mental disorders	Medicatie (fluoxetine) Individuele steunende counseling	150 (medicatie) 150 (counseling) 150 (placebo)	CIS-R 2-12 maanden na start interventie	Medicatie versus placebo: effectgrootte 1,6 (medicatie superieur) Counseling versus placebo: effectgrootte 0,74 (placebo superieur)
Sumathipala e.a. (2000)	Sri Lanka	RCT	Medisch onverklaarde klachten bij patiënten die frequent de arts bezoeken	Cognitieve therapie	34 (interventie) 34 (controle)	BSI	Interventie superieur (p = 0,01)

AKUADS = Aga Khan University Anxiety and Depression Scale; BSI = Bradford Somatic Inventory; CIDI = Composite International Diagnostic Interview (PTSD\*-sectie); CIS-R = Revised Clinical Interview Schedule; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; MHI = Mental Health Inventory; NITE = Nocturnal Intrusions after Traumatic Events questionnaire; PCL-C = PTSD\* Checklist-Civilian version; PTSS = posttraumatische stressstoornis; RCT = Randomized Controlled Trial; SF-12 = Medical Outcome Study (MOS) short form 12 item version; SIFP = Self Inventory For PTSD  
\* PTSD = post traumatic stress disorder

lijking met de controlegroep – significant betere uitkomsten hadden met betrekking tot psychiatrische symptomatologie en de daarmee gepaard gaande beperkingen. De winst van de behandeling voor een patiënt, na aftrek van alle kosten, bedroeg ongeveer zes Amerikaanse dollars per maand voor individuele therapie, zowel met als zonder medicatie (De Jong e.a. 2005).

Kosteneffectiviteitsonderzoek naar groot-schalige behandelprogramma's is nog niet gepubliceerd, met uitzondering van een onderzoek naar de integratie van psychiatrie in de basisgezondheidszorg in Pakistan en India, waarbij de vraag naar kosteneffectiviteit uiteindelijk onbeantwoord bleef (Chisholm e.a. 2000). Meer onderzoek naar de kosteneffectiviteit van behandelprogramma's – en niet alleen naar specifieke interventies bij geselecteerde patiëntengroepen – is noodzakelijk om de enorme sociale invaliditeit en het verlies van productie en sociaal kapitaal door psychiatrische aandoeningen tegen te gaan.

#### INTERVENTIES OP HET NIVEAU VAN BESTAANDE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN

In veel ontwikkelingslanden is het systeem voor psychiatrische voorzieningen beperkt tot enkele grote psychiatrische ziekenhuizen. De impact van deze grote behandelinstellingen is vaak gering door de hoge kosten, de geringe doorstroming en een beperkt verzorgingsgebied. In veel landen bestaat een groot tekort aan psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen. Om de beschikbare hulpbronnen doelmatiger in te zetten moet een instantie op nationaal niveau zich richten op integratie van voorzieningen, reallocatie van bedden en psychiatrische trainingen voor gezondheidszorgwerkers in algemene ziekenhuizen.

Ook in ontwikkelingslanden kunnen psychiatrische ziekenhuizen zich ontwikkelen van instituties voor biomedische behandeling tot bredere zorginstellingen met meer aandacht voor poliklinische zorg en rehabilitatie. In Tanzania bestaat een traditie van 'psychiatrische dorpen' waar chro-

nisch psychiatrische patiënten in een plattelandsomgeving sociale vaardigheden en arbeidsvaardigheden kunnen leren (Kilonzo & Simmons 1998).

*Voorbeeld: decentralisatie en modernisatie van de ggz in Gujarat, India* In 2002 formuleerde India een nieuw beleid voor geestelijke gezondheid dat voorziet in decentralisatie van psychiatrische voorzieningen. De overheid van de deelstaat Gujarat maakte, met ondersteuning van de Nederlandse ambassade, een veelomvattend plan dat zich richt op institutionele ontwikkeling, verbetering van dienstverlening en vermindering van sociale en juridische knelpunten (Government of Gujarat 2003). Het overgrote deel van het overheidsbudget voor ggz ging naar 'gespecialiseerde' intramurale voorzieningen, die meer een bewaarfunctie dan een behandel functie hadden. Er zijn 163 gekwalificeerde psychiaters (dat is 3 psychiaters per miljoen inwoners), waarvan 85% in privé-praktijken werkt. Ter vergelijking: per miljoen inwoners heeft Nederland 90 psychiaters, Cambodja 0,9 en Afghanistan 0,4 (World Health Organization 2005). Gujarat, met 51 miljoen inwoners en qua oppervlakte 5 keer zo groot als Nederland, heeft bijna 1000 psychiatrische bedden, voornamelijk in 2 psychiatrische ziekenhuizen die zijn gebouwd tijdens het 19de-eeuwse Britse bestuur. Deze instellingen kampen met een ernstig gebrek aan geschoold personeel en een tekortschietend opleidingsklimaat. De hygiëne en de mensenrechtensituatie in deze instellingen zijn zorgwekkend.

Het rapport adviseert maatregelen om ziekenhuizen te stimuleren extramurale poliklinische voorzieningen op te zetten. Ziekenhuismedewerkers moeten een deel van hun tijd besteden aan preventieve activiteiten en het trainen van algemeen gezondheidszorgpersoneel. Daarnaast kunnen zelfstandig werkende psychiaters ingezet worden bij trainingsactiviteiten. De duur van een psychiatrische opname moet worden verkort door het opzetten van rehabilitatievoorzieningen (die nu geheel afwezig zijn). Dit moet gepaard gaan

met een verschuiving van gelden van intramurale naar extramurale voorzieningen. Verder moet de zorg worden 'ontbureaucratiseerd': per opgenomen psychiatrische patiënt moeten nu twaalf formulieren worden ingevuld.

#### INTERVENTIES OP HET NIVEAU VAN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

De WHO propageert de strategie om het merendeel van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg onder te brengen. Gezien de hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen is dit ook in ontwikkelde landen wenselijk, maar in ontwikkelingslanden, waar een goed ontwikkeld ggz-systeem ontbreekt, is het een absolute noodzaak. Het merendeel van de patiënten bezoekt toch al de eerstelijnsgezondheidszorg, waar de psychische oorzaak van hun klachten meestal niet wordt herkend. Het tijdig onderkennen van psychische problemen kan de medicalisering van sociale problematiek tegengaan en het overmatig gebruik van geneesmiddelen voor lichamelijke aandoeningen verminderen. Bij het integreren van basispsychiatrie worden de sterke punten van de eerstelijnsgezondheidszorg benut, zoals een grote beschikbaarheid van voorzieningen, een goede toegankelijkheid en lage kosten voor de patiënt (World Health Organization 2003). Bovendien werkt de eerste lijn minder stigmatiserend dan aparte psychiatrische voorzieningen. De mate waarin eerstelijnsvoorzieningen kunnen bijdragen aan het bieden van psychiatrische zorg is afhankelijk van diverse factoren, zoals: de mate waarin de geestelijke gezondheidszorg ziekenhuisgeoriënteerd of gemeenschapsgeoriënteerd is; de mate waarin de eerstelijnsgezondheidszorg is ontwikkeld; welk soort personeel werkzaam is in de eerstelijnsvoorzieningen; wat het bestaande takenpakket van de werkers inhoudt; wat hun expertise is op psychiatrisch gebied; in hoeverre zij biomedische naast traditionele modellen hantieren bij het verklaren van gezond of deviant gedrag; en welke mogelijkheden voor training en supervisie al bestaan.

De eerstelijnsgezondheidszorg heeft meer dan ziekenhuisgeoriënteerde zorg de mogelijkheid om beschermende en helende factoren die aanwezig zijn te benutten, zoals de cohesie van de *extended family* en de relatief grotere tolerantie en hulpvaardigheid van lokale gemeenschappen ten opzichte van psychiatrische patiënten (Murthy 1998). Er zijn twee manieren om psychiatrie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te introduceren. De eerste is *enhancement*: eerstelijnsgezondheidszorgwerkers worden door training in staat gesteld zelfstandig behandelingen te doen. De tweede is *linkage*: gespecialiseerde medewerkers van ggz-instellingen houden spreekuur in eerstelijnsvoorzieningen. In het algemeen wordt in de literatuur *enhancement* bedoeld wanneer over de integratie van psychiatrie in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gesproken. Een belangrijke component bestaat uit het trainen van eerstelijnsgezondheidszorgpersoneel. Dat kan variëren van korte trainingen van één à twee dagen voor dorpsgezondheidsvrijwilligers tot trainingen van enkele maanden.

*Voorbeeld: integratie van psychiatrie in basisgezondheidszorg in Oost-Afghanistan* Afghanistan heeft ruim 22 miljoen inwoners en een 23 jaar lange geschiedenis van collectief geweld. De ggz-infrastructuur, voorzover die al aanwezig was, is verwoest. Epidemiologisch onderzoek duidt op een zeer hoge prevalentie van psychische problemen (Scholte e.a. 2004). De nieuwe overheid in Afghanistan heeft een basispakket gezondheidsinterventies geformuleerd dat centraal staat in de wederopbouw van de gezondheidszorg. Psychiatrische problematiek vormt daarbij een van de prioriteiten. De Nederlandse organisatie HealthNet TPO heeft sinds 2002 een programma waarbij basispsychiatrie wordt ingevoerd in de eerstelijnsgezondheidszorg. Gedurende het programma zijn trainingen ontworpen voor basisartsen (2 weken), verpleegkundigen en vroedvrouwen (2 weken), dorpsgezondheidsvrijwilligers (2 dagen) en dorpsoudsten en religieuze leiders (1 dag). De aandoeningen die aan bod komen (psychose, depressieve stoornissen, angststoornissen, epilepsie,

zwakzinnigheid en verslaving) zijn geselecteerd op basis van 3 public-health-criteria: prevalentie, behandelbaarheid en ernst van de aandoening (Ventevogel & Kortmann 2004b). Andere noodzakelijke elementen van het programma zijn supervisie en maandelijkse voorziening van de gezondheidscentra met essentiële psychofarmaca (Ventevogel & Kortmann 2004a). Inmiddels heeft het programma honderden gezondheidszorgmedewerkers getraind. De tussentijdse resultaten zijn positief: een significante toename van kennis na training en een vervijfvoudiging van het percentage herkende psychiatrische patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Integratie van psychiatrie in eerstelijnsgezondheidszorg heeft een aantal sterke punten. Gezondheidszorgwerkers hebben meestal een duidelijk besef van hun gebrek aan kennis en vaardigheden en zijn vaak gemotiveerd voor training (De Jong 1996). De interventies zijn goedkoop en vergen bescheiden investeringen in infrastructuur en personeel (Ackland 2002). De duurzaamheid wordt bevorderd doordat gebruik wordt gemaakt van bestaande systemen (Mohit 2001). De effectiviteit van training van gezondheidszorgwerkers kan zeer hoog zijn. In een district in Pakistan ging de detectiegraad van psychische ziekten omhoog van 0,4/1000 tot 13/1000, terwijl deze in een controle-district nagenoeg gelijk bleef (Saeed e.a. 2001). Het model is ook gemakkelijk replicerbaar. Vanuit een klein project kan het worden uitgebreid naar provinciaal niveau of deelstaatniveau, zoals in India is gebeurd (Wig & Murthy 2004).

Er kunnen echter ook kritische kanttekeningen worden geplaatst. Zo vraagt Kleinman (2003) zich af of van medewerkers in de eerstelijnsgezondheidszorg eigenlijk wel gevraagd kan worden ook psychiatrische problematiek te behandelen gezien de grote werkdruk die zij toch al hebben. Ook wordt steeds duidelijker dat geïsoleerde training van gezondheidszorgwerkers weinig zinvol is wanneer supervisie en een structurele inbedding ontbreken. In Zimbabwe bleken eerstelijnsverpleegkundigen drie jaar na een korte training

weliswaar in staat depressieve stoornissen te herkennen, maar in de klinische praktijk pasten zij deze kennis nauwelijks toe (Abas e.a. 2003). Het is ook duidelijk dat inspanningen om geestelijke gezondheidszorg te integreren in eerstelijnsgezondheidszorg gepaard moeten gaan met voorlichtingsactiviteiten voor een breder publiek om de bewustwording te vergroten, stigma te verminderen en de bevolking te attenderen op beschikbare behandel mogelijkheden (James e.a. 2002). Groot-schalige integratie van geestelijke gezondheidszorg is slechts in een beperkt aantal landen – en met wisselend succes – toegepast, zoals in India, Iran, Pakistan en Tanzania (Cohen 2001).

#### INTERVENTIES OP HET NIVEAU VAN COMMUNITY MENTAL HEALTH

In een situatie waarin het officiële gezondheidszorgsysteem slechts zeer beperkte financiële middelen en weinig geschoolde menskracht heeft, is het vaak nodig om de actieradius uit te breiden van het gezondheidszorgsysteem naar de samenleving als geheel. We spreken dan van *community based* psychosociale programma's. Doel is om de lokale gemeenschap actief bij de activiteiten te betrekken, sociale verbanden te verstevigen en cultuureigen steunsystemen te herstellen. Speciale aandacht wordt besteed aan kwetsbare groepen, zoals kinderen en kindsoldaten, vluchtelingen en weduwen en wezen. Programma's zijn gericht op een combinatie van primaire, secundaire en tertiaire preventie: nationaal (macro)niveau, lokale gemeenschappen (mesoniveau) en gezinnen en individuen (microniveau). De interventies kunnen bestaan uit massale publieksvoorlichting, het stimuleren van plattelandsontwikkeling en inkomstengenererende activiteiten voor vrouwen, zelfhulpgroepen, het opzetten van crisinterventieteams, activiteiten die gericht zijn op verzoening en het vreedzaam oplossen van conflicten, groeps- en sportactiviteiten voor kinderen, en gezinsinterventies of individuele interventies (De Jong 2002). Vaak worden lokaal psychosociale counselors opgeleid die zich bezighouden met

groeps counseling, individuele counseling, *advocacy*, en voorlichting. De meeste programma's werken multisectoraal: er wordt samengewerkt met gemeenschapsleiders, traditionele genezers, religieuze leiders, onderwijzers, plaatselijke gezondheidszorgwerkers en andere hulpverleners in het kader van sociale programma's, zoals alfabetiseringsprojecten.

*Voorbeeld: een psychosociaal programma in Cambodja* Cambodja werd vanaf de jaren zestig tot tachtig geteisterd door oorlogen en geweld, die de sociale cohesie en familiestructuur vernietigden. In 1993 startte de Nederlandse organisatie TPO (Transcultural Psychosocial Organization) een psychosociaal programma dat begon met antropologisch onderzoek, diepte-interviews en focusgroepsdiscussies. Het onderzoek gaf inzicht in lokale uitingen van psychopathologie, traditionele geneeswijzen en traditionele steunsystemen waarbij het programma zou kunnen aansluiten. Vervolgens werd cultureel aangepast trainingmateriaal ontwikkeld waarbij de samenhang werd duidelijk gemaakt tussen 'westerse' uitingvormen van psychopathologie en de ongeveer dertig lokale uitingvormen van culturele *idioms of distress*. Bij de trainingen werd een 'cascademodel' gebruikt waarbij opgeleide medewerkers anderen trainden en superviseerden, die op hun beurt mensen op dorpsniveau trainden. Het programma werd opgezet met medewerkers van de ministeries van volksgezondheid, onderwijs, sociale zaken, vrouwenzaken en plattelandsontwikkeling.

In het interventiemodel stonden vier elementen centraal: bewustwording bij de bevolking van psychosociale en psychiatrische problemen, het bevorderen van gemeenschapsopbouw, het trainen van lokale deskundigen (zoals genezers, boeddhistische monniken, onderwijzers en gezondheidszorgwerkers), en het opzetten van behandel mogelijkheden (zelfhulpgroepen, individuele counseling en een netwerk van psychiatrische poliklinieken). De gebruikte interventietechnieken combineerden Cambodjaanse elementen (medita-

tie, purificatierituelen) en psychologische elementen (steunende groepstherapie en individuele counseling).

Het programma wordt inmiddels uitgevoerd door een zelfstandige Cambodjaanse NGO en bestrijkt 5 van de 22 provincies van het land (Eisenbruch e.a. 2004; Van de Put & Eisenbruch 2002; Somasundaram e.a. 1999).

Het is van groot belang om ggz-activiteiten te combineren met andere activiteiten die tot doel hebben de leefomstandigheden van de doelgroep te verbeteren. Dit is in het verleden soms verwaarloosd door organisaties die massale 'psychotraumatrainingen' opzetten in postconflictgebieden, wat tot heftige kritiek heeft geleid (Summerfield 1999). Moderne richtlijnen voor psychotraumatraining benadrukken de noodzaak van integratie tussen disciplines en het verdisconteren van de sociale en politieke context. Kortdurende trainingen zonder een voortgaande structuur van supervisie kunnen leiden tot schade bij de patiënten en demoralisering van de getrainde hulpverleners (Van Ommeren 2003). Het is een kunstfout zich bij postconflictprogramma's eenzijdig te richten op PTSS ten koste van andere uitingvormen van psychopathologie (De Jong e.a. 2003).

## CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de effectiviteit van de behandeling van psychiatrische stoornissen in ontwikkelingslanden zijn slechts in beperkte mate beschikbaar. Uit de schaarse gegevens blijkt dat succesvolle interventies mogelijk zijn. Er is dringend behoefte aan meer en diepgaander onderzoeken, in het bijzonder naar de kosteneffectiviteit van specifieke interventies en complete behandelprogramma's. Beleidsmakers in ontwikkelingslanden moeten – gezien de grote gezondheidslast van psychiatrische ziekten – nu al meer inspanningen leveren om een systeem van geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden op te zetten. Daarbij kunnen drie soorten beleid worden overwogen: (1) decen-



tralisatie van bestaande geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen; (2) integratie van psychiatrie in de eerstelijnsgezondheidszorg; en (3) het opzetten van community based psychosociale programma's. Dit artikel laat aan de hand van drie voorbeelden zien dat deze benaderingen succesvol kunnen worden toegepast.

## LITERATUUR

- Abas, M., Mbengeranwa, O.L., Chagwedera, I.V., e.a. (2003). Primary care services for depression in Harare, Zimbabwe. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 157-165.
- Ackland, S. (2002). Mental health services in primary care: the case of Nepal. In A. Cohen, A. Kleinman & B. Saraceno (Red.), *World mental health casebook. Social and mental programs in low-income countries* (pp. 121-152). New York: Kluwer/Plenum.
- Ali, B.S., Rahbar, M.H., Naeem, S., e.a. (2003). The effectiveness of counseling on anxiety and depression by minimally trained counselors: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 324-336.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., e.a. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 995-1000.
- Baingana, F. (2003). Mental health and conflict. *Social Development Notes Conflict Prevention & Reconstruction: Vol. 13*. Washington: World Bank.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., e.a. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289, 3117-3124.
- Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J.L., e.a. (2004). Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
- Chisholm, D., Sekar, K., Kumar, K.K., e.a. (2000). Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 581-588.
- Cochrane. (2004). Het Dutch Cochrane Centre. Geraadpleegd op 15 december 2004 op [www.cochrane.nl](http://www.cochrane.nl)
- Cohen, A. (2001). *The effectiveness of mental health services in primary health care: the view from the developing world*. Geneva: WHO.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., e.a. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-2590.
- Eisenbruch, M., de Jong, J.T.V.M., & van de Put, W. (2004). Bringing order out of chaos: a culturally competent approach to managing the problems of refugees and victims of organized violence. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 123-131.
- Government of Gujarat. (2003). *Priorities for mental health sector development in Gujarat. Mission Report*. Gandhinagar, Gujarat: Department of Mental Health and Family Welfare.
- Igreja, V., Kleijn, W.C., Schreuder, B.J., e.a. (2004). Testimony method to ameliorate post-traumatic stress symptoms. Community-based intervention study with Mozambican civil war survivors. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 251-257.
- Jacob, K.S. (2001). Community care for people with mental disorders in developing countries: problems and possible solutions. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 296-298.
- James, S., Chisholm, D., Murthy, R.S., e.a. (2002). Demand for, access to and use of community mental health care: lessons from a demonstration project in India and Pakistan. *The International Journal of Social Psychiatry*, 48, 163-176.
- Jong, J.T.V.M. de. (1992). Het universalismedebat aan de hand van twee cultuurgebonden syndromen. Naar een nieuw paradigma in de vergelijkende psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 684-699.
- Jong, J.T.V.M. de. (1996). A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine*, 26, 97-108.
- Jong, J.T.V.M. de. (2002). Public mental health in low-income countries. In J. de Jong (Red.), *Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context* (pp. 1-91). New York: Plenum/Kluwer.
- Jong, J.T.V.M. de, Komproe, I.H., & O'Connell, K.A. (2005). *Effectiveness and cost-effectiveness of mental health care in five low-income developing countries: Burundi, Cambodia, Gaza, Nepal and Uganda* (pp. 1-120). Washington, DC: World Bank.
- Jong, J.T.V.M. de, Komproe, I.H., & van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*, 361, 2128-2130.
- Kilonzo, G.P., & Simmons, N. (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science & Medicine*, 47, 419-428.
- Kleinman, A. (2003). Introduction: common mental disorders, primary care, and the global mental health research agenda. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 155-156.
- Kleinman, A., & Cohen, A. (1997). Psychiatry's global challenge. *Scien-*

- tific American, 276, 86-89.
- Mohit, A. (2001). Lessons learned in the context of the Eastern Mediterranean region integrated mental health programme in the Islamic Republic of Iran. In M.H. Mubbashar & A. Humayun (Red.), *Mental health in the new millennium* (volume 1) (pp. 237-241). Rawalpindi, Pakistan: Institute of Psychiatry.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murthy, R.S. (1998). Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49, 967-969.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., e.a. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.
- Ommeren, M. van. (2003). *Mental health in emergencies. Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors*. Geneva: World Health Organization.
- Patel, V., Araya, R., & Bolton, P. (2004). Treating depression in the developing world. *Tropical Medicine & International Health*, 9, 539-541.
- Patel, V., Chisholm, D., Rabe-Hesketh, S., e.a. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *Lancet*, 361, 33-39.
- Put, W.A.C.M. van de, & Eisenbruch, M. (2002). The Cambodian experience. In J. de Jong (Red.), *Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context* (pp. 93-155). New York: Plenum/Kluwer.
- Saeed, K., Gater, R., Mubbashar, M.H., e.a. (2001). Mental health: the missing link in primary care? Health for All by the Year 2000 revisited. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7, 397-402.
- Saxena, S., Sharan, P., & Saraceno, B. (2003). Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6, 135-143.
- Scholte, W.F., Olf, M., Ventevogel, P., e.a. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA*, 292, 585-593.
- Somasundaram, D.J., van de Put, W.A., Eisenbruch, M., e.a. (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science & Medicine*, 48, 1029-1046.
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R., e.a. (2000). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 30, 747-757.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, 48, 1449-1462.
- Ventevogel, P. (2002). Culture is everything, but not everything is culture. *Medische Antropologie*, 14, 283-292.
- Ventevogel, P., & Kortmann, F. (2004a). Developing basic mental health modules for health care workers in Afghanistan. *Intervention*, 2, 43-54.
- Ventevogel, P., & Kortmann, F. (2004b). Mental health care in primary health care: experiences from Eastern Afghanistan. *Developing Mental Health*, 2, 5-8.
- Wig, N.N., & Murthy, R.S. (2004). Mental health in India (1947-2002). In J.O. Prewitt Diaz, R.S. Murthy & R. Lakshminaryana (Red.), *Disaster mental health in India* (pp. 25-36). New Delhi: Indian Red Cross Society.
- World Bank. (2004). *Country classification*. Washington: World Bank. Geraadpleegd 14 juli 2004 op <http://www.worldbank.org/data/countryclass/countryclass.html>.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health, new understanding, new hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Organization of mental health services*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas-2005*. Geraadpleegd op 15 januari 2005 op <http://www.who.int/mental-health/evidence/atlas/database.htm>.

## AUTEURS

P. VENTEOGEL, psychiater en cultureel antropoloog, werkte van 2002 tot 2005 voor HealthNet-TPO in Afghanistan en werkt sinds augustus 2005 voor dezelfde organisatie in Burundi.

J.T.V.M. DE JONG, psychiater, is directeur Public Health & Research van HealthNet-TPO, hoogleraar Geestelijke Gezondheid & Cultuur aan het VUMC en hoogleraar Psychiatrie aan Boston University School of Medicine.

Correspondentieadres: P. Ventevogel, HealthNet TPO Burundi, BP 1110, Bujumbura, Burundi.

E-mail: [peterventeogel@yahoo.com](mailto:peterventeogel@yahoo.com).

Strijdige belangen: Beide auteurs zijn werkzaam voor HealthNet TPO, een Nederlandse non-profit organisatie voor medische ontwikkelingsamenwerking. Twee van de in het artikel beschreven projecten, in Afghanistan en Cambodja, zijn opgezet door deze organisatie.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-5-2005.

## SUMMARY

Setting up mental health care in developing countries. A description of intervention and policy options at several levels – P. Ventevogel, J.T.V.M. de Jong –

**BACKGROUND** In developing countries psychiatric disorders are a major cause of disability and reduced economic productivity.

**AIM** To present an overview of intervention and policy options in mental health care in developing countries.

**METHOD** We searched the literature using PubMed, supplementing our finding with what we have learned from experience in the field.

**RESULTS** Research data, though very limited, indicate that psychiatric disorders can be treated effectively in developing countries. Mental health care can be provided at three different levels: at the level of the existing health care system, at primary care level and at community level. We discuss interventions at each of these levels on the basis of three cases.

**CONCLUSION** More research is needed into the efficacy and cost-effectiveness of mental health care interventions in developing countries; research must be accompanied by the actual implementation of mental health programmes in these countries.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)4, 283-293]

**KEY WORDS** developing countries, mental health care, policy, primary health care, social support