

Preventie

S.J. ROZA

‘Voorkómen is beter dan genezen’. Sinds de negentiende eeuw hebben preventieve interventies bijgedragen tot een grote verbetering van de gezondheid. Juist op onderwerpen waar veel gezondheidswinst te behalen valt en waarmee aanzienlijke kostenbesparingen gerealiseerd kunnen worden, worden preventieve activiteiten ondersteund. Het is dan ook niet vreemd dat psychiatrische aandoeningen, vooral die met een hoge prevalentie en hoge ziektelast, al jaren in de belangstelling zijn in het preventieveld. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om depressies, angststoornissen en verslaving.

Indelingen van preventie Er bestaan diverse indelingen om preventieve activiteiten van elkaar te onderscheiden. Allereerst de indeling naar fase waarin de ziekte zich bevindt. Primaire preventie betreft ziekte voorkomen door het wegnemen van oorzaken in een nog gezonde populatie. Secundaire preventie richt zich op opsporing van ziekte in een vroeg stadium, waardoor eerder behandeling kan worden gestart. Bij tertiaire preventie of zorg gaat het erom tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid op te heffen, te reduceren of te compenseren bij reeds gediagnosticeerde ziekte.

Een andere, veelgebruikte, ordening in preventieve activiteiten deelt preventie in naar de mate van risico op ziekte. Universele preventie richt zich op de gehele bevolking. Selectieve preventie betreft het aanbieden van specifieke programma's aan individuen met een verhoogd risico op ziekte. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren en/of vroege symptomen. Zorggerelateerde preventie is gericht op het voorkomen van complicaties, verergering of beperkingen bij een gediagnosticeerde ziekte. Kennis van de oorzaken en risicofactoren is een eerste vereiste voor effectieve preventie en vervolgens moet er ook een effectieve interventiemogelijkheid zijn (Gunning-Schepers 1995).

Preventie in de psychiatrische praktijk Psychiaters zien dagelijks de gevolgen van langdurig bestaande psychiatrische ziekte. Vaak is de duur van de ziekte gerelateerd aan de ernst van de aandoening en aan de behandelbaarheid. Het stagerings- en profileringsdenken (onder andere themanummer *Tijdschrift voor Psychiatrie* in november 2012) sluit aan bij de vereisten voor effectieve preventie. Ggz-instellingen hebben nu nog preventieafdelingen, die zich bezighouden met geïndiceerde preventie. Door bezuinigingen zijn deze afdelingen echter kleiner geworden of opgeheven en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beraadt zich momenteel op volledige uitsluiting van geïndiceerde preventie uit de Zorgverzekeringswet. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars

vragen om bij alle patiënten navraag te doen naar de behoefte aan preventieve programma's bij familieleden.

Hoewel het overgrote deel van onze activiteiten zich nog steeds primair richt op zorg voor patiënten met gediagnosticeerde ziekte, is soms het grensvlak met preventie niet eenvoudig, bijvoorbeeld waar het leefstijladviezen of screening op metabole afwijkingen betreft. Deze activiteiten vallen strikt genomen onder selectieve preventie van cardiovasculaire aandoeningen, gericht op individuen die weliswaar een verhoogd risico hebben, maar nog geen gediagnosticeerde (hart- en vaat)ziekte.

Kanttekeningen bij preventie Onze kennis over de etiologie van psychiatrische aandoeningen is de afgelopen decennia enorm toegenomen. In algemene zin kunnen we stellen dat de meeste psychiatrische aandoeningen multicausaal van aard zijn, met een variabele genetische component en diverse, al dan niet (zeer) vroeg in het leven optredende omgevingsfactoren. Vaststelling van verhoogd risico is niet zelden gebaseerd op een positieve familieanamnese. Daarnaast richten de meeste preventieve activiteiten zich op individuen met vroege, vaak specifieke symptomen. Hoewel zowel de oorzaken als de vroege symptomen van diverse psychiatrische aandoeningen een forse overlap vertonen, worden effecten van preventieve interventies veelal getoetst op één of enkele psychiatrische aandoeningen. Er bestaan bijvoorbeeld diverse preventieve interventies voor jongeren of volwassenen met depressieve symptomen, waarbij op korte of middellange termijn een effect op het ontstaan van een depressieve stoornis is getoetst. Grotere studies met langere follow-upduur zijn nodig om de effecten op het ontstaan van andere psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld verslaving, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen) te toetsen. Alleen zo kunnen we de effectiviteit van interventies bij dit soort specifieke symptomen ter voorkoming van een breed spectrum aan psychiatrische stoornissen nader in kaart brengen.

Jongeren Jongvolwassenen en jongeren zijn een belangrijke doelpopulatie voor preventieve activiteiten. Retrospectief onderzoek in klinische populaties heeft aangetoond dat tot 50% van de psychiatrische stoornissen bij volwassenen wordt voorafgegaan door significante problemen in de adolescentie; van de ernstige en chronisch verlopende psychiatrische stoornissen ontstaat 75% vóór het 25ste levensjaar (Kim-Cohen e.a. 2003). Eén van de grote problemen, vooral in de jeugdpsychiatrische hulpverlening, is echter dat een groot deel van de jongeren met psychiatrische symptomen geen hulp zoekt voor hun klachten, ook niet als er sprake is van

LITERATUUR

- Gunning-Schepers LJ. Grondslagen van preventie. In: Maas PJ van der, Mackenbach JP, red. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Utrecht: Bunge; 1995.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 709-17.
- Zwaanswijk M, van der Ende J, Verhaak PFM, Benzing JM, Verhulst FC. The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. J Child Psychol Psychiatry 2007; 12: 567-82.

AUTEUR

SABINE ROZA, psychiater, afd. Psychiatrie, Erasmus MC Rotterdam.
Correspondentieadres: dr. Sabine Roza, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.
Email: s.roza@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Prevention

lijdensdruk en/of beperkingen in hun functioneren. Redenen hiervoor zijn velerlei, variërend van schaamte en stigma tot een voorkeur om problemen zelf op te lossen (Zwaanswijk e.a. 2007). Deze jongeren zullen daarom niet worden bereikt met interventies die zich pas achter de deur van de geestelijke gezondheidszorg bevinden.

Hoe verder? Nader onderzoek naar de effectiviteit van preventieve interventies, synchroon aan de groeiende kennis over etiologie van psychiatrische stoornissen, is dus nodig. Er is waarschijnlijk nog veel winst te behalen en op de langere termijn zullen goede preventieve interventies mogelijk leiden tot een lager verbruik van de geestelijke gezondheidszorg.

Echter, preventieve activiteiten zullen nooit 100% effectief zijn in het voorkomen van de grote psychiatrische aandoeningen. Nu er zelfs geluiden opgaan om bepaalde psychiatrische stoornissen of stoornissen ten gevolge van bepaalde oorzaken uit het basispakket te halen of volledig uit te sluiten uit de Zorgverzekeringswet, moeten wij ons hard maken voor zowel effectieve preventieve activiteiten als het waarborgen van goede zorg voor diegenen bij wie preventieve interventies niet of onvoldoende effect hebben gehad. Soms is voorkomen simpelweg niet mogelijk, maar genezen of herstellen nog wel.