

Naar effectieve publieke mentale gezondheidszorg in de 21ste eeuw

A. Popma

- Achtergrond** Door de jaren heen is er vaker gepleit voor een overkoepelend, langetermijnplan om preventie van mentale problemen nu eens écht goed, op nationaal niveau, aan te pakken. Toch is zo'n plan nog nooit van de grond gekomen.
- Doel** Denkoefening aangaan waarom een langetermijnplan voor de preventie van mentale problemen nu wél zou kunnen gaan lukken, ondanks een politiek klimaat waarin preventie niet hoog op de agenda lijkt te staan.
- Methode** Honderdvijftig jaar geleden lukte het om tot een collectieve beweging te komen die leidde tot schoon drinkwater en riolering voor iedereen. Via literatuuronderzoek inventariseer ik welke ingrediënten er nu aanwezig kunnen zijn om een soortgelijke beweging krachtig en politiek invloedrijk genoeg te maken om uiteindelijk ook daadwerkelijk tot structureel langetermijnbeleid te komen voor onze collectieve mentale gezondheid.
- Resultaten** Tien factoren zouden kunnen bijdragen aan het tot stand komen van een collectief plan: enorme ziektelast door mentale problemen; groot publiek bewustzijn; pasklaar begrippenkader; sturen op welbevinden en gezondheid; verankering in de wet van berekening van kosten en baten voor preventie; dwingende schaarste; breed gedragen preventieplan; digitale gepersonaliseerde preventie; collectief leiderschap en verzet onder professionals; verschuiving van aandacht: van individu naar systeem.
- Conclusie** Er zijn genoeg redenen om te veronderstellen dat een overkoepelend plan voor preventie van mentale problemen juist nu wel tot stand kan komen. Het is aan ons om voorop te lopen in collectieve actie. Als wij niet de pleitbezorgers en mede-vormgevers van dit plan zijn, wie dan wel?

Rudolf Virchow (Duits arts, antropoloog en politicus; 1821-1902) stelde als één van de grondleggers van het hedendaags denken over publieke gezondheid, dat *'politiek niets anders is dan geneeskunde op grote schaal'*. Ondanks de oer-Nederlandse weerstand tegen een overheid die zich bemoeit met het persoonlijk leven van burgers, lukte het in de negentiende eeuw om het destijds belangrijkste gezondheidsprobleem, infectieziekten, effectief én collectief aan te pakken. Er werden niet per se meer dokters opgeleid, er werd voor schoon drinkwater en riolering gezorgd. Een zogenaamde universele, 'passieve' maatregel. Een individuele, actieve maatregel zou zijn geweest: 'kookt allen uw drinkwater' en 'deponeer uw uitwerpselen op een daarvoor aangewezen plek en was daarna uw handen'. Er was een sterk besef dat het zowel effectiever als rechtvaardiger zou zijn om óók een algemene maatregel te nemen, voor iedereen. En hoewel dokters dus níet zo zeer in hun spreekkamer het verschil maakten, waren zij wel degelijk belangrijke pleitbezorgers en initiatiefnemers van de uiteindelijk politiek-bestuurlijke beweging.¹

Intussen staan we niet eens meer bij stil bij het feit dat we een verfijnd netwerk en duurzaam gefinancierde infrastructuur hebben, en onderhouden, voor deze publieke voorziening. Daarnaast hebben we honderdvijftig jaar later geleerd dat elke stap in het streven naar een beter leven ook weer nieuwe ziektes oplevert. We leven intussen gemiddeld tientallen jaren langer, maar zeker níet altijd gezonder, noch gelukkiger. En dus, hoewel de ziektelast door infectieziekten enorm is afgenomen, is er een flinke ziektelast voor teruggekomen door de bekende welvaarts- en ouderdomsziekten (zoals hart- en vaatziekten, diabetes, de ziekte van Parkinson en dementie). Het levert prangende dilemma's op over de houdbaarheid van ons zorgsysteem én ethische vraagstukken over de waarde van 'jaren toevoegen aan het leven, zonder leven toe te voegen aan de jaren'.² De laatste decennia zijn preventiebeleid en publieke gezondheidszorg dan ook vooral gericht geweest op het voorkómen van somatische welvaartsziekten, met vallen en opstaan. Deze inspanningen zijn in langetermijnplannen vastgelegd, er is wetgeving voor gekomen

en er vindt monitoring plaats op de vorderingen. Ook nu spelen dokters een rol als bewustmakers, politieke pleitbezorgers, kennisverspreiders en activisten. Neuroloog Bas Bloem bestrijdt de bestrijdingsmiddelen (die gerelateerd zijn aan het ontstaan van de ziekte van Parkinson) en longarts Wanda de Kanter strijdt tegen de tabaksindustrie. Maar op welke maatschappelijke gevaren moeten de psychiaters zich richten? Die zijn er in een enorme variatie, verspreid door de maatschappij, en verschillen naargelang de fase in de levensloop. Valt ons verzet daartegen wel te organiseren? Waar te beginnen? In alle ontwikkelingen in de publieke gezondheidszorg is het thema mentale gezondheid lang een ondergeschoven kindje gebleven. Het is ons ook nog niet gelukt om de ziektelast door mentale problemen op bevolkingsniveau terug te dringen. En hoewel het denken hierover bepaald niet nieuw is, lees bijvoorbeeld het belangrijke werk van Jaap van der Stel, ontbreekt een samenhangend langetermijnplan, zoals we dat zagen rondom infectieziekten in de negentiende eeuw.³ Illustratief is dat het thema mentale gezondheid in het Nationaal Preventieakkoord zelfs geheel ontbreekt. Andere auteurs schreven al mooie overzichten over hoe een overkoepelend plan voor de bevordering van de mentale gezondheid en de preventie van mentale problemen eruit zou kunnen zien. Zo zetten Hans Ormel en Michael VonKorff recent op een rij dat het zou moeten gaan om een programma waarin op verschillende leefgebieden tegelijk (individueel, gezin, school, werk, leefomgeving en bestaanszekerheid) wordt ingezet, met een centrale regie, verankering in wetgeving en in subopdrachten van instituties, met structurele financiering.⁴ Ook het Trimbos-instituut stelde vrij recent in opdracht van het ministerie van VWS een rapport op dat aan de Tweede Kamer werd aangeboden over de vraag hoe mentale gezondheid als thema in het Nationaal Preventieakkoord zou kunnen worden opgenomen.⁵ Aan een gebrek aan ideeën kan het dus niet liggen. Uiteraard vallen er de nodige kritische kanttekeningen te plaatsen bij een groots opgezet 'deltaplan' voor mentale gezondheid. Is er voldoende evidentie? Is het uitvoerbaar? Moeten we dergelijke 'bemoeizucht' gaan institutionaliseren? Als hier al zo lang om wordt geroepen, waarom is het dan nooit van de grond gekomen? *'I rest my case'.*

Dergelijke vragen, kanttekeningen en beperkingen zijn terecht, maar voor dit speciale themanummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* zou ik de denkoefening willen aangaan aan de hand van de vraag: 'waarom zou zo'n plan nu wel kunnen lukken?' Ik zet 10 redenen op een rij, waarbij ik me enigszins beperk tot Nederland (zie **tabel 1**). Niet zo zeer omdat er internationaal geen inspirerende voorbeelden te vinden zijn (die zal ik hier en daar ook benoemen), maar om zo dicht bij de kern van dit Nederlandstalige betoog te blijven: er is wel degelijk een collectief handelingsperspectief voor te stellen voor ons als professionals in de Nederlandse psychiatrie.

Tabel 1. Tien redenen waarom plan voor effectieve publieke mentale gezondheidszorg nu te realiseren is

– Enorme ziektelast door mentale problemen
– Groot publiek bewustzijn
– Pasklaar begrippenkader
– Sturen op welbevinden en gezondheid
– Berekening kosten en baten voor preventie verankeren in de wet
– Dwingende schaarste
– Breed gedragen preventieplan
– Digitale gepersonaliseerde preventie
– Breed leiderschap en verzet onder professionals
– Verschuiving van aandacht: van individu naar systeem

Enorme ziektelast door mentale problemen

De ziektelast door mentale problemen is enorm. De WHO verklaarde dat van alle gezondheidsproblemen mentale problemen in 2030 verantwoordelijk zullen zijn voor de grootste ziektelast. Deze ziektelast is mede zo hoog omdat mentale problemen vroeg in het leven ontstaan en dus een leven lang kunnen doorwerken in maatschappelijke kosten (naast al het persoonlijk leed uiteraard). Dit is natuurlijk geen goed nieuws, maar het is wél een belangrijke voorwaarde voor politieke actiebereidheid: de cijfers zijn niet langer te negeren, mentale problemen zijn niet iets 'van anderen', het raakt de leefbaarheid van de gehele samenleving en de economie als geheel. Of, om met Pat McGorry te spreken: *'economists are our new best friends'* (zie www.slideshare.net, zoek op 'Patrick McGorry Dossanz 2019').⁶

Groot publiek bewustzijn

Er is meer publiek bewustzijn over mentale problemen dan ooit te voren. Publiek bewustzijn is opnieuw een belangrijke voorwaarde voor politieke actiebereidheid.⁷ Er is nu zelfs een groeiend wetenschappelijk veld van *'behavioural science & policy'*, waar we steeds meer leren over de onderliggende mechanismen van publieke steun voor een in te zetten verandering, bijvoorbeeld op het gebied van klimaatverandering.⁸ Een van de interessantste bevindingen uit dit veld is misschien wel dat burgers systematisch onderschatten hoe makkelijk zij het zullen vinden om zich aan te passen aan grote veranderingen. Dit komt waarschijnlijk doordat ze zich onbewust zijn dat het vooral gewoontes en sociale

normen zijn die de status quo in stand houden, en in veel mindere mate hun daadwerkelijke persoonlijke voorkeuren.⁹ Er lijkt dus een mooi samenkomen van toenemend publiek bewustzijn en steun om mentale gezondheid op de politieke agenda te zetten én steeds meer kennis over hoe het grote publiek mee te krijgen in de vervolgens benodigde collectieve verandering.

Pasklaar begrippenkader

Er ligt een begrippen- en definitiekader mentale gezondheid klaar waarin experts breed hun input hebben kunnen geven.¹⁰ Er is dus een consensusdocument voor de Nederlandse context. Niet onbelangrijk want als we kennis leidend willen laten zijn om tot een inhoudelijk goed plan te komen moeten de expert-kikkers enigszins in de kruiwagen blijven. En natuurlijk zijn we er nog lang niet uit waar *mental health* ophoudt en *mental illness* begint, maar het twee-continuamodel van Keyes lijkt in de praktijk best bruikbaar en kan bovendien ook door de levensloop heen worden toegepast.^{11,12} George Box zei het ooit: *'all models are wrong, but some are useful'*.

Sturen op welbevinden en gezondheid

Er zijn voorzichtige eerste stappen gezet in Nederland richting 'Gezondheid in al het beleid' (*health in all policies*). Zo werd de kabinetsbrede aanpak 'mentale gezondheid: van ons allemaal' in 2022 gepresenteerd door meerdere departementen (www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/10/aanpak-mentale-gezondheid-van-ons-allemaal). Ook zijn er landen die (*mental*) *health in all policies* al daadwerkelijk hebben geïmplementeerd in hun uitgangspunten voor het maken van landelijk beleid (zie bijvoorbeeld <https://weall.org/wego>). Een deltaplan mentale gezondheid kan alleen slagen als er op nationaal niveau, overheidbreed gestuurd wordt op welbevinden en gezondheid.¹³ Ook dient men het goed vast te leggen in wetgeving.¹⁴

Berekening kosten en baten voor preventie verankeren in de wet

Er ligt een kraakhelder advies aan de overheid over hoe de kosten en baten voor preventie vanuit overheidswege te berekenen, waarvan de kern is: doe dat net zoals we dat doen in de rest van de gezondheidszorg en veranker het in de wet.¹⁵ Gezondheid wordt hier holistisch gedefinieerd (fysiek, mentaal en sociaal), dus ons mentale gezondheidsplan kan integraal meegenomen worden in de voorgestelde systematiek. Dit is een heel belangrijke voorwaarde om tot een concreet plan te komen omdat juist bij preventie de kosten pas op de lange termijn ook baten opleveren en deze baten 'vallen veelal terug' bij andere departementen dan VWS (bijvoorbeeld minder uitval uit werk, minder beroep op sociale voorzieningen, etc.).

Dwingende schaarste

De huidige schaarste in de zorg, het gebrek aan personeel en de toenemende vergrijzing van onze bevolking wakkeren de roep om in te zetten op gezondheidsbevoring

en preventie aan, simpelweg omdat we de zorgvraag niet aan zullen kunnen binnen het huidige stelsel. Hoewel dit soms leidt tot magisch kortetermijndenken over de effecten van preventie, is het ook een kans om de noodzaak van een doordacht preventieplan onder de aandacht te brengen en te houden.^{16,17}

Breed gedragen preventieplan

Een preventieplan voor de lange termijn moet worden gedragen door velen en zal niet kunnen worden uitgevoerd door professionals alleen. Dit zou ook niet wenselijk zijn want dat verhoogt het risico op onnodig problematiseren en medicaliseren. Wereldwijd en ook in Nederland ontstaan steeds meer initiatieven waarbij informele en formele preventie en zorg geïntegreerd worden. In Nederland varieert dit bijvoorbeeld van de Checkers-app (<https://de-checkers.nl/>), waarin kennis over hoe het gesprek over mentale gezondheid te voeren met jonge mensen wordt uitgelegd aan leken, tot inloophuizen waar vrijwilligers samen met professionals klaar staan voor een gesprek.¹⁹ Als je geïnspireerd wilt worden hoe dergelijke initiatieven kunnen worden opgeschaald en welke impact op het gebied van preventie (en vroege interventie) dit potentieel heeft, lees vooral de stukken van McGorry e.a.⁶

Digitale gepersonaliseerde preventie

Met de opkomst van steeds grootschaliger initiatieven voor het koppelen van informatie, de vlucht die kunstmatige intelligentie neemt en de groeiende mogelijkheden om via passieve en actieve data op de telefoon in de broekzak van elke Nederlander op de juiste plaats en tijd te ondersteunen in het omgaan met alledaagse uitdagingen, komt een langgekoesterde droom van preventie-experts binnen handbereik: gepersonaliseerde (universele) preventie. Niet langer *one-size-fits-all* programma's die niet alleen minder effect over de gehele, gevarieerde, groep sorteren, maar ook tot verminderde instroom en minder engagement leiden, maar een adaptief, persoonlijk programma waarin mensen een 'copiloot' onder eigen regie met zich kunnen meedragen.¹⁹

Collectief leiderschap en verzet onder professionals

Er ontstaan nieuwe vormen van gedeeld leiderschap en verzet onder gezondheidszorgprofessionals. Zo verenigen in de jeugdzorg maar liefst elf beroepsverenigingen zich om gezamenlijk een vuist te kunnen maken in politiek Den Haag en kwam De Beweging van Nul van de grond (www.bewegingvannul.nl). Bij de huisartsen zijn de dappere dokters een mooi voorbeeld van gezamenlijk verzet (www.optimalezorg-dapperedokters.nl). En we kunnen trots zijn op onze eigen jonge psychiaters (www.dejongepsychiater.nl).

Van individu naar systeem

Er is ook breed in de wetenschappen een trend te ontwaren waarbij de focus van het *i-frame* (*individual*) naar het *s-frame* (*system*) wordt verlegd.²⁰ Dit zijn natuurlijk geen nieuwe ideeën, zoals Chater en Loewenstein volmondig erkennen; ze zijn ook duidelijk over hun eigen bijdrage aan ‘het afdrijven’ naar het individuele perspectief. Het adagium blijft dus: moedig voortploe-teren, net zoals in de psychiatrie (en geneeskunde) in het algemeen, en dat is helemaal niet erg.²¹ Wél relatief nieuw zijn de initiatieven om met herijkte, geïntegreerde biopsychosociale frameworks te komen. Hierbinnen wordt, onder meer door de al beschreven nieuwe manieren van informatie koppelen, maar ook door relatief nieuwe statistische modellen, de empirische wetenschap nu ook ingezet om systeemdenken te ontwikkelen en te toetsen.^{22,23}

Tot slot

Het komt misschien naïef over om activistisch en hoopvol te schrijven over preventie voor dit themanummer, terwijl we momenteel een politiek klimaat kennen in Nederland waarin langetermijnplannen sneuvelen en de eerste bezuinigingen op preventie al zijn aangekondigd. Daarbij kent dit artikel natuurlijk grote beperkingen: het is bij lange na niet uitputtend en meer een essay dan een doorwrochte wetenschappelijke exercitie. Toch is het mijns inziens passend en belangrijk om vanuit de psychiatrie een gezamenlijke langetermijnvisie te propageren en een beweging te versterken waarbinnen we een plan ontwikkelen voor een toekomst waarin we alle beschikbare kennis inzetten om tot maximale preventie van mentale problemen (en bevordering van gezondheid en veerkracht) op bevolkingsniveau te komen. We mogen erop vertrouwen dat we creatief genoeg zullen zijn en kennis zullen omzetten in beleid.²⁴ Er zijn genoeg redenen om te veronderstellen dat een overkoepelend plan voor preventie van mentale problemen juist nu wél tot stand kan komen. We kunnen prima parallel liefdevolle, hoogkwalitatieve individuele zorg bieden voor mensen die onze zorg vandaag nodig hebben én werken aan een toekomst waarin we steeds beter worden in het afwenden of beheersbaar houden van mentale problemen. Er zullen altijd men-

sen blijven die psychiatrische zorg nodig hebben, net zoals er nog steeds mensen voor infectieziekten worden behandeld. Maar in de psychiatrie is zorg-op-maat, nog veel te vaak zorg-te-laet. En uiteraard reiken de wortels van de vraagstukken die in Nederland voorliggen veelal over onze landsgrenzen heen (en een deel van de oplossingen ook). Samen internationaal leren en beleid maken is dus vanzelfsprekend cruciaal, lees bijvoorbeeld de stukken van Spaanse collega en onvermoeibaar preventie-pleitbezorger in Europa Arango, maar het mag niet afleiden van de vraag wat wij hier en nú binnen onze eigen invloedssfeer kunnen beginnen te doen.²⁵⁻²⁷ Het is aan ons om voorop te lopen in collectieve actie. Als wij niet de pleitbezorgers en medevormgevers van dit plan zijn, wie dan wel? Er is hoop.²⁸

LITERATUUR

- 1 van Rijswijk HFMW, Havekes HJM. Waterrecht in Nederland. Deventer: Wolters Kluwer; 2010.
- 2 Mackenbach JP. Opkomst en neergang van ziekten in Nederland. TSG Tijdschr Gezondheidswet 2022; 100 (Suppl 3): 111-8.
- 3 van der Stel J. Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid. Assen: Van Gorcum; 2004.
- 4 Ormel J, VonKorff M. What should a nation do to prevent common mental disorders? Meet seven conditions for effective prevention, Ment Health Prev 2024; 33: 200320.
- 5 Shields-Zeeman L, van Bon-Martens M, Smit F. Scoping studie. Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/10/15/scoping-studie-samen-werken-aan-een-mentaal-gezonde-samenleving
- 6 McGorry PD, Mei C, Chanen A, e.a. Designing and scaling up integrated youth mental health care. World Psychiatry 2022; 21: 61-76.
- 7 Lezine DA, Reed GA. Political will: a bridge between public health knowledge and action. Am J Public Health 2007; 97: 2010-3.
- 8 Goldberg MH, van der Linden S, Maibach E, e.a. Discussing global warming leads to greater acceptance of climate science. Proc Natl Acad Sci U S A 2019; 116: 14804-5.
- 9 Cialdini RB. Basic social influence is underestimated. Psychol Inq 2005; 16: 158-61.
- 10 van Bon-Martens M, Kleinjan M, Hipple Walters B, e.a. Achtergronddocument. Delphistudie 'Definitie Mentale Gezondheid' Resultaten van een consensusprocedure met verschillende perspectieven. Utrecht: Trimbos-instituut; 2022.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEUR

Arne Popma, hoogleraar/afdelingshoofd afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, Amsterdam UMC.

Correspondentie

Arne Popma (a.popma@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):72-75