

Preventie in de geestelijke gezondheidszorg: geen vrijblijvende keuze

Bie Melis, Peter Goris, Dieter Burssens, Nicole Vettenburg¹

Inleiding

Het belang van een goede geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt binnen het gezondheidsdiscours steeds duidelijker. Geconfronteerd met een grote groep hulpzoekenden en aangroeiende wachtlijsten, zet de GGZ massaal in op behandeling. Dan nog kan niet vermeden worden dat een toenemende groep onvoldoende aan bod komt. Bovendien waait er een nieuwe wind door het zorglandschap: de vermaatschappelijking van de zorg. Zorgaanbieders moeten steeds meer rekening houden met maatschappelijke factoren die psychische problemen versterken of verzachten. De stijgende zorgvraag en de verwachting rekening te houden met maatschappelijke invloeden bij die zorg, stellen de sector voor een nieuwe uitdaging. Er is nood aan een beleid dat meer doet dan de behandeling op punt stellen. Aandacht voor preventie dringt zich op.

Bekend maar beperkt

Nu is preventie geen onbekend begrip voor de GGZ. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) wil met de campagne 'Fit in je hoofd, goed in je vel' de veerkracht van de Vlaming versterken, terwijl het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) zich buigt over het Vlaams actieplan voor suïcidepreventie. De Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen (VAD) is al jaren een van de partners die het actieplan rond alcohol en drugs uitbouwen. Maar ondanks de groeiende overtuiging dat psychisch leed zo veel mogelijk voorkomen moet worden, blijft preventie in het kader van geestelijke gezondheid een marginale plaats innemen.

In tegenstelling tot de behandeling van psychische klachten beschikt preventie over een minder goed ontwikkeld wetenschappelijk fundament (Van den Broucke, 2001). De onduidelijkheden over het voorwerp van preventie en de strategie om psychische problemen te voorkomen, spelen hierbij een grote rol. Bij infectieziekten is het duidelijk: men wil de manifestatie van een welbepaalde ziekte vermijden. Maar psychische problemen voorkomen, vraagt nagenoeg altijd een ingrijpen in het sociale of psychische milieu. Het is daarbij alerminst afgelijnd wat er voorkomen moet worden. Moet de diagnostiek verbeterd worden zodat ADD sneller opgespoord en behandeld kan worden, of moet de omgeving, die steeds minder ruimte en tolerantie toont voor kinderen in ontwikkeling, aangepast worden?

Maar zelfs al weten we wat we willen voorkomen, dan nog is het uiterst moeilijk om te bepalen hoe we dat zullen bewerkstelligen. De medische wereld slaagt er vaker in om via duidelijke maatregelen zoals vaccinaties of de juiste hygiëne mensen te beschermen tegen ziekteoorzaken. Dat ligt veel moeilijker binnen een sociale en psychische context, waar de oorzaken gezocht moeten worden in het samenspel van een reeks individuele en omgevingsfactoren. Bovendien kan het relatieve aandeel van de factoren moeilijk bepaald worden (De Cauter, 1990). Zijn het erfelijke kenmerken, relatieproblemen, een financiële crisis of onverwerkte trauma's die tot een depressie leiden? Welke factor is bepalend voor een zelfmoordpoging? Bovendien blijft men, zowel bij vroegdetectie als via gezondheidsbevordering, vaak ongevraagd ingrijpen in het leven van mensen. Dat is nooit een vrijblijvend gebeuren. Enerzijds moeten mensen voor hun ontwikkeling tot veerkrachtige en sterke burgers kunnen aftasten, experimenteren, leren uit fouten; anderzijds is het nodig om grenzen te bewaken en risico's te reduceren om te voorkomen dat er ernstige problemen opdoemen. Preventief ingrijpen in psychisch welzijn is zoeken naar een ingewikkelde balans tussen stimuleren en beperken. Die complexiteit zorgt er te vaak voor dat preventie ook voor ongewenste neveneffecten zorgt en dus niet alleen gewenste effecten met zich meebrengt. Meer dan bij preventie van lichamelijke aandoeningen vraagt preventie van psychische en welzijnsproblemen een systematische, planmatige aanpak en een doordachte keuze van de juiste strategieën en interventies (Van den Broucke, 2001). De zoektocht naar een kader om een onderbouwde preventieaanpak uit te werken is dus niet eenvoudig.

Niet neutraal

Effectiviteit en een redelijk kostenplaatje zijn belangrijke overwegingen. Maar er is meer. Het psychisch welzijn beïnvloeden, dwingt tot het maken van keuzes en dat is geen neutraal gebeuren. Iemand, en meestal is dat de overheid, bepaalt wat er bij wie voorkomen moet worden, vaak zonder dat de doelgroep waarbij het probleem voorkomen wordt, hierom vraagt (Andriessen, 2013). Waarom intervenueert men? Hoe ver kan de preventiewerker hierin gaan? Wat te doen met de keuzevrijheid: de andere opvattingen en waarden die mensen belangrijk vinden? Hoeveel vrijheid is er om te experimenteren en met vallen en opstaan een eigen weg te zoeken? Preventie is een waardegeladen begrip en moet niet alleen effectief en efficiënt, maar ook ethisch verantwoord zijn. Dat wordt al langer erkend. Ruim twintig jaar geleden publiceerde de Nederlandse Nationale Raad voor de Volksgezondheid de studie *Ethiek van preventie*, later vertaald in vier ethische principes: goed doen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid (Andriessen, 2013). Verankert men preventie onvoldoende in een normen- en waarde kader, dan kunnen – hoe goedbedoeld ook – sommige preventieve initiatieven mensen nog zieker of ongelukkiger maken. Een vroegtijdige diagnose van ADD of ASS biedt leerlingen extra ondersteuning op school, maar labelt hen ook als lastige kinderen. Voor een aantal speelpleinen is dat meteen een argument om kinderen met die diagnose te weren. Het hoge zelfmoordcijfer maakt dat er hoge hekken komen langs spoorwegen, wat nadelig uitpakt voor het landschap. Een tragisch ongeluk kan tot gevolg hebben dat mensen die ooit in behandeling waren voor een psychisch probleem, van bepaalde banen uitgesloten worden. Onder de noemer van preventie kunnen onverdraagzaamheid en wantrouwen verder aangewakkerd worden, kan het spontane sociale verkeer gehinderd worden en kunnen democra-

tische waarden op de helling komen te staan. Door zo vroeg mogelijk te willen ingrijpen, loopt men het gevaar dat alles gereduceerd wordt tot bedreigingen en risico's, en dat mensen in hun schulp kruipen met het risico dat angst en depressies toenemen. Hoewel we blijven geloven dat voorkomen beter is dan genezen, is preventie niet altijd wenselijk. Enkel bepalen bij wie en hoe vroeg er ingegrepen moet worden, is onvoldoende; ook de keuzes over hoe we hieraan beginnen, moeten vanuit een duidelijke visie verantwoord worden (Goris, Burssens, Melis, & Vettenburg, 2007).

Emancipatorische preventie

Vanuit de overtuiging dat iedere mens zo veel mogelijk vrijheid en ruimte dient te krijgen om zichzelf te ontplooien, rekening houdend met zijn sociale verantwoordelijkheid, werd een kader voor emancipatorische preventie ontwikkeld (Burssens, Goris, Melis, & Vettenburg, 2014). Preventie wordt *emancipatorische preventie* als ze de emancipatie van alle mensen maximaal mogelijk maakt. Die emancipatorische benadering plaatst preventie binnen een dynamische, interactionistische visie op sociale problemen. Ze creëert ruimte om de probleemdefinities in vraag te stellen en desnoods te herdefiniëren. Vandaar het grote belang om al bij de probleemkeuze en -analyse alle betrokkenen te laten participeren (Burssens et al., 2014). Voor wie in de praktijk aan de slag wil, blijft dat echter een abstract verhaal. Daarom werd het concept 'emancipatorische preventie' geoperationaliseerd in verschillende dimensies. De preventiewerker krijgt hierbij vijf handvatten om zijn keuzes vanuit een ethisch perspectief te verantwoorden. Die vijf aspecten zijn gebaseerd op de drie dimensies die De Cauter (1990) gebruikt om de strategie voor een preventieactie te omschrijven: de focus waar de preventieve actie op gericht is (persoons- of structuurgericht), het karakter van de actie (offensief of defensief) en het tijdstip waarop de actie ingrijpt in de probleemontwikkeling.

Emancipatorische preventie bouwt een integrale aanpak uit

Preventie kan veranderingen beogen bij personen door ze te informeren, te vormen, weerbaar te maken of te sleutelen aan hun vaardigheden. Hierbij vertrekt men van het idee dat het individu niet aangepast is, niet de nodige kennis heeft of op een of andere manier tekortschiet. Het is belangrijk om die individuen te ondersteunen in hun leerproces en hun zo kansen tot emancipatie te bieden. Toch schuilt hierin het gevaar dat de oorzaak en dus ook de verantwoordelijkheid om het probleem te voorkomen, volledig bij het individu worden gelegd. Jongeren moeten 'nee' durven te zeggen tegen de slechte invloeden van drugs. Maar als het ze niet lukt, is hun verslaving dan helemaal hun eigen verantwoordelijkheid? Of hadden mensen die volledig blokkeren door zorgen in gezin en werk, dat moeten voorkomen door sneller een cursus stressbeheersing te volgen? Anders ligt het als ervoor wordt gekozen aan preventie te doen via *structuurgerichte maatregelen*. Om burn-out te voorkomen kan bijvoorbeeld een gericht beleid gevoerd worden dat de stress op het werk verlaagt, of soepele kinderopvang aanbiedt zodat mensen gezin en werk gemakkelijker kunnen combineren. Het uitgangspunt is dat er organisatorische en maatschappelijke factoren aan de basis liggen van het probleem en dat die aangepakt moeten worden om het probleem te voorkomen. Emancipatorische preventie heeft oog voor het evenwicht tussen persoons- en structuurgerichte acties.

Emancipatorische preventie is maximaal offensief

De voorkeur gaat uit naar *offensieve acties* die de keuzemogelijkheden van mensen verruimen en gedragalternatieven aanbieden. Door de handelingsmogelijkheden te vergroten kan het individu emanciperen. Bijvoorbeeld: door socialevaardigheidstraining aan te bieden, krijgen jongeren kansen om zich vlotter te bewegen in een sociale omgeving; obesitas kan aangepakt worden door gezonde versnaperingen aan te bieden in scholen; de mogelijkheid tot een soepele werkplanning kan spanningen in het gezin tegengaan. *Defensieve acties* daarentegen beperken de keuzemogelijkheden door gedragalternatieven te ontraden of te ontnemen. De risico's voor de bevolking worden beperkt, bijvoorbeeld door mensen die ooit in behandeling zijn geweest voor een psychische stoornis uit te sluiten van publieke functies. *Defensieve acties* zijn aanpassingsgericht en staan emancipatie in de weg. Toch zijn ze in uitzonderlijke omstandigheden te verantwoorden, bijvoorbeeld wanneer er gevaar dreigt voor de personen of hun omgeving. Maar ook dan blijft het nodig om alternatieve, meer offensieve wegen te onderzoeken. Heeft een persoon met agressie voldoende kansen om die op een aanvaardbare manier te uiten? Leent de omgeving zich ertoe om met die boosheid om te gaan?

Emancipatorische preventie vraagt om participatie tijdens het proces

Vaak worden mensen beschouwd als passieve consumenten van goedbedoelde preventie-initiatieven. Het is belangrijk dat al wie betrokken is bij een preventieproject, mogelijkheden krijgt om zijn stem te laten horen. Die participatie moet mogelijk zijn vanaf het moment waarop aan een eventueel probleem en dus aan preventie wordt gedacht, tot het moment waarop het project wordt geëvalueerd. Juist omdat de probleemkeuze en -formulering vanuit verschillende perspectieven kunnen gebeuren, is het noodzakelijk om de visie van alle betrokkenen en zeker van de meest kwetsbaren te horen. Zo kunnen mensen die zich steeds meer afsluiten van de buitenwereld, bekeken worden als probleemgevallen met een verhoogd risico op psychische malaise. Interventies kunnen gericht zijn op het ontwikkelen van een nieuw ondersteunend netwerk. Maar de betrokkenen zelf zien dat isolement mogelijk als een oplossing voor de voortdurende uitsluiting of pesterijen waar zij dagelijks mee geconfronteerd worden. Een andere invulling van het 'probleem' kan leiden tot een bredere kijk op de situatie. En bij het benutten van kansen en het inzetten van krachten om problemen te voorkomen, kunnen alle betrokkenen een bijdrage leveren.

Emancipatorische preventie sluit niemand uit

Iedereen heeft het recht om problemen te kunnen vermijden dankzij preventie. Toch zien we dat goedbedoelde initiatieven vaak subgroepen niet bereiken. Zo zal een brochure over de gevaren van medicatiegebruik de anderstalige of analfabete patiënten links laten liggen.

Emancipatorische preventie gaat naar de oorsprong van het probleem

Theoretische kaders over preventie leren ons dat op verschillende momenten in de probleemontwikkeling ingegrepen kan worden: als een probleem al ver gevorderd is (tertiaire preventie) of er nog geen indicaties van een probleem zijn (primaire preventie/gezondheidsbevorde-

ring). Door in een zo vroeg mogelijk stadium actie te ondernemen, beperken we het ervaren onbehagen en is er meer ruimte om emanciperende interventies op te zetten. Toch blijft het nodig preventieve interventies te ontwikkelen voor de verschillende fasen van de probleemontwikkeling. Het ‘vroegtijdig ingrijpen’ verwijst eerder naar het dynamische proces waarbij preventiewerkers en hulpverleners hun ervaring gebruiken om te ontdekken en te signaleren hoe de ontwikkeling van een probleem in een nog vroeger stadium gestopt kan worden.

De bovenvermelde dimensies van emancipatorische preventie bieden niet alleen een kader om kritisch naar preventie-initiatieven te kijken maar stimuleren vooral de mogelijkheden om op een wenselijker manier in te grijpen. Bijvoorbeeld, socialevaardigheidstraining in een school biedt leerlingen kansen (offensief) om in een vroeg stadium te werken aan hun welzijn in de groep; maar een kritische blik op zo’n project kan duidelijk maken dat daarbij weinig aandacht gaat naar het schoolbeleid rond groepsvorming binnen de klassen; bovendien kan duidelijk worden dat aan de leerlingen nooit gevraagd werd waardoor zij zich beter zouden kunnen voelen in de groep. Een zinvol project, maar er liggen nog groeikansen in de dimensies ‘integraal en participatief werken’. Preventie is pas verantwoord als we met alle elementen van emancipatorische preventie rekening houden. Zo is het een verkeerde keuze om heel vroeg in te grijpen zonder enige vorm van participatie en met enkel defensieve acties.

Wat betekent dit voor de psycholoog?

Oog voor groeikansen en een kritische blik zijn essentieel voor gedegen preventieve interventies. Maar in de praktijk van de GGZ is hiervoor vaak te weinig ruimte en expertise. De hoge werkdruk die veroorzaakt wordt door diegenen die om behandeling vragen, laat weinig tijd voor het voorkomen van problemen bij diegenen die nog niet op de wachtlijst staan. Toch bereiken we via algemene preventie een grotere populatie, en door proactief op te treden vermijden we dat mensen op de wachtlijsten terechtkomen. Dus toch een reden om tijd te maken voor vroegtijdig ingrijpen?

De kloof tussen preventie en curatie is echter diep, vooral omdat hulpverleners geen zicht hebben op de rol die zij kunnen spelen bij preventie. De mediacampagnes, opleidingen en preventieve richtlijnen staan veraf van het traditionele werk van de klinisch psycholoog, die vooral ervaring heeft in het werken met individuele patiënten. Psychologen met een gedegen achtergrond in diagnostiek en psychopathologie voelen zich competent in behandelingsmethoden, gesprekstechnieken en diagnosticeren; dat is ingebouwd in de opleiding en wordt bijgeschaafd door de dagelijkse ervaringen met patiënten. Maar algemeen preventief werken vraagt om andere technieken en middelen. Bij preventieve initiatieven worden nieuwe terreinen verkend, nieuwe methoden in de strijd geworpen. Voor enkelen is dat een uitdaging, voor de meesten is het onbekend terrein bij een al overvolle agenda.

Het tij keren

Toch zien we ook vanuit die overbelaste organisaties preventieve initiatieven groeien. Signalen over het hoge aantal zelfmoorden leiden tot een uitgewerkt suïcidebeleid op verschillende niveaus. Om het stigma op patiënten te doorbreken, komen er – op vraag

van hulpverleners – informatiecampagnes voor de bevolking. Praatgroepen voor KOPP-kinderen worden opgezet omdat psychologen de effecten ervan op die kinderen ervaren. Aan de basis van die initiatieven staan veelal gedreven hulpverleners die vanuit hun ervaringen problemen of de escalatie ervan proberen te vermijden. Want psychologen zien dagelijks hoe mensen uit de boot vallen, hoe een negatieve spiraal zich voortzet als er geen gepast aanbod ontwikkeld wordt. Door hun bevoorrechte positie bij het detecteren van de probleemontwikkeling beschikken hulpverleners over een schat aan informatie om preventieve acties op te zetten. Bovendien knaagt de frustratie dat ze het probleem niet bij de wortel kunnen aanpakken, aan hun welbevinden. Bijvoorbeeld, als wederom een patiënt met epilepsie geen verzekering kan afsluiten, of het kind met ADHD niet mee op kamp mag omdat het ‘te lastig’ is, of de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening de werkloosheidsuitkering van de vrouw met CVS stopt vanwege een werkweigerings.

De hulpverleners kunnen verzanden in een klaagzang over de ontmoedigende omstandigheden binnen de hulpverlening. De uitdrukking ‘dweilen met de kraan open’ is er al decennia gemeengoed. Maar het is juist die frustratie die ook de voedingsbodem vormt voor het algemene preventieve werk. Hulpverleners kunnen zich uitgedaagd voelen om op zoek te gaan naar onvolkomenheden in het systeem. Door actief om te gaan met gevoelens van onmacht, onrecht en verontwaardiging en dankzij gezamenlijke reflectie met collega’s kunnen frustraties omgezet worden in constructieve verontwaardiging die de unieke cliëntsituatie overstijgt. Door ervaringen te delen, te analyseren en om te zetten in concrete acties (Serrien, 2007) komt de vraag om problemen in de toekomst te voorkomen centraal te staan. Het is die preventieve reflex bij de hulpverlener, die gewend is met individuen te werken, die aanzet tot veranderingsprocessen.

Bruggen bouwen

Het is belangrijk om die preventieve reflex uitdrukkelijk te duiden, anders raakt alles snel ondergesneeuwd door de drukte van het dagelijkse werk. Daar zit vaak het knelpunt. Problemen worden wel gezien en vertaald naar een preventieve reflex, maar ze blijven in het hoofd van de hulpverlener zitten. In de organisatie ontbreekt vaak een procedure om die signalen op te pakken. Het is zoeken naar het juiste kader en de gepaste visie en ondersteuning om de brug tussen de preventieve reflex van de individuele hulpverlener en een preventief project zo goed mogelijk te slaan. Die brug wordt vaak gestut door een uitgewerkte signaalprocedure. Maar daarbij is een duidelijke visie van de organisatie nodig die aanstuurt hoe hulpverleners problemen definiëren. Want dat bepaalt de aanpak of probleemoplossing. Zo krijgt het voorkomen van opvoedingsproblemen een andere invulling als de psycholoog bij de diagnose verder kijkt dan het pedagogisch onvermogen van de ouders, maar ook de woon-, werk- en financiële context als mogelijke oorzaken in ogenschouw neemt. Dus zal ook de psycholoog vanuit de individuele behandeling zijn keuzes voor de vertaling naar preventieve acties al moeten verankeren in een normen- en waarde kader (Goris et al., 2007).

Preventiepromotie

Het is niet de bedoeling om de psycholoog bovenop zijn hoge caseload ook nog te belasten met het voorkomen van de problemen bij een ruime doelgroep. Maar de informatie die hij krijgt van de patiënten over de elementen die de moeilijke situatie in stand houden, verster-

ken of juist afzwakken, en over de krachten van de patiënt en zijn omgeving, maakt de psycholoog de eerste en vaak belangrijkste bron om een duidelijke probleemanalyse te maken. Hij kan ideeën aanreiken om de doelstellingen en de strategie vast te leggen voor de interventie ten bate van een ruimere doelgroep.

Om dat mogelijk te maken heeft de organisatie platforms en informatiekanalen nodig die verzekeren dat de preventieve reflex aan de basis doorstroomt naar het niveau waar een vertaling naar een preventief project kan gebeuren. Het streven naar gezondheid en welzijn van een individu wordt daarmee verbonden met acties om de sociale context van de ruime doelgroep te verbeteren. In het werkveld zien we steeds vaker die vertaling in signaalnota's, preventiebeleid en overlegstructuren. Een proces dat we toejuichen en dat hopelijk inspirerend en ondersteunend kan werken voor een kwalitatief goed geestelijk gezondheidsbeleid.

Noot

1. De auteurs vormen samen het Team Preventie Ontwikkeling, dat theorie en praktijk rond preventie verder wil ontwikkelen. <http://www.teampreventieontwikkeling.be>

Literatuur

- Andriessen, K. (2013). Ethische reflecties over geestelijke gezondheids- en suïcidepreventie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 74-75.
- Burssens, D., Goris, P., Melis, B., & Vettenburg, N. (2014). *Preventie morgen. Bouwstenen voor een goede praktijk*. Antwerpen: Garant.
- De Cauter, F. (1990). *Methodiek van de preventieve projectwerking*. Leuven: Acco.
- Goris, P., Burssens, D., Melis, B., & Vettenburg, N. (2007). *Wenselijke preventie stap voor stap*. Antwerpen: Garant.
- Serrien, L. (2007). Algemene preventie: kerntaak van het Algemeen Welzijnswerk. In P. Goris, D. Burssens, B. Melis, & N. Vettenburg (Red.), *Wenselijke preventie stap voor stap* (pp. 110-116). Antwerpen: Garant.
- Van den Broucke, S. (2001). Preventie in de geestelijke gezondheidszorg. *Strategieën en methoden. Welzijnsgids – Gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg*, 41, 1-20.

Personalia

Bie Melis, maatschappelijk assistent en master in de criminologische wetenschappen, is lector en onderzoeker aan de Karel de Grote-Hogeschool, departement Sociaal-Agogisch Werk te Antwerpen.

E-mail: bie.melis@kdg.be

Peter Goris, doctor in de criminologische wetenschappen, is eindredacteur van sociaal.Net, een online platform voor iedereen die geïnteresseerd is in welzijn, gezondheid en sociaal werk.

Dieter Burssens, maatschappelijk assistent en master in de criminologische wetenschappen, is wetenschappelijk onderzoeker bij het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie te Brussel.

Nicole Vettenburg, doctor in de criminologische wetenschappen, was als onderzoeker verbonden aan de KU Leuven en als docente aan de UGent. Zij is eindredacteur van het tijdschrift *Welwijs, wisselwerking onderwijs en welzijn*.