

GGZ in Afrika

Verslag van een bijeenkomst op 22 en 23 januari 2008, en een congres op 24 en 25 januari over GGZ-projecten in Centraal- en Oost Afrika, georganiseerd door HealthNet TPO en het ministerie van Gezondheid van Burundi, in Bujumbura, Burundi.

Meer dan wij weten werken in ontwikkelingslanden NGO-medewerkers op het gebied van de GGZ samen met overheden, financiers, de WHO – en vooral met elkaar. Over dit GGZ-netwerk in het Grote Meren Gebied in Afrika organiseerde HealthNet TPO in de hoofdstad van Burundi een bijeenkomst voor hulpverleners, trainers en coördinatoren uit Oeganda, Rwanda, Burundi, de Democratische Republiek Congo en Zuid-Soedan. Twee dagen later volgde een congres. Aan deze conferentie namen beleidsmakers en klinici uit zeven Afrikaanse landen deel. Daarnaast waren er vertegenwoordigers van diverse VN-organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, Unicef, UNHCR, en een aantal donororganisaties. De twee belangrijkste thema's waren de integratie van psychiatrische en psychosociale zorg in bestaande zorgstructuren, en het belang van geestelijke gezondheid voor armoedebestrijding. HealthNet TPO bevordert netwerken en *empowerment* op alle niveaus: in de hulpverlening, in de relatie tussen het multiculturele hoofdkantoor en de multiculturele lokale projecten en in het omgaan met individueel talent van alle medewerkers.

Op deze conferentie werd duidelijk dat primaire hulpverlening in *post conflict* gebieden waar armoede overheerst, het beste wordt gewaardeerd in de vorm

van sociotherapie of psychosociale hulp, omdat die de basis legt voor het bewust worden van inperkende psychische belemmeringen. Dat begint midden in de samenleving. Deze soort hulp is ook haalbaar omdat er relatief weinig geld voor nodig is. Men steekt veel energie in het trainen van relevante personen in de gemeenschap, zoals leraren en dorpsleiders, die zelf de oorlog hebben meege maakt. Deze trainingen moeten wel worden vervolgd en er moet supervisies worden geregeld, want training zonder supervisie is amusement, zoals *Peter Ventevogel*, psychiater in Burundi, opmerkte.

Voor de duurere tweedelijnszorg heeft men systemen ontwikkeld met mobiele klinieken en integratie van psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (hoe beperkt ook) om het stigma van psychiatrische hulp zoveel mogelijk te omzeilen.

Schoorvoetend

Opmerkelijk is dat in Afrika epilepsie wordt ondergebracht bij de GGZ. Wanneer in een ontwikkelingsgebied begonnen wordt met het aanbieden van psychiatrische zorg, is dat voor de bevolking vaak nog onwennig, eng en onbegrijpelijk. In het begin worden vooral mensen met epilepsie naar de zorg gebracht. Hun symptomen (insulten) zijn zichtbaar en duidelijk. Later, als men vertrouwd raakt met het zorgaanbod, durven zich meer patiënten te melden met schizofrene en andere psychoses, of depressies. Zo wordt de drempel naar de zorg steeds lager. Op den duur neemt ook het aantal herhalingsconsulten van patiënten met de zwaarste diagnoses geleidelijk toe, hetgeen er op duidt dat er

een *working alliance* ontstaat tussen behandelaren en patiënt. Patiënten schamen zich niet meer voor hun klachten en durven op het spreekuur terug te komen. Dat komt de behandeling en herstel ten goede.

Als psychosociale hulp en psychiatrische zorg gecombineerd worden, kunnen zowel de samenleving (van onderaf) en de gespecialiseerde hulpverlening (van bovenaf) laten zien dat het ze menens is met psychische problemen. Meer aandacht voor die problemen levert sterkere individuen op – en dus een sterkere samenleving. In *post conflict*-gebieden stimuleert dergelijke *empowerment* in de samenleving het onderling vertrouwen. Dit kan in feite worden gezien als primaire preventie van psychische problematiek. Voor het beperkte aantal patiënten dat psychiatrische hulp in engere zin ontvangt, zien we dat het makkelijker wordt voor familie en samenleving om ze te ondersteunen, en dat de problemen niet automatisch leiden tot individualisatie en uitstoting. Met hulp van familie wordt zelfs tertiaire preventie naast de feitelijke behandeling gerealiseerd.

Willem van de Put, directeur van HealthNet TPO, noemde wat cijfers. Na de gewapende conflicten kwam 47% van de gesneuvelde om het leven als gevolg van suïcide, 33% als gevolg van homicide en 20% door een andere oorzaak. Van de gesneuvelde was 10% militair en 90% burger. Dit zijn cijfers die er niet om liegen. Het is zaak om als gemeenschap deze gebeurtenissen te verwerken. In oorlog worden niet alleen mensen maar ook sociale relaties gedood. De hele maatschappij moet weer worden opgebouwd. Daarvoor is het nodig om met verlies te kunnen

omgaan. De focus bij de wederopbouw van de maatschappij moet dan ook liggen bij de relaties in de samenleving. In *post conflict*-landen is daar altijd te weinig geld voor. In de meeste landen is iedereen aan het overleven. Met een geïntegreerde GGZ, waarin zowel psychosociale hulp als psychiatrische behandeling een rol spelen, is de kans op versteviging van de samenleving heel wat groter.

Financiering

In relatief korte tijd (vijftien jaar) heeft HealthNet TPO een methodiek ontwikkeld die verder kan worden uitgerold in de samenleving, in de zorg en in de organisatie. Donoren en financiers eisen verantwoording van projectuitkomsten in de vorm van cijfers over resultaten. Hulporganisaties richten zich daarom vaak op cijfers over individuele behandelingen. Dat is jammer. HealthNet TPO probeert andere vormen van monitoring te organiseren waarbij ook wordt gekeken naar effecten op langere termijn en op collectief niveau.

De presentaties van de buurlanden Tanzania, Rwanda, DR Congo en Oeganda maakten duidelijk dat maatschappelijke psychosociale hulpverlening in combinatie met specialistische psychiatrische behandeling voor gediagnosticeerde patiënten, een zinvolle aanpak is, temeer omdat armoedebestrijding en psychosociale hulp op die manier hand in hand gaan. Uitspraken als ‘geen gezondheid zonder geestelijke gezondheid’ en ‘psychische hulp is geen luxe’ zijn waar – en niet alleen in Afrika. Getalsmatig kan worden aangetoond dat een investering in hulpverlening zich terugverdient. Een onder-

zoek in Burundi voor de Wereldbank, uitgevoerd door HealthNet TPO, toonde een winst van vijftien dollar op een investering van vijf dollar per maand. Schattingen van de WHO laten zien dat behandeling mogelijk is en niet duur hoeft te zijn. (Chisholm e.a. in *British Journal of Psychiatry* [2007], 191, 528vv) Daarom lijkt mij de tijd rijp om in Afrika fors te gaan investeren in de GGZ. Dat kost aanvankelijk inderdaad extra geld, maar ook van donoren mag een langetermijnvisie worden gevraagd.

AMY BESAMUSCA-EKELSCHOT

Psychiater, HealthNet TPO, Amsterdam

GGZ-Kennisdag 2008

Verslag van de GGZ-Kennisdag 2008 'Heel de mens, heel de zorg!', georganiseerd door het Trimbos-instituut en GGZ Nederland in samenwerking met ZonMw, het Julius Centrum en de School for Public Health and Primary Care (Caphri) op 17 januari 2008 in Amsterdam. Prijs: € 295,-. Aantal deelnemers: 450.

De in mijn ogen complexe ondertitel van deze kennisdag luidde 'Disease management: van zorgprogrammering, ketenzorg en patiënt empowerment naar samenhangende zorgvisies en verbeterde uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg?' De toelichting in de uitnodiging was gelukkig zeer verhelderend. Gesteld werd dat we in de GGZ ruime ervaring hebben opgedaan met zorgprogramma's, ketenvorming en het bevorderen van zelfmanagement door patiënten. De kernvragen zijn dan: moeten we deze ontwikkelin-

gen doorzetten in de richting van *disease management*, en hoe bereiken we daarmee samenhangende zorgvisies en verbeterde uitkomsten van de zorg? Vol verwachting stapte ik door de regen naar de sfeervolle Beurs van Berlage.

Onze minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Ab Klink*, noemde de kennisdag een belangrijk congres. Hij gaf aan dat de vraag naar GGZ verder zal toenemen, met alle risico's van dien: verlies van kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn familie, en verlies van arbeidsproductiviteit voor de samenleving. Daarna stipte hij alle recente veranderingen in wet- en regelgeving aan, waarbij hij benadrukte dat de overheid slechts verantwoordelijk is voor de randvoorwaarden, waarbinnen de zorgaanbieders vervolgens kunnen en moeten innoveren. In een poging het belang van patiënteninbreng hierbij aan te geven, maakte hij de lekenvergissing om evidente patiëntenervaringen te verheffen tot *evidence based*. Een visie op het terrein van samenhang in de GGZ had hij niet.

Vervolgens gaf *Jan Walburg* (Raad van Bestuur, Trimbos-instituut) een helder overzicht van de principes, uitgangspunten en kenmerken van *disease management*. Hij definieerde *disease management* als een proces waarbij een voortdurende verbetering van meetbare resultaten in het behandelcontinuüm (preventie, diagnose, behandeling en zorg) wordt nagestreefd. Vervolgens vergeleek hij *disease management* met traditionele zorg. De belangrijkste verschillen zijn dat *disease management* zich vooral richt op optimalisering van de totale zorgketen, financiering per ziektebeeld, behandeling en preventie, verbeteringen op grond van uitkomsten van het