

Prys van diepgaande verwaarlosing van geestesgesondheidsorg is te hoog

Soraya Seedat*

Die sentale tema van vanjaar se [Wêreldgeestesgesondheidsdag](#) (10 Oktober) is “*Mental Health for All Greater Investment – Greater Access*”. Die historiese onderbelegging in geestesgesondheid wêreldwyd, en veral in lae- en middelinkomstelande, is nog nooit so intens gevoel as op hierdie tydstip nie.

Dit is redelik om aan te neem dat die bykomende medium- en langtermyn-gevolge geestesgesondheidsgevolge van COVID-19 – wat as direkte en/of indirekte uitwerking van die virus kan manifesteer – oor die komende maande en jare nog meer druk op personeel en begrotings in beide die openbare en private gesondheidsorgsektore sal plaas.

Slegs vyf jaar gelede is geestesgesondheid en middelmisbruik uitdruklik as gesondheidsprioriteite in die [Volhoubare Ontwikkelingsdoelwitte](#) (VOD's) genoem, wat vir die eerste keer erkenning daaraan gegee het dat geestesiektes en ernstige geestesversteurings (byvoorbeeld skisofrenie en bipolêre gemoedsteuring) veral 'n ernstige bottelnek in die bereiking van volhoubare doelwitte veroorsaak.

Hoewel geestesgesondheid nou verbind is en dwarsoor omtrent al die 17 VOD's sny, hou [doelwit 3](#) spesifiek met geestesgesondheid en middelmisbruik verband. Doelwit 3 strewe daarna om teen 2030 voortydige sterftes weens nie-oordraagbare siektes met 'n derde te verminder deur die voorkoming, behandeling en bevordering van geestesgesondheid en -welstand, deur die voorkoming en behandeling van middelaafhanklikheid te versterk – wat die skadelike gebruik van alkohol en narkotiese dwelms insluit – en om universele gesondheidsdekking wat geestesgesondheid insluit, te bewerkstellig. Universele gesondheidsdekking word deur die Wêreldgesondheidsorganisasie gedefinieer as “die versekering dat alle mense toegang het tot die nodige gesondheidsdienste van voldoende gehalte om doeltreffend te wees (insluitende voorkoming, bevordering, behandeling, rehabilitasie en verligting).

Ongelukkig word hierdie VOD-doelwitte in baie lande, insluitende Suid-Afrika, nie geprioritiseer in gesondheidsaksieplanne en fiskale toekennings nie. Gevolglik lei dit nie tot die wêreldwye verhoging in die behandeling en voorkoming van geestesiektes en psigososiale ondersteuning nie. Maar uit 'n openbare gesondheids-, ekonomiese en menseregte-oogpunt moet toegang tot geestesgesondheid vir *almal* 'n prioriteit wees. Die bevordering van geestesgesondheid en -welstand en die vermindering van middelaafhanklikheid verbeter egter fisieke gesondheid, verminder geweld, versterk sosiale kapitaal, verhoog produktiwiteit en bevorder ekonomiese groei dienoreenkomstig.

Geestesiektes word met angste en funksionele verswakking geassosieer wat nadelige gevolge nie net vir diegene wat aan die siekte ly nie, maar ook vir hul gesinne en hul werks- en sosiale omgewings kan inhou. Sebastian Trautmann, Jürgen Rehm en Hans-Ulrich Wittchen redeneer in hul 2016-[artikel](#) dat geestesiektes die struktuur van die samelewing baie diep beïnvloed en sigbare kostes (byvoorbeeld kostes wat met diagnose, gesondheidsorg, medikasie, psigoterapiesessies, hospitalisasie, ensovoorts gepaard gaan) asook versteekte kostes (byvoorbeeld kostes wat met verlies aan inkomste, ongeskiktheid, mediese aflegging, afwesigheid van die werk en sterftes) meebring.

In Suid-Afrika is die behandelingsgaping vir geestesversteurings – dit is die gaping tussen Suid-Afrikaners met geestesiektes wat behandeling nodig het en diegene wat dit wel ontvang – nagenoeg 92%. Hierdie gaping is nog wyer vir kinders en adolessente (dit is mense jonger as 18 jaar) wat 'n

derde van die bevolking uitmaak. Dit is uiters kommerwekkend as 'n mens in ag neem dat die helfte van alle geestesiektes teen die middel van adolessensie begin.

Sowat 'n kwart van Suid-Afrika se adolessente word fisiek deur 'n volwassene mishandel en rofweg dieselfde hoeveelheid ervaar seksuele teistering, soos [aangedui](#) deur Lillian Artz en haar medeskrywers. Blootstelling aan geweld word nou met geestesgesondheid verbind en die vernietigende vroeë en langtermyn-uitwerking van geweld op die geestesgesondheid van kinders, adolessente en volwassenes word algemeen erken. Die gevolge lei onder meer tot depressie, post-traumatisiese stresversteuring, angsversteurings, alkohol- en dwemmisbruikversteurings, eetversteurings, slaapversteurings en selfdood. Die COVID-19-pandemie het die situasie vererger, met 'n toename in geweld wat teen die jeug gepleeg word weens inperkings tuis, meer kontak met gewelddadige versorgers, ouerlike stres en spanning, gebrek aan skoolgebaseerde hulpbronne en min of geen toegang tot geestesgesondheidsdienste.

Besteding op geestesgesondheid in die Suid-Afrikaanse openbare gesondheidsektor is [slegs 5% van die land se algehele gesondheidsbegroting](#). Vir die meeste provinsies is hierdie besteding egter minder as 5% met 'n oneweredige besteding (>80%) op binnepasiëntesorg, hoewel buitepasiënte die grootste deel van pasiënte uitmaak wat geestesgesondheidsbehandeling en psigososiale sorg in beide die openbare en private gesondheidsektore ontvang.

Onder Suid-Afrikaners wat geen siekefonds het nie, ontvang minder as 1% enige tipe binnepasiënte-geestesgesondheidsorg en minder as 10% geestesgesondheid-buitepasiëntesorg. Dit word vererger deur 'n nasionale tekort aan psigiaters (0,31 psigiaters per 100 000) om dienste aan Suid-Afrikaners sonder enige siekefonds te lewer en 'n jammerlike tekort aan kinder- en adolessentepsigiaters in die openbare sektor, met verskeie provinsies wat geen openbare kinder- en adolessentepsigiater het nie.

Dit is die strak werklikheid wat ons op Wêreldgeestesgesondheidsdag in die gesig staar. Geestesiektes strem ekonomiese groei en sal aanhou om dit te doen tensy pogings om die ongelykhede in toegang tot geestesgesondheidsorg en die oorkruisende maatskaplike bepalers wat 'n risiko vir geestesgesondheid inhou (byvoorbeeld armoede, geweldsmisdade, stigmas, strenger beperkings op toegang tot alkohol) aan te spreek, dringend vermeerder word. Gedurende COVID en in die tye ná COVID-19 moet daar voldoende voorsiening gemaak word vir voortdurende gesondheidsorgbehoefte van Suid-Afrikaners met voorafbestaande geestesiektes en die behoeftes van diegene wat pas daarmee gediagnoseer is. Dit sluit die voorsiening van geestesgesondheidsorg in vir gesondheidsorgwerkers en ander noodsaaklike werkers wat aan die voerpunt en in die middel van hierdie pandemie was.

Die COVID-19-pandemie is 'n belangrike keerpunt. Die regering het pogings versnel om sy reaksiestelsels op geslagsgebaseerde geweld uit te brei. Om die kurwe van geslagsgebaseerde geweld laag te hou, is een manier om die geestesgesondheidskurwe te verlaag. Die instaatstelling van geestesgesondheidsdienste en die fasilitering van tydige toegang tot geestesgesondheidsdienste vir diegene wat met geleefde ervarings van geestesiektes saamleef, is iets anders.

Dit behoort verpligtend te wees om belegging in geestesgesondheid in nasionale en provinsiale gesondheidsbegroting te vermeerder deur multisektorale benaderings wat universele en geteikende intervensies vir die voorkoming van geestesafwykings en die bevordering van welstand te kombineer met die talle bewysgebaseerde behandelings wat al doeltreffendheid, kostedoeltreffendheid en skaalbare vermoëns getoon het. Die prys wat betaal moet word as dit nie gedoen word nie, is te hoog om te ignoreer. Die [Life Esidemeni-tragedie](#) het die sistemiese tekorte ten opsigte van die behandeling van mense met geestesiektes en die diepgaande verwaarloosing van

geestesgesondheidsdienste beklemtoon. In die landskap van geestesgesondheid is dit een tragedie te veel.

**Prof Soraya Seedat is die uitvoerende hoof van die departement Psigiatrie by die Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit Stellenbosch.*