

Verdens helse

Helseforsikring betyr bedre helse for Rwandas befolkning

■ Hele 85 % av Rwandas befolkning er nå dekket av en helseforsikring kalt «mutuelles» som fordeler kostnaden av helsetjenester i landsbyer og regioner (1). Men til tross for at det kun koster 2 amerikanske dollar per år, er kostnaden for høy for mange.

Etter folkemordet i 1994, da en million mennesker ble drept og to millioner ble drevet på flukt, var landets helsesystem stort sett ødelagt (2). I ettertid er det lagt vekt på å gjenoppbygge og bedre helse tilbudet til befolkningen. En del av denne planen er mutuelles, som ble introdusert i 1999 (1). Antall medlemmer har økt jevnlig, og siden april 2008 er det lovfestet at alle må ha en form for helseforsikring. Utgiftene kan være høye for mange, men medlemstallet har økt fordi befolkningen kan se fordelene.

– Først mente de fleste i landsbyen min at mutuelles ikke ville fungere fordi det kostet for mye. Men i dag er nesten alle i landsbyen medlemmer fordi vi forstår nytten, sier Cyriaque Muhayimana, en bonde med fem barn fra landsbyen Rulindo.

Mutuelles er delvis finansiert av the Global Fund to first AIDS, Tuberculosis and Malaria som dekker forsikringspremier for rundt 1,5 millioner mennesker. I tillegg bestemmer hver landsby hvem som er for fattige til å betale tillegget for behandling (2). Data fra 2004 tyder på at ca. 10 % av befolkningen slipper å betale, men dette burde gjelde 15–30 %.

– Rwanda er fortsatt et av de fattigste landene i Afrika og i verden. Men regjeringen har forstått at ved å basere helsefinansieringssystemer på solidaritet og rettferdighet kan landet sikte på universell dekning, noe som trengs for å bygge samfunnet og bedre økonomien, sier Adelio Fernandes Antunes fra Verdens helseorganisasjon.

Oda Riska
oriska@hotmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Twahirwa A. Sharing the burden of sickness: mutual health insurance in Rwanda. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 823–4.
2. Logie DE, Rowson M, Ndagije F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *Lancet* 2008; 372: 256–61.

Internasjonal medisin

Psykatri i fattige land: Ingen helse uten mental helse!

Jo fattigere et land er, desto lavere andel av helsebudsjettet benyttes til psykiske helsetjenester. Er dette en riktig prioritering? En ekspertgruppe i regi av tidsskriftet *The Lancet* har nylig dokumentert den sterke sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse og mellom god helse og andre viktige utviklingsindikatorer som utdanning og økonomi.

Ekspertgruppen publiserte sine anbefalinger i seks artikler i *The Lancet* høsten 2007 (1). En av oss (EH) var medlem i gruppen, og vi vil i denne kronikken redegjøre for noen hovedkonklusjoner samt egne erfaringer fra arbeid med psykisk helse i utviklingsland. I et globalt perspektiv er mental helse fortsatt et neglisjert og stigmatisert område av medisinen, og mennesker med psykiske plager opplever en økende grad av marginalisering (2). Til tross for at nevropsykiatriske sykdommer vil bli den viktigste ikke-infeksiøse sykdomsgruppen og unipolar depresjon den nest viktigste enkeltsykdom frem mot år 2020 målt i sykdomsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY) (3), er ressursene til mental helse fortsatt marginale. Både blant bilaterale donorer som Norad og multilaterale som WHO er det få prosjekter om mental helse sammenliknet med f.eks. infeksjonssykdommer (2).

I mange land kan stigma forbundet med psykisk og nevrologisk sykdom og psykisk utviklingshemning være knyttet til familier i flere generasjoner. Det kan føre til sosial isolasjon, økonomiske vanskeligheter og dårligere behandling også for somatiske lidelser (4). Stigmatiseringen er sterkest, og konsekvensene i form av sosial eksklusjon mest dramatiske i fattige land, noe som fører til at pasientene ikke oppsøker helsetjenesten med sine psykiske plager. De oppsøker i stedet tradisjonelle healere eller gjemmes bort og blir en omsorgsbyrde for familien. I mange land, særlig de minst utviklede, er det også stigma beheftet med å arbeide i psykiatrien (4).

Konsekvensene av psykiske sykdommer

En rekke studier viser at depresjon og alkohol- og stoffmisbruk gir kognitive vansker og dårligere medvirkning i behandlingen av livstruende sykdommer som hiv/aids og tuberkulose, særlig i Afrika. Malaria kan i alvorlige tilfeller gi sym-

ptomer forenlig med depresjon, mani, psykose, angst og konfusjon. Det samme gjelder for antimalariamedikamenter som klorokin, kinin og meflokin. Studier viser at malaria kan ha effekt på kognitive funksjoner, og hos barn er det funnet langtidseffekter på kognitiv utvikling etter cerebral malaria (5).

Det er høyere forekomst av postpartum-depresjoner i fattige land enn i rike, og dette er i særlig grad knyttet til jentefødsler. Det er også vist at antenatal depresjon hos gravide øker risikoen for lav fødselsvekt, noe som gir betydelig økt risiko for tidlig død. Perinatal depresjon har i flere studier i utviklingsland vist seg å øke risikoen for underernæring etter seks måneder (3). Mødre som har god mental helse klarer å gi sitt barn mer brysternæring og makter å gi bedre omsorg og generell ernæring av utsatte barn enn mødre som lider av psykiske plager (6).

Tilgjengelige ressurser

Til tross for den betydning mental helse har for den generelle folkehelsen, er det fortsatt en firedel av verdens land som ikke har en politisk vedtatt strategi for mental helse. 40 % av slike politiske dokumenter ble vedtatt for over 15 år siden. Bare 69 % av verdens befolkning er dekket av lover for mental helse. Halvparten av disse er eldre enn 15 år og 16 % ble vedtatt før 1960. I mange land er psykisk sykdom unntatt fra uførestønad og andre medisinske støtteordninger, og i de fleste mellominntektsland og enkelte rike land gir psykiske lidelser ikke rett til å tegne private helseforsikringer (7).

Under halvparten av alle lavinntektsland tilbyr psykiske helsetjenester i nærmiljøet og bare ca 60 % av landene i verden har utdanninger som gir kunnskap og trening i psykisk helsearbeid. Det er også en stor mangel på sengeplasser i lavinntektsland. Mens det i rike land er åtte psykiatriske senger per 100 000 innbyggere, er det tilsvarende tallet 0,34 i fattige land. I en

firedel av lavinntektsland er ikke antidepressive medikamenter tilgjengelig i primærhelsetjenesten. I de land hvor slike midler er tilgjengelig, vil ofte tilgangen variere og i mange land må pasientene betale selv for medisinene (7).

Det er likevel mangel på personell i primærhelsetjenesten med kompetanse i psykisk helsearbeid som er det største hinderet for å utvikle den psykiske helsetjenesten i utviklingsland. I fattige land er det i snitt ca. 0,05 psykiatere og 0,16 psykiatriske sykepleiere per 100 000 innbyggere. I rike land er det ca. 200 ganger flere (2). Siden den psykiske helsetjenesten er så svakt utbygd i mange fattige land, rammes de ekstra hardt av lege- og sykepleieremigrasjonen fra fattige til rike land.

Mens rike land bruker 5–10 % av helsebudsjettet på mental helse, bruker land i Afrika og Sørøst-Asia under 1 %. Det viser seg at jo fattigere et land er, jo mindre er den andelen som benyttes til psykiske helsetjenester. Det er dessverre få studier fra fattige land som kan dokumentere at det er kostnadseffektivt å satse på mental helse i disse landene, og kostnad-effekt-studier er vanskelig å generalisere over landegrensene (7).

En tredel av pasienter med schizofreni og halvparten av pasienter med depresjon og angst får ingen behandling. I fattige land er behandlingsgapet enda videre siden 75–85 % av alle mennesker med psykiske lidelser forblir ubehandlet (8). Dette medfører store lidelser for den enkelte og for familien, og gir betydelige økonomiske tap for nærmiljøet og konsekvenser i en større samfunnsøkonomisk sammenheng.

Om lag 10 % av alle intervensjonsstudier relatert til mental helse er utført i lav- eller mellominntektsland. For lavinntektsland alene er det under 1 % (9). Ut fra de få studier som er gjennomført, er det grunnlag for å tro at behandling av schizofreni og affektive lidelser er kostnadseffektivt i fattige land, og at det mest effektive er å integrere den i den eksisterende primærhelsetjenesten. Studier vedrørende behandling av barn og pasienter med rusrelaterte lidelser mangler (9).

Prisen for standard behandling i Afrika og Sør-Asia er 3–4 amerikanske dollar og 7–9 dollar i Latin-Amerika og Karibia per behandlet pasient. For den prisen er det mulig å få tilgang til poliklinisk behandling av schizofreni og bipolare lidelser med første generasjons antipsykotika og stemningsstabiliserende medikamenter og psykososiale tiltak, samt i primærhelsetjenesten behandling med selektive serotoninreopptakshemmere for depresjon og panikkangst (9).

Mulige tiltak

Det er en betydelig mangel på helsearbeidere med erfaring og interesse for psykisk helse, og det er heller ikke tilgjengelige



Undervisning i psykisk helse til helsearbeidere i Liberia. Illustrasjonsfoto Torbjørng Jensen

ressurser i lav- og til dels heller ikke i mellominntektsland til å bygge opp en separat tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. Det er i stor grad sykepleiere og medisinske assistenter som driver primærhelsetjenesten i fattige land. Disse har ofte mangelfull utdanning og kompetanse vedrørende psykiske lidelser. Den eneste farbare vei for å utvikle slike helsetjenester i fattige land er å integrere psykisk helse i primærhelsetjenesten. Dette er dessuten mer kostnadseffektivt enn å bygge opp separate tjenester (2). Imidlertid viser vår erfaring at det også er viktig å utdanne flere spesialister i psykiatri i lav- og mellominntektsland. Selv om hoveddelen av behandlingen av psykiske lidelser vil finne sted i primærhelsetjenesten, er det behov for spesialister til å veilede, undervise og behandle pasienter med spesielt kompliserte lidelser.

Effekten av å lære opp personell i primærhelsetjenesten i psykisk helse vil ikke bare bidra til at pasienter med mentale lidelser får bedre hjelp. Det vil også effektivisere andre intervensjoner i primærhelsetjenesten som forebygging og behandling av hiv/aids, tuberkulosebehandling, særlig multiresistent tuberkulose, forebygging av komplikasjoner knyttet til svangerskap og fødsel, behandling av syke barn og mennesker med kroniske somatiske lidelser (10).

Prince & Patel har beregnet at ved å behandle fødselsdepresjon mer effektivt, er det mulig å redusere veksthemning (stunting) med 20 %. Videre har de beregnet at 15 % av alle selvmord kan forebygges ved å behandle alvorlige depresjoner i fattige land (3). Forutsetningen er at primærhelsetjenesten får nødvendig støtte og veiledning ved behov.

Ikke uventet har WHO også erkjent den globale underprioriteringen av mental

helse. Tidligere har WHO publisert oversikter over ressursbruk på mental helse og psykiatri i medlemslandene (2). Et av organisasjonens tidligere globale programmer innen mental helse er «The mental health policy project». Her har man bl.a. publisert en hel pakke med moduler til hjelp når man skal utvikle et helsetjenestesystem for mental helse i et land eller i et område (11).

I disse dager lanserer WHO et nytt globalt prosjekt kalt WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Dette er et handlingsplan for å bygge opp helsetjenester innen områdene mental helse, nevrologiske lidelser og alkohol- og stoffmisbruk for befolkningen i lav- og mellominntektsland. Samtidig har ekspertgruppen nedsatt av *The Lancet* etablert et nettverk bestående av institusjoner og enkeltpersoner med det formål å utvikle kunnskapsbasert behandling for mennesker med psykiske lidelser i fattige land (1).

Behov for forskning

Behovene for økt forskningsinnsats om mental helse i lav- og mellominntektsland er store. Men hva bør prioriteres? *The Lancets* «Global Mental Health group» gjorde en systematisk kartlegging av prioriterte områder og identifiserte omfattende behov for forskning om barns og ungdoms mentale helse, stoff- og alkoholmisbruk, angst og depresjon og psykotiske lidelser. Noen av de mer generelle områdene som ble identifisert var:

- Studier av effektiviteten av lavkostnadsmodeller for distriktbasert behandling og rehabilitering, som er kulturelt tilpasset og bærekraftige
- Studier av helsevesenet for å identifisere faktorer som hindrer tilgang til helsetjenester som f.eks. stigma, med spesiell vekt på tidlig intervensjon

– Studier av samarbeid mellom helsemyndigheter og frivillige organisasjoner innen rehabilitering av personer med kroniske psykotiske lidelser og effektiviteten av dette samarbeidet

Norske bistandsmyndigheter og bistandsorganisasjoner kan neppe sies å ha prioritert forskning innen mental helse. Vårt inntrykk er at mental helse ikke i tilstrekkelig grad har vært integrert i de overordnede målene til Norad og de frivillige organisasjonene som arbeider for bekjempelse av fattigdom, kvinners rettigheter og hiv/aids. Men det finnes hederlige unntak. Norad har f.eks. vakt internasjonal oppsikt ved å finansiere et program for å bygge opp psykiatriske helsetjenester og utdanning av psykiatere, psykiatriske sykepleiere og primærleger over en 13-årsperiode i Kambodsja.

Som et resultat av satsingen er det etablert et landsdekkende psykisk helsevern som nå er selvberende og i økende grad bemannet med kompetent helsepersonell (12). Et annet eksempel er at Norad gjennom NUFU-samarbeidet nylig har bevilget midler til et prosjekt over fire år hvor mål"et er å bistå Sør-Sudan med å kartlegge behov og bygge opp kompetanse innen mental helse, med utgangspunkt i primærhelsetjenesten. Dette er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Sintef i Norge og University of Bahr El Ghazal og flere andre universiteter og organisasjoner i både Sudan og Sør-Afrika. Et liknende

samarbeid hvor mental helse er en del, er også etablert i Palestina, Indonesia og Nepal.

Et økende antall norske leger, sykepleiere og annet helsepersonell har erfaring fra ulike samarbeidsprosjekter innen mental helse eller psykososiale prosjekter, både som klinikere og forskere. Institutt for psykiatri ved Universitetet i Oslo ønsker å ta et initiativ for å samordne og utvikle den norske innsatsen innen psykisk helse i fattige land. Det er mange som ønsker å bidra, så mulighetene skulle være til stede for økt norsk satsing for å være med på å minske «The Global Mental Health Gap».

Lars Lien

lars.lien@sykehuset-innlandet.no
Distriktspsykiatrisk senter Gjøvik
2800 Gjøvik
og
Institutt for psykiatri
Universitetet i Oslo

Edvard Hauff

Institutt for psykiatri
Universitetet i Oslo
og
Psykiatrisk divisjon
Ullevål universitetssykehus

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Movement for global mental health. Lancet series on global mental health. www.globalmentalhealth.org/articles.php?id=16&menu_id=0 (10.11.2008).

2. WHO. World health report. Mental health; new understanding, new hope. Genève: WHO, 2001.
3. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–77.
4. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet* 2007; 370: 810–1.
5. Kihara M, Carter JA, Newton CR. The effect of *Plasmodium falciparum* on cognition: a systematic review. *Trop Med Int Health* 2006; 11: 386–97.
6. Herrman H, Swartz L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. *Lancet* 2007; 370: 1195–7.
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370: 878–89.
8. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581–90.
9. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 991–1005.
10. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299–305.
11. WHO. Mental health improvements for nations development: The WHO MIND Project. www.who.int/mental_health/policy/en/ (10.11.2008).
12. Hauff E. Transcultural perspectives of the management of mental health care: challenges in Europe and in low-income countries. I: Guimón J, Sartorius N, red. *Manage or perish: The challenges of managed mental health care in Europe*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999: 95–100.

Manuskriptet ble mottatt 11.9. 2008 og godkjent 15.11. 2008. Medisinsk redaktør Siri Lunde.