

Husk mental helse

Psykiske lidelser utgjør over 10 % av den globale sykdomsbyrden. Likevel er mental helse knapt nevnt i årets stortingsmelding om global helse. En så ensidig vektlegging av den somatiske siden av helsebegrepet gir uheldige signaler om at det ikke er viktig å satse på mental helse globalt.

www Publisert først på nett 18.10. 2012

I februar 2012 ble stortingsmeldingen om global helse lansert (1). I den omfattende meldingen nevnes mental helse kun ved et par-tre anledninger, uten å bli satt inn i en meningsfylt sammenheng innenfor det globale helseperspektivet. Dette til tross for at WHO satte mental helse på dagsordenen for flere år siden, med oppfordring til alle land om å gjøre det samme (2). Meldingen har utløst reaksjoner fra forskjellig hold (3).

Med et bredt engasjement fra bl.a. Rådet for psykisk helse og Himalpartner (tidl. Tibetmisjonen) håper vi å kunne bidra til at også mental helse blir viet tilstrekkelig oppmerksomhet. Himalpartner er en misjonsorganisasjon som i tillegg til det åndelige er opptatt av hele menneskets livsvilkår, inkludert fysisk og psykisk helse. De har opprettet en faggruppe for å bidra til å utvikle prosjekter relatert til mental helse i Himalaya-regionen. Vi er engasjert i denne gruppen. Det er også dannet et nytt norsk nettverk for global mental helse som er åpent for alle interesserte (4). Vi ønsker med dette innlegget å understreke nødvendigheten og viktigheten av å inkludere mental helse i all utviklingshjelp og i alt internasjonalt helsearbeid.

Psykiske lidelser er universelle

Rundt 450 millioner mennesker lider av nevropsykiatriske sykdommer, som utgjør 13 % av den globale sykdomsbyrden. Forestillingen om at psykiske lidelser er problemer de industrialiserte og rike deler av verden er belastet med, mens tradisjonelle samfunn, upåvirket av de moderne stressfaktorer, går fri, er en myte (2). Med WHO's årsrapport for 2001 ble mental helse for alvor satt på dagsordenen (2). Senere publiserte *The Lancet* en artikkelserie om temaet der det ble slått fast at «... there is no health without mental health» (5). Temaet er også tidligere omtalt i Tidsskriftet (6).

Selv om det er enkelte kulturelle ulikheter i uttrykk, er psykiske lidelser universelle og påvirker mennesker i alle samfunn. De har stor innvirkning både økonomisk og sosialt på samfunnsstrukturen og på enkeltpersoners og familiers livskvalitet og står for 35–45 % av alt fravær fra arbeid (2). Depresjon fører til større sykkelighet, målt i tapte kvalitetsjusterte leveår (DALY), enn andre ikke-infeksiøse lidelser, som angina, artritt, astma og diabetes (7).

Suicid, som er overrepresentert blant

deprimerte, er blant de tre vanligste dødsårsaker globalt i aldersgruppen 15–34 år (2). I Nepal er suicid den hyppigste dødsårsak for kvinner i reproduktiv alder og ligger bak 16 % av alle dødsfall, dvs. en større andel enn død forårsaket av komplikasjoner til svangerskap og fødsler (8). Globalt forår-

«Selv om det er enkelte kulturelle ulikheter i uttrykk, er psykiske lidelser universelle og påvirker mennesker i alle samfunn»

saker nevropsykiatriske lidelser 1,2 millioner dødsfall årlig (2), et tall som sannsynligvis er betydelig underestimert. Studier fra India har vist suicidratene som var ti ganger høyere enn de offisielle tallene (9) og at 15 % av disse kunne vært unngått ved adekvat behandling av alvorlig depresjon (5). Investering i mental helse er kostnadseffektivt – behandling av depresjon er like regningssvarende som antiviral behandling ved aids eller glykemisk kontroll av diabetes (10).

Der psykiateren ikke finnes

I en rekke land er budsjettet for mental helsehjelp sparsomt eller fraværende. Det er 172 ganger flere psykiatere i rike land enn i fattige land (11). Tilsvarende skjevfordeling finnes også for øvrige yrkesgrupper innen mental helse: psykologer, psykiatriske sykepleiere, sosionomer etc. (11–13).

Psykiateren Vikram Patel (Goa, India) understreker viktigheten av å integrere psykiske helsetjenester i primærhelsetjenesten. I boken *Where there is no psychiatrist* (14) gir han en enkel fremstilling av hvordan psykiske lidelser kan behandles. Dette er en veiledning som kan brukes av ufaglærte og helsearbeidere med lite utdanning. Patel understreker at et lite, men ressursrikt land som Norge kan bidra med å spre kunnskap om styrking av mental helseomsorg samt fremme menneskerettighetene i mindre res-

sursrike land. Han fremhever spesielt tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik, som var åpen internasjonalt om sin depresjon (Vikram Patel, personlig meddelelse).

Stigmatisering kan bidra til at mentale lidelser uttrykkes i andre former i visse deler av verden (15). Det er en viktig grunn til at intervensjoner utarbeidet av vestlige «eksperter» ikke må træs ned over hodet på en befolkning, de må utformes innenfor landets/kulturens egen kontekst og forståelse i samarbeid med lokale aktører (16).

Mental helse på dagsordenen

Stortingsmeldingen om global helse mangler anerkjennelse og prioritering av mental helse som en naturlig og integrert del av et lands totale satsing på helsetjenester til befolkningen. Heldigvis har Utenriks- og forsvarskomiteen i sin innstilling til Stortinget (3), støttet av Helse- og omsorgskomiteen, tatt tak i problemstillingen, noe som løfter mental helse opp på dagsordenen i det offentlige rom. Det er behov for økonomisk og faglig bistand for å skalere opp prosjekter og tiltak som har vist seg å være kostnadseffektive og gir økt livskvalitet til mennesker med psykiske lidelser (10).

Tore Gude

tore.gude@medisin.uio.no

Signe Karen Dørheim

Hanne Marit Bjørgaas

Hans Kristian Maridal

Tore Gude (f. 1940) er professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Han er seniorveileder i psykoterapi og forskning ved Modum Bad, psykoterapiveileder ved avdeling Lier sykehus, Vestre Viken, og veileder for leger i spesialisering, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. I tillegg driver han egen psykoterapi praksis. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Signe Karen Dørheim (f. 1967) er overlege i psykiatri ved Sandnes DPS poliklinikk, og postdoktorforsker tilknyttet MoodNet, Stavanger universitetssjukehus. Hun har tidligere jobbet som lege i Nepal og er engasjert i Himal-Partners satsing på global mental helse. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Hanne Marit Bjørgaas (f. 1963) er overlege ved Barnehabiliteringen Østerlide, Stavanger universitetssjukehus. Hun planlegger et pilotprosjekt blant foreldre til barn med funksjonshemming i Nepal.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hans Kristian Maridal (f. 1979) er lege i spesialisering i psykiatri ved forskningsavdelingen i Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen, og planlegger et forskningsår innen mental helse i Nepal. Han har i tillegg arbeidet med rekruttering og tilrettelegging for internasjonal tjeneste og helsemisjon for Norges kristelige legeförening.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Melding St. nr. 11 (2011–2012). Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken.
2. World health report. Mental health: new understanding, new hope. Genève: WHO, 2001.
3. S.innst. nr. 300 (2011–2012). Innstilling fra utenriks- og forsvarskomiteen om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken.
4. HimalPartner. Nytt nettverk for global mental helse. www.himalpartner.no/vart-arbeid/mental-helse105/748?project_id=96 (28.8.2012).
5. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–77.
6. Lien L, Hauff E. Psykiatri i fattige land: Ingen helse uten mental helse! *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2282–4.
7. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370: 851–8.
8. Pradhan A, Poudel P, Thomas D et al. A review of the evidence: suicide among women in Nepal. London: Department for International Development/United Nations Population Fund, 2010.
9. Aaron R, Joseph A, Abraham S et al. Suicides in young people in rural southern India. *Lancet* 2004; 363: 1117–8.
10. WHO. Economic aspects of the mental health system: key messages to health planners and policy-makers. Genève: WHO, 2006.
11. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet* 2011; 378: 1654–63.
12. Mental Health Atlas. WHO 2005. www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html
13. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370: 878–89.
14. Patel V. Where there is no psychiatrist: a mental health care manual. London: Gaskell, 2002.
15. Kohrt BA, Harper I. Navigating diagnoses: understanding mind-body relations, mental health, and stigma in Nepal. *Cult Med Psychiatry* 2008; 32: 462–91.
16. Tol WA, Jordans MJ, Regmi S et al. Cultural challenges to psychosocial counselling in Nepal. *Transcult Psychiatry* 2005; 42: 317–33.

Mottatt 6.8. 2012, første revisjon innsendt 12.9. 2012, godkjent 9.10. 2012. Medisinsk redaktør Siri Lunde.