



Utkast til policynotat

Global mental helse (2016).

Psykiske lidelser utgjør en betydelig sykdomsbyrde i alle verdens regioner. Det er liten forskjell på forekomst av psykiske lidelser mellom fattige og rike land. Stigmatisering, manglende utnytting av rimelig medikamentell behandling og ikke minst mangel på kyndig helsepersonell fører til store tap i leveår og inntekt for psykisk syke og deres familier. Ubehandlet psykisk sykdom er en så stor utfordring for verdenssamfunnet at dette arbeidet bør nevnes særskilt i de nye utviklingsmålene.

Legeforeningen mener:

- Mental helse må fremmes særskilt ved hjelp av egne mål i FNs arbeid for en bærekraftig utvikling. Målene må følges opp og evalueres
- Psykisk syke er en særlig sårbar gruppe og må beskyttes mot omfattende brudd på menneskerettighetene gjennom styrket lovgiving om psykisk helsevern.
- Kyndig personell som kan yte forebygging og behandling, må være tilgjengelig i lokalsamfunnet. Helsepersonell uten spesialkompetanse og lekpersoner kan spille en viktig rolle, men nødvendig faglig oppfølging og veiledning krever flere leger og psykologer.
- Status knyttet til arbeid i psykisk helse må heves for å motvirke stigmatisering.
- Norske fagpersoner, universiteter og helseforetak bør bidra til å bygge opp kompetente fagmiljøer i lavinntektsland gjennom gjensidig samarbeid om undervisning, forskning og spesialisering.

Sykdomsbyrde

FNs generalforsamling understreker at mentale helseproblemer er ødeleggende for alle samfunn ved at de bidrar til sykdom, tap av livskvalitet, innvirker på utdanningsmuligheter og arbeid og medfører betydelige økonomiske og sosiale konsekvenser. Fattigdom er samtidig en risikofaktor for redusert mental helse. Globalt er psykiske lidelser hovedårsak til uførhet for unge mennesker mellom 20 og 30 år. Depresjon vil være den nest viktigste årsak til sykdomsbyrde i 2020 og den ledende i 2030. Psykiske lidelser fører til økt dødelighet og forkortet levealder med inntil 10 til 20 år.

Menneskeretter

I de fleste kulturer utsettes mennesker med psykiske lidelser for stigmatisering. I mange land utsettes de i tillegg for grove brudd på grunnleggende menneskerettigheter. Mange lavinntektsland mangler både en politikk for psykisk helse og en nasjonal lovgivning som beskytter mennesker med psykiske lidelser mot vold og umenneskelig og nedverdiggende behandling. Dette kan omfatte å bli innlagt mot sin vilje uten mulighet til å klage, å bli bundet, bli holdt innelåst og å bli utsatt for vold.

Utsatte grupper og forebygging av psykisk sykdom

Omtrent 10 – 20 % av alle barn er berørt av et eller flere psykiske eller atferdsmessige problemer. I deler av verden betraktes også andre nevrologiske lidelser, som epilepsi og psykisk utviklingshemming, som psykiatriske sykdommer. Barn med psykiske og nevrologiske lidelser gjemmes bort uten tilgang til skolegang eller behandling. Mangel på trygge omgivelser i krig, væpnede konflikter og utrygghet og vold i sosiale relasjoner øker barns risiko for psykiske lidelser. Mangelfull ernæring og behandling for infeksjonssykdommer som malaria påvirker barns mentale utvikling og helse.

På samme måte rammes barn ved psykiske lidelser hos nære omsorgspersoner. Kvinner i reproduktiv alder er særlig utsatt for psykisk sykdom. I Nepal er for eksempel selvmord den dominerende dødsårsaken blant kvinner i reproduktiv alder. Kvinners mentale helse både under svangerskap og senere er avgjørende for barnets utvikling og fremtidige mentale helse. Primærforebyggingen av psykiske lidelser starter her, men dessverre er kunnskap om psykiske lidelser nesten fraværende i primærhelsetjenesten i mange fattige land, og mødre med psykisk lidelse og deres barn mangler støtte og adekvat oppfølging.

Fattigdom og rus samt mangeltilstander og andre sykdommer som gir psykiske symptomer henger ofte sammen. Avhengighetslidelser og misbruk gir psykiske problemer og manglende etterlevelse i behandlingen av livstruende lidelser som hiv/aids og tuberkulose. Malaria i seg selv og legemidler som brukes til malariabehandling kan gi psykiske symptomer.

Helsepersonell og forskning

Flere lav- og mellominntektsland har begynt å utdanne lekpersoner og helsepersonell på lavere nivå for å bidra til bedret egenomsorg, forebygging og behandling av psykisk sykdom i fattige lokalsamfunn. Nødvendig faglig oppfølging og veiledning krever også at det utdannes flere leger og psykologer og slike utdanningsprogrammer bør knyttes til oppbygging av lokale fagmiljøer og faglige nettverk. Stigmatisering av psykisk syke har også rammet de som gir pleie og omsorg. Helsepersonell sin status kan heves gjennom formell godkjenning og anerkjennelse av faglighet, lønns- og leve vilkår (e.g tjenestebolig i distriktene) og prioritering av fagområdet innen forskning og utdanning.

Forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å utvikle gode helsetjenester for psykisk syke. Forskning som er relevant for lavinntektsland, må styrkes og overføres fra vestlige forskningsteam til lokale, kompetente miljøer. Det må utvikles samarbeidsordninger mellom forskningsinstitusjoner i høyinntektsland og forskningsmiljøer i lavinntektsland. Lokal forskning er avgjørende for å utvikle og opprettholde lokale fagmiljøer og motvirke stigmatisering av arbeid med helsetjenester til psykisk syke.

Global mental helse i Norge

I Norge har ulike fagmiljøer lang erfaring med oppbygging av psykiatriske helsetjenester og psykisk helsevern i lavinntektsland. Imidlertid har mental helse ikke hatt en tydelig plass i den norske satsingen for global helse. Mental helse ble ikke omtalt særskilt i Stortingsmeldingen i 2011. Norad gav i samarbeid med Folkehelseinstituttet ut rapporten «Psykisk helse som global helseutfordring» i 2014. Rapporten tar for seg utfordringer og betydningen av psykisk helse i norsk bistands- og utviklingspolitikk. Den samler kunnskap og argumenterer for viktigheten av Norges bidrag på dette feltet.

Gjensidig og langsiktig samarbeid med lokale utdanningsinstitusjoner kan bidra til at erfaringene fra tidligere prosjekter videreføres og utnyttes, samt at man kan styrke lokale fagmiljøer og bidra til bedre kunnskapstilfang tilpasset lokale utfordringer. Flere samarbeids-

og finansieringsmodeller eksisterer, og disse bør legge til rette for samordning knyttet til utdannings- og forskningssamarbeid, spesialisering og videreutdanning, samt utveksling mellom helseinstitusjoner. Støtten bør konsentreres til noen få land og ha et langsiktig perspektiv i samarbeid med mottakerlandet. Utvikling av desentraliserte programmer for undervisning og spesialisering kan spille en nøkkelrolle.

Litteratur

World Health Organization. 10 Facts on Mental Health.

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

Global burden of disease attributable to mental and substance abuse disorders

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61611-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61611-6/fulltext)

Global mental health

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61556-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61556-1/fulltext)

Psykisk helse som global utfordring, Norad 2012

<http://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/4.-huf-2012---/psykisk-helse-som-global-utfordring.pdf>