



Globale helseutfordringer

Psykisk helse som global utfordring



Foto: Ken Opprann, Jan Speed

Norad
Norwegian Agency for Development Cooperation

P.O. Box 8034 Dep, NO-0030 OSLO
Ruseløkkveien 26, Oslo, Norway
Tel: +47 23 98 00 00
Fax: +47 23 98 00 99

ISBN 978-82-7548-721-4
ISSN 1502-2528

Globale helseutfordringer

Psykisk helse som global utfordring

Oslo mars 2014

Forfattere: Arne Holte, Harald Siem, Birgit Vartdal

Teknisk assistanse: Ameha Wudie Damma

Forord

Det er med stor glede Norad presenterer rapporten «Psykisk helse som global utfordring». Rapporten beskriver de globale utfordringene innen psykisk helse gjennom en kartlegging av eksisterende faglige grunnlag og mulighetsrommet og behovet for innsats på psykisk helse i bistands- og utviklingspolitikk.

Psykiske lidelser er ofte forbundet med stigmatisering og diskriminering og legger et ekstra stort press på de som rammes og deres familier. Kunnskap om psykiske lidelser, både blant helsepersonell og i befolkningen vil være viktig både som forebyggende tiltak lokalt og for tilgang til god behandling. Satsing på psykisk helse vil være av vesentlig betydning for om FNs mål om likeverd mellom kjønnene, tilrettelegging for at kvinner kan bruke sitt potensiale, redusert barnedødelighet, bedre mødre helse, og bekjempelse av hiv-aids, malaria og andre sykdommer vil nås. Psykisk helse er således et svært viktig tema å inkludere i fremtidig planleggingen av oppfølgingen av tusenårsmålene.

Det er Norads oppfatning at denne rapporten gir et solid grunnlag for å integrere arbeid med psykisk helse globalt og i bistands- og utviklingspolitikken.

Rapporten er skrevet av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Norad. Stor takk rettes til forfatterne; Arne Holte, Harald Siem og Birgit Vartdal og med teknisk assistanse fra Ameha Wudie Dammena.

Helga Fogstad
Underdirektør
Avdeling for helse, utdanning og forskning

«Our ultimate goal must be universal mental health care, providing a system that adequately addresses not only the mental health needs but, equally important, the social consequences of mental health problems. As many countries are showing, change is possible, regardless of the context and the constraints, and the keys to success lie in strong political commitment backed by adequate financial resources, planning and implementation guided by a rights-based and evidence based perspective, and investment in evaluation and research to ensure that the many unanswered questions are addressed in due course.

There is no excuse any more for inaction. The time to act is now”

Patel V, Saxena S. Transforming lives, enhancing communities – Innovations in global mental health. New England Journal of Medicine, January 15, 2014

Innhold

Forord	2
Sammendrag	7
«Ingen helse uten psykisk helse»	8
Definisjoner	9
Psykisk helse	9
Psykiske plager	10
Psykiske lidelser	10
Global psykisk helse	10
Helsefremmende tiltak	11
Mental kapital	11
Forebyggende tiltak	12
Hvordan bygger vi psykisk helse?	12
Sosiale forhold som fremmer psykisk helse	12
Sosiale forhold som svekker psykisk helse	12
Psykologiske mediatorer	13
Psykiske lidelser som samfunnsbelastning	14
Sykdomsbyrde	14
Lavinntektsland	15
Global sykdomsbyrde	16
Psykiske lidelser er den ledende årsak til uførhet og avhengighet av andre	18
Somatisering, demens og epilepsi	19
Somatisering	19
Demens	19
Epilepsi	19
Beregningene av sykdomsbyrde undervurderer psykiske lidelser	19
Psykiske lidelser gir størst funksjonshemming	20
Psykisk sykdomsbyrde per innbygger er størst i lavinntektsland	22
Dødelighet	22
Selvmord	22
Komorbiditet og dødelighet	24
HIV/AIDS	25
Mor-barn: Spedbarns sykkelighet og dødelighet	30
Overføring mellom generasjoner	30
Spedbarnsdødelighet og spedbarnsutvikling	30

Sviktende psykisk mødrehelse	31
Kjente risikofaktorer	31
Omfang.....	31
Mer om psykisk helse hos mor-barn.....	35
Sosiale determinanter	36
Kjønn	36
Sosioøkonomisk status	37
SES i barndommen.....	37
SES i voksen alder	38
Sosial kapital	38
Økonomisk ulikhet.....	39
Sosiale omgivelser	40
Sosiale intervensjoner.....	40
Økonomiske tiltak.....	40
Ernæring.....	41
Ferdighetstrening, sysselsetting og boligutbedring	41
Styrking av sosial kapital	41
Sosial drift	42
Forskning.....	43
Kriser og katastrofer	45
Kunnskapsgrunnlaget	45
Mental health and Psycho-Social Support program (MHPSS).....	45
Forskningsprioriteringer	46
Tiltak.....	47
Psykisk helse, ulykker og skader.....	48
Politikk, policy og planer	48
Integrert psykisk helse	51
Lovgivning.....	52
Helsetjenester	54
Økonomisk lønnsomhet.....	54
Helsepersonell.....	54
Finansiering og betalingssystemer	54
Helsebudsjettene.....	55
Desentralisering	56
Informasjonssystemer og helseanalyse	59

Global psykisk helse i internasjonal politikk.....	59
Global handlingsplan	60
Visjoner.....	61
Prinsipper	61
Hovedmålsettinger	61
Universell helsedekning.....	63
Fra overlevelse til utvikling	64
Humanitær bistand.....	65
Global psykisk helse i norsk politikk	66
Prioriteringer.....	66
Kvinner og barn	67
Hva kan Norge bidra med?.....	67
Norske fortrinn innen psykisk helse.....	68
Psykisk folkehelseforskning og kunnskapsbasert forebygging.....	68
Avstigmatisering.....	69
Lovgivning.....	69
Desentralisering av tjenester	69
E-helse og m-helse.	69
Bilateral kapasitetsutvikling	70
Anbefalinger.....	70
Avsluttende betraktninger	71
1. Befolkningsrettet forebygging av psykiske lidelser.....	72
2. Befolkningstrettet stigmabekjempelse	72
3. Befolkningsrettet forskning, gode informasjonssystemer og helseanalyse (health surveillance).	72
4. Psykisk helselovgivning og politikkutvikling med vekt på rettigheter.....	73
5. M-helse og e-helse.	73
Referanser	74
Vedlegg: Noen norske initiativ innen global psykisk helse i utlandet	94

Psykisk helse som global helseutfordring

Sammendrag

Tema for denne rapporten er psykisk helse som global utfordring og betydningen av psykisk helse i norsk bistands- og utviklingspolitikk. Den tar for seg forhold som fremmer og som svekker psykisk helse, med vekt på den tidlige barndommens betydning for menneskets utvikling og på sosiale determinanter det kan gjøres noe med. I tillegg setter den søkelyset på psykiske lidelser som samfunnsbelastning og på belastninger som samfunnet legger på mennesker som sliter med disse lidelsene i form av sosial utstøting, diskriminering, vold og menneskerettighetsbrudd. Rapporten oppsummerer hva som er blitt gjort for å få global psykisk helse opp på den internasjonale agendaen, søker å finne svar på hvilken status psykisk helse har i norsk global helsepolitikk og kommer med forslag til hva Norge kan bidra med på dette området. Rapporten konkluderer:

- Befolkningens psykiske helse er blant de minst systematisk utnyttede ressursene med det største utviklingspotensialet i mange lavinntektsland. Det er stort behov for helseanalyse, forskning, kapasitetsbygging og kunnskapsbasert rådgivning som kan bidra til kostnadseffektivt å fremme befolkningenes psykiske helse, styrke landenes mentale kapital og forebygge at nye tilfeller av psykisk sykdom oppstår.
- I mange lavinntektsland er det behov for å kartlegge og analysere hvordan psykiske helseinitiativ og tjenester i bred forstand leveres.
- Normalisering og avstigmatisering av psykiske lidelser er en grunnleggende forutsetning for å endre dagens psykiske helsesituasjon og kan bli en norsk merkevare.
- Innsatsen på psykisk helse bør samordnes med innsatsen på fysisk helse, med primærhelsetjenesten som grunnmur. Planer for psykisk helse, nevrologiske lidelser og rusmiddelmissbruk må så langt som mulig integreres i bredere planer for post-2015 mål. Integrering er smart, det sikrer nærhet, kontinuitet og koster mindre enn parallelle særomsorger.

- Tiltak knyttet til svangerskap, barseltid og småbarnsalder har størst potensial. Norge kan gi et vesentlig bidrag ved å støtte integrering av psykisk helse i programmer for mødre- og barnehelse.
- Løft psykisk helse på den internasjonale menneskerettighetsagendaen. I mange land er mennesker med psykiske lidelser fratatt alminnelige politiske og borgerlige rettigheter, og utsettes mer enn andre for sosial utstøting, diskriminering og vold.
- Styrk lovgiving for psykisk helse. God psykisk helselovgivning og hensyntaken til psykisk helse i annen lovgiving («mental health in all policies») er svært viktige instrumenter i arbeidet for å fremme psykisk helse, sikre menneskerettigheter for psykisk syke og beskytte enkeltmenneskers autonomi.
- Invester i kunnskap som kan hjelpe barn og unge som har opplevd krig og konflikter. Det er behov for bedre kunnskapsgrunnlag for hva som er virksomme og effektive tiltak for barn og unge som er berørt av væpnete konflikter.
- Norges ledende posisjon i desentralisering av psykiske helsetjenester bør kunne gi kraft til arbeid med utvikling og modernisering av psykiske helsetjenester.
- Norges erfaring med elektronisk kommunikasjon (m-helse, e-helse, telemedisin) kan utnyttes i arbeidet med psykisk helse, fortrinnsvis integrert med eksisterende tiltak på annen helse.

«Ingen helse uten psykisk helse»

«Ingen helse uten psykisk helse» er nå et globalt anerkjent slagord [1]. Grunnene til at det ikke kan være noen helse uten psykisk helse, danner kjernen i de kunnskapsbaserte argumentene for å øke investeringene i psykisk helse og styrke integrasjonen av oppmerksomhet, kunnskap og ferdigheter i utviklingen av helsepolitikk og praksis.

Argumentene kan oppsummeres i tre punkter:

1. Den enorme byrden som psykiske lidelser utgjør i alle verdens regioner både i absolutt forstand og relativt til andre helseutfordringer.

2. Det store bidraget fra psykiske lidelser til dødeligheten i verden.
3. De mange forbindelsene mellom psykisk og fysisk sykdom. Slik komorbiditet kompliserer både hjelpesøking, diagnose og behandling, og det virker sterkt negativt inn på forløp og behandlingsutfall for fysiske smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer.

Likevel blir psykisk helse ofte enten ignorert eller undervurdert i utviklingsagendaer. Det gjelder både når givene prioriterer, når de politiske rammene for utvikling av helse legges, i operasjonell forskning og som faktor som må tas med hvis FNs tusenårs mål for utvikling skal nås.

Psykisk helse vil være avgjørende særlig for om målene om likeverd mellom kjønnene, empowerment av kvinner, redusert barnedødelighet, bedre mødre helse, og bekjempelse av HIV/AIDS, malaria og andre sykdommer skal nås [2].

God psykisk helse er en viktig økonomisk og sosial ressurs for både individer, lokalsamfunn og nasjoner [3]. Økonomisk og sosial fattigdom er fremtredende både som determinanter for og som konsekvenser av psykisk helse og psykisk sykdom. Intervensjoner som fremmer psykisk helse og reduserer varigheten av sykdomsperioder, kan bidra til både å hindre og motvirke fattigdom.

Definisjoner

Psykisk helse

Med begrepet «psykisk helse», også omtalt som «positiv psykisk helse», menes en tilstand av trivsel og velvære der hvert enkelt individ kan virkeliggjøre sitt eget potensiale, mestre normale utfordringer i livet, arbeide produktivt og være i stand til å bidra til samfunnet rundt seg [4]. Den norske betegnelsen psykisk helse tilsvarer den engelske betegnelsen «mental health». Fordi man kan være psykisk syk, men likevel trives ganske godt, eller være psykisk frisk, men slett ikke trives noe særlig for tiden, foretrekker mange – ulikt WHO's definisjon - å skille mellom «positiv psykisk helse» og «velvære» (på norsk ofte oversatt med «trivsel»). Hvis man ikke skiller mellom positiv psykisk helse som kapasitet på den ene siden og trivsel på den andre, kan man heller ikke vite i hvilken grad psykisk helse bidrar til trivsel eller omvendt.

Psykiske plager

Begrepet «psykiske plager» referer til en symptombelastning (f. eks. rusmiddelbruk, angst, depresjon, søvnproblemer) som er så stor at den forstyrrer daglig fungering, men uten at intensitet eller utforming nødvendigvis tilfredsstillende kriterier for en diagnose. Psykiske plager måles ofte dimensjonalt («mer eller mindre») med spørreskjema i befolkningsundersøkelser. Andelen som ligger over et visst nivå, brukes til å angi hvor mange som har psykiske plager i befolkningen. Andelen med psykiske plager kan brukes til å identifisere grupper som risikerer å utvikle psykiske lidelser. Den norske betegnelsen «psykiske plager» tilsvarer den engelske betegnelsen «mental distress».

Psykiske lidelser

Begrepet «psykiske lidelser» referer til tilstander som tilfredsstillende diagnostiske kriterier for sykdom. En grov inndeling kan gjøres i angst-, depresjons- og søvnforstyrrelser ofte omtalt som vanlige psykiske lidelser («common mental disorders» - CMD), psykoser, bipolare affektive forstyrrelser, adferdsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, rus- og avhengighetslidelser og personlighetsforstyrrelser. I tillegg kommer selvmordsforsøk og selvmord som ofte forekommer uten at det foreligger kjent psykisk lidelse. Psykiske lidelser måles kategorisk («enten-eller»). Diagnose stilles helst med strukturert klinisk intervju som er kostbart og derfor sjeldent brukt i store befolkningsundersøkelser. Forekomst av psykiske lidelser benyttes ofte til å definere behandlingsbehovet i befolkningen. Den norske betegnelsen «psykisk lidelse» benyttes synonymt med psykisk forstyrrelse og psykisk sykdom og tilsvarer den engelske betegnelsen «mental disorder», eventuelt «mental disease» eller «mental illness».

Global psykisk helse

Begrepet «Global psykisk helse» referer gjerne til den del av det psykiske helsefeltet (utdanning, forskning, praksis) som arbeider med å styrke psykisk helse og å oppnå psykisk likeverd for hele verdens befolkning. Her ligger det internasjonale perspektivet til grunn, og hovedvekten ligger gjerne på hele befolknings psykiske helse og uhelse i lav- og mellominntektsland (Low- and Medium Income Countries - LMICs). Den tilsvarende engelske betegnelsen er «global mental health».

I tillegg til å betegne positiv psykisk helse og global psykisk helse, brukes betegnelse «psykisk helse» og «global psykisk helse» ofte som samlebegrep for både positiv psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser. I mange offentlige dokumenter kan det ofte se ut som om betegnelse «psykisk helse» og «global psykisk helse» primært brukes til å referere til psykisk uhelse, dvs. psykiske plager og psykisk sykdom.

Helsefremmende tiltak

Helsefremmende tiltak er - til forskjell fra forebyggende tiltak (se nedenfor) – helserettet. Psykisk helsefremmende tiltak («mental health promotion») omfatter alle tiltak som bidrar til å beskytte, fostre og styrke psykisk helse og velvære i befolkningen. Helsefremmende tiltak er altså ikke rettet mot spesifikke psykiske plager eller lidelser. Helsefremmende tiltak kan rettes mot både friske og syke, individer og grupper, men hensikten er som oftest å styrke befolkningens mentale kapital.

Mental kapital

«Mental kapital» - også kalt «psykologisk kapital» - referer til befolknings samlede emosjonelle, kognitive, adferdsmessige og sosiale kapasitet. Begrepet kan brukes også om mindre grupper og enkeltindivider. Historisk er «mental kapital» beslektet med begrepet «immateriell økonomisk kapital» («Geistiges Kapital») slik det ble brukt av tidlige tyske økonomer som Adam Müller og Friedrich List. Det omfattet da både aktuelle og historisk akkumulerte individuelle, sosiale og kollektive kapasiteter. Nobelprisvinner i økonomi Gary Becker har vært en senere inspirator [5]. Tilsvarende produksjon av fysiske varer, tenker man seg at man produserer «mentale varer». Senere teoretikere har lagt vekt på holdninger som håp, selvtillit, optimisme og robusthet («resiliens»), men også ferdigheter som gjør det mulig å produsere «varer» som egenverd, følelse av mestring, og selvrefleksjon [6], som mange vil oppfatte som mediatorer for psykisk helse (se Psykologiske mediatorer). Nær opp til det WHO kaller positiv psykisk helse, definerer en britisk regjeringsrapport mental kapital som:

"a person's cognitive and emotional resources. It includes their cognitive ability, how flexible and efficient they are at learning, and their 'emotional intelligence', such as their social skills and resilience in the face of stress. It therefore conditions how well an individual is able to contribute effectively to society, and also to experience a high personal quality of life." [7]

Forebyggende tiltak

Forebyggende tiltak er til forskjell fra helsefremmende tiltak – sykdomsrettet. Forebyggende tiltak er tiltak som settes inn før folk utvikler betydelige helseplager eller blir syke, og som bidrar til å redusere antall nye tilfeller av betydelige helseplager og sykdom, sammenlignet med om tiltaket ikke hadde vært iverksatt. Forebyggende tiltak kan være rettet mot hele befolkningsgrupper uavhengig av risiko (universelle tiltak), mot høyrisikogrupper (selektive tiltak) eller mot enkeltindivider (indiserte tiltak) [8]. Forebyggende tiltak skilles fra «tidlig intervensjon» og «behandling» som er tiltak som settes inn etter at folk har blitt syke. Tidlig intervensjon og vedlikeholdsbehandling kan bidra til å utsette tilbakefall og hindre at lidelsen utvikler seg til å bli en kronisk sykdom eller får unødige negative konsekvenser, f. eks. tap av sosial status, tap av arbeid. Tidlig intervensjon oppfattes normalt ikke som forebygging, ettersom det ikke hindrer at den opprinnelige sykdommen oppstår. Den store nedgangen i spedbarnsdødelighet, trafikkulykker, hjerte-kar-lidelser, visse kreftsykdommer, samt viktige risikofaktorer som tobakksrøyking, som har funnet sted i mange vestlige land, oppfattes gjerne som en følge av bredt anlagte helsefremmende og universelle tiltak (kosthold, mosjon, tobakk- og alkoholkontroll), fremfor selektive og indiserte sykdomsforebyggende tiltak [9].

Hvordan bygger vi psykisk helse?

Sosiale forhold som fremmer psykisk helse

En rekke påvirkelige sosiale forhold kan bidra til å styrke befolkningers psykiske helse. Viktigst av disse er antakelig at samfunnet er velintegrert. Flere forhold i samfunnet medvirker til dette; fred, god politisk organisering og ledelse, god samfunnsøkonomi, god privatøkonomi, høy utdanning, høy sysselsetting, velutviklet kultur, høy grad av likeverd og rettferdighet, gode relasjoner mellom enkeltmenneskene og harmoni mellom befolkningsgrupper.

Sosiale forhold som svekker psykisk helse

Tilsvarende vil en rekke påvirkelige forhold kunne true befolkningens psykiske helse: F. eks. krig, nasjonale og internasjonale kriser og konflikter, klimatiske forhold med storm, flom og

tørke, fattigdom, korrupsjon, arbeidsledighet, sosial ulikhet, oppløsning av lokalsamfunn, vennskap eller familieband, vedvarende mellommenneskelig belastning eller konflikt, kronisk sykdom og smerte, rusmiddelmisbruk, fysisk og mental passivitet, personlige livshendelser, vold, mobbing, sosial utstøting og stempling.

Psykologiske mediatorer

Ingen av disse forholdene leder i seg selv til god eller dårlig psykisk helse. Slik sosiale forhold påvirker vår fysiske helse gjennom fysiologiske mediatorer (f. eks. blodtrykk, blodsukker- og kolesterolnivå), påvirker de vår psykiske helse gjennom psykologiske mediatorer. De viktigste psykologiske mediatorene er en følelse av:

- **Identitet og selvrespekt:** Følelse av å være noe, være noe verdt.
- **Mening i livet:** Følelse av å være del av noe større enn en selv, at det er noen som trenger en.
- **Mestring:** Følelse av at man duger til noe.
- **Tilhørighet:** Følelse av å høre til et sted, høre hjemme hos noen.
- **Trygghet:** Kunne føle, tenke og utfolde seg uten å være redd.
- **Sosial støtte:** Noen som kjenner en og bryr seg om en og vil passe på en om det trengs.
- **Sosialt nettverk:** Noen å dele tanker og følelser med så en blir en del av et fellesskap.

De psykologiske mediatorene finner vi mest i nærmiljøet, dvs. familie, barnehage, skole, venner, arbeidsplass, kultur, idrett og lokalsamfunn. Å falle ut av arbeidet, leve i fattigdom, miste foreldre i krig, bli utstøtt av landsbyen, eller leve under trusler, skaper ikke i seg selv psykiske plager og lidelser, men det gjør oss sårbare. De psykiske vanskene oppstår når slike forhold svekker eller helt fratrar oss de psykologiske mediatorene. Lokalsamfunn, arbeidsplasser, vennskap, skoler, barnehager og familier er psykisk helsefremmende i den grad de gir sine medlemmer en følelse av identitet og selvrespekt, mening, mestring, tilhørighet, trygghet, sosial støtte og sosialt nettverk. Globalt vil variasjonen i hvor menneskene henter disse mediatorene fra være stor. I mange land vil familien, landsbyen og religiøs tro være viktigere enn de er i Skandinavia der barnehage, skole og arbeidsplass teller mye.

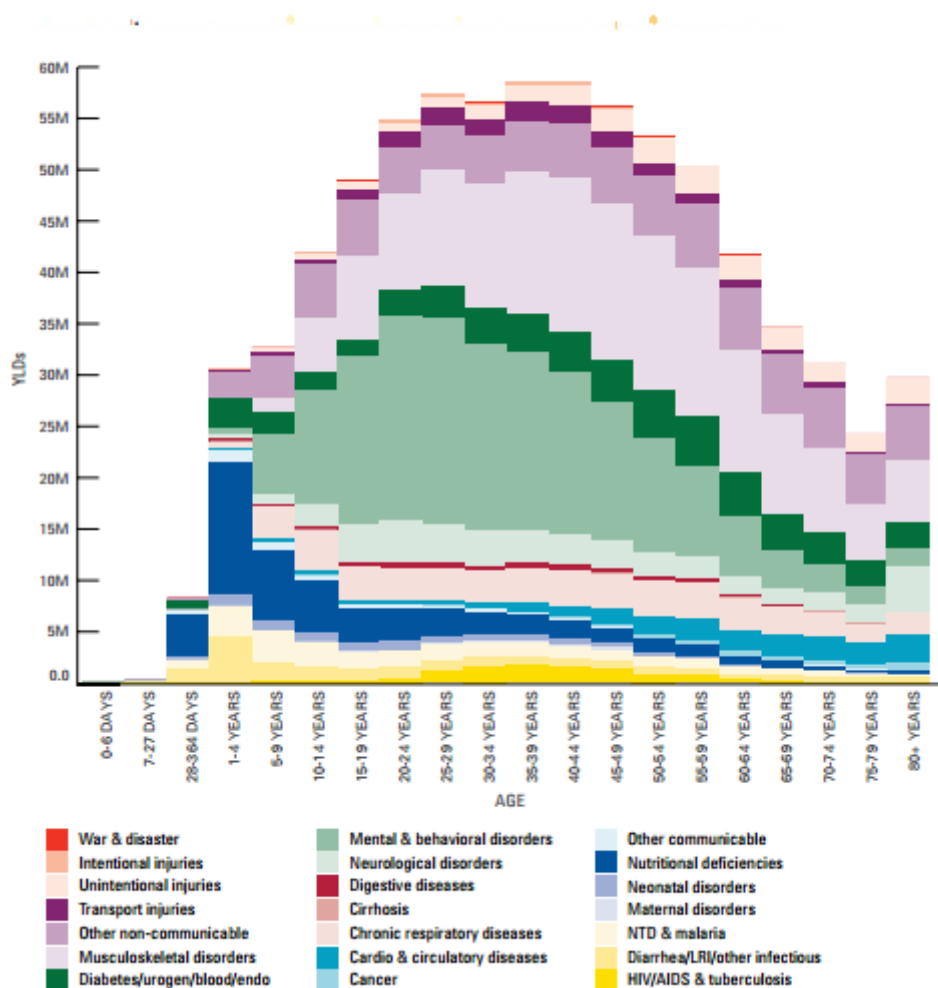
Psykiske lidelser som samfunnsbelastning

Verdens økonomiske forum har estimert at den kumulative globale virkningen av psykiske lidelser i form av tapt økonomisk inntekt vil beløpe seg til 16 000 000 000 000 (trillioner) USD i løpet av de neste 20 årene, tilsvarende mer enn 1 % av det globale brutto nasjonalprodukt (BNP) over denne perioden [10].

Et av to til tre mennesker vil oppleve å ha en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet. Rundt 650 millioner mennesker verden over lider av psykiske lidelser som i stor grad kan forebygges, som f. eks. depresjon og angstlidelser.

Sykdomsbyrde

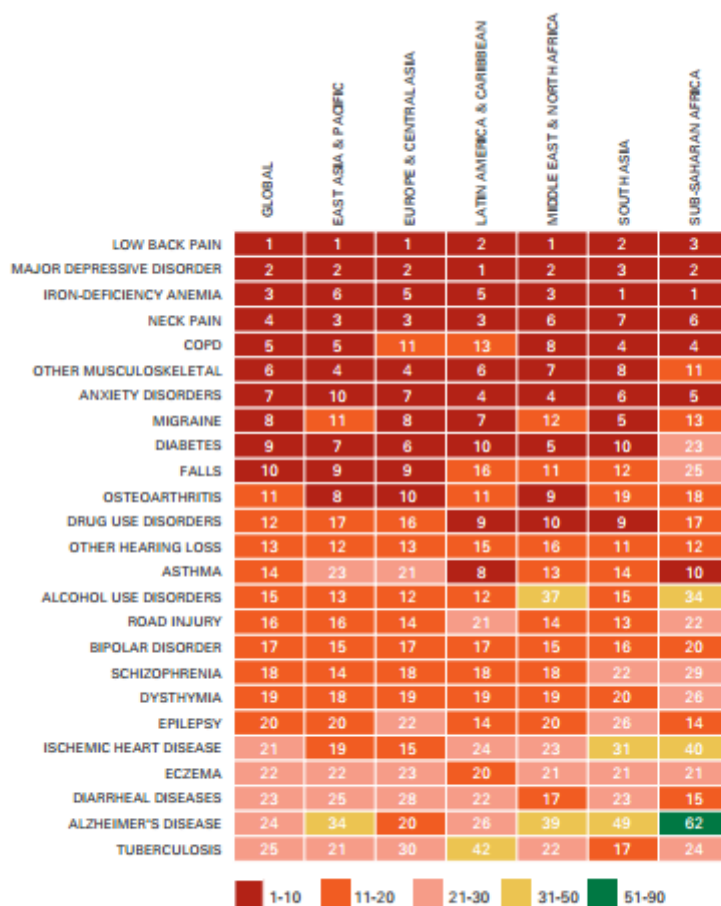
Psykiske lidelser er blant de største bidragsyterne til global sykdomsbyrde. I 2030 vil depresjon alene være ledende årsak til global sykdomsbyrde [11]. Allerede i 2020 vil depresjon være den nest sterkeste årsaken [11]. En fjerdedel av all global sykdomsbyrde målt i antall tapte funksjonsfriske leveår («Disability Adjusted Life Years» - DALY) skyldes psykiske lidelser [12]. Psykiske, nevrologiske og rusmiddelrelaterte lidelser står for ni av de tjue ledende årsakene til år levd med uførhet i verden. Blant unge i alderen 10-24 år er disse lidelsene nå de ledende årsakene til global sykdomsbyrde og står for nær halvparten av verdens uførhet i denne aldersgruppen, foran trafikkskader og smittsomme sykdommer - inkludert HIV/AIDS [13].



Figur 1. Psykiske lidelser står globalt for mer av den samlede uførhet enn de fleste andre sykdommer. Blant ungdom (10-19 år) og unge voksne (20-44 år) er psykiske lidelser den primære driver av global uførhet. Bare i aldersgruppen 20-29 år forårsaker psykiske lidelser over 40 millioner år levd med uførhet [14]. Figuren, som er basert på 2010-tall, viser globale uførhetsmønstre fordelt på årsak og alder. Den er lånt fra rapporten *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*, utgitt av Institute for Health Metrics and Evaluation i 2013.

Lavinntektsland

Nesten ¼ av all sykdomsbyrde fra CMD - særlig angstlidelser og stemningslidelser - finnes i LMICs [15]. Nye tall fra verdens største studie av all global sykdomsbyrde viser at depresjon er en enda større bidragsyter til uførhet i landområder som Sentral-Asia, Sentral-Amerika, Nord-Afrika og Midtøsten enn det er i HICs (High Income Countries – HICs). Også i landene syd for Sahara ligger depresjon høyt oppe på listen over årsaker til uførhet [14].



Note: In this figure, shading is used to indicate the ranking of each cause of disability in a particular region.

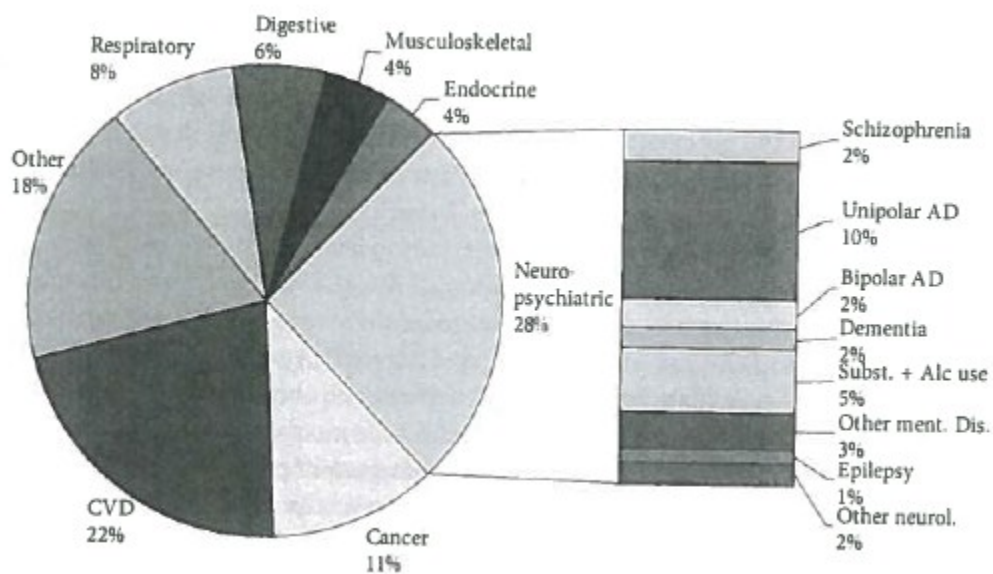
Figur 2. Rangering av ledende årsaker til uførhet etter global region, IHME 2010.

Global sykdomsbyrde

Beregninger av global sykdomsbyrde («Global Burden of Disease» – GBD) publiseres fra WHO og fra Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [16]. Beregninger er gjort for 2005 med fremskrivelser til 2030 (WHO), og for 2010 (IHME). Beregningene for 2005 og 2010 er ikke direkte sammenlignbare fordi det er benyttet ulik måte å vekte sykdommers byrde på. GBD-beregningene gir kunnskap om den relative – ikke den absolutte - belastning fra ulike sykdommer i verden [17, 18]. Sykelighetsmønstrene i verden er i ferd med å bli globalisert og ikke-smittsomme sykdommer («Non-Communicable Diseases» – NCD) er raskt i ferd med å bli de dominerende årsakene til dårlig helse i alle utviklingsregioner, unntatt i Afrika sør for Sahara.

Innen denne omfattende endringen i sykdomsmønstre har vi for første gang kunnet dokumentere hvor mye psykiske lidelser bidrar til sykdomsbelastningen i verden. Dette skyldes i stor grad bruken av begrepet uførhetsjusterte leveår («Disability Adjusted Life Years» – DALY). DALY er et uttrykk for summen av antall år levd med uførhet («Years Lived with Disability» – YLD) og antall tapte leveår («Years of Life Lost» – YLL), integrert i ett enkelt mål på sykdomsbyrde.

Såkalte «disorders of the brain» [19] - også kalt «nevropsykiatriske tilstander» - omfatter i nedadgående rekkefølge etter deres bidrag til DALY: Psykiske lidelser, stoff og alkoholmisbruk, andre nevropsykiatriske lidelser, demens, mental retardasjon, migrene, epilepsi, Parkinsons sykdom og multippel sklerose. Til sammen står disse for 14 % av alle DALY og 28 % av alle DALY på grunn av ikke-smittsomme sykdommer i verden [18]. Psykiske, adferdsmessige og neurologiske lidelser er tilsammen de kraftigste bidragsytere til sykdomsbyrde blant NCD'ene. Bidraget fra disse sykdommene er betydelig større enn bidraget fra alle hjerte-kar-sykdommer (22 %) og svært mye større enn bidraget fra alle kreftsykdommer (11 %). Det aller sterkeste bidraget fra de nevropsykiatriske sykdommene kommer fra de psykiske lidelsene.



Figur 3. Andelen av uførhetsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years - DALY) fra ikke-smittsomme sykdommer (non-communicable diseases – NCD) i 2005 som er tilskrevet spesifikke sykdomsgrupper og spesifikke nevropsykiatriske lidelser.

I 1990 sto nevropsykiatriske lidelser for 7 % av alle DALY og 17 % av alle DALY fra NCD. Med IHMEs regnemåte var dette økt til 10 % av alle DALY og 19 % av alle DALY fra NCD i 2010 [16]. Blant NCD'ene er bidraget i 2010 fra psykiske og nevrologiske sykdommer stadig vesentlig tyngre enn bidraget fra alle kreftsykdommer (14 % av NCD DALY), men litt mindre enn bidraget fra alle hjerte-kar-sykdommer (22 % av NCD DALY) [16].

Psykiske lidelser er den ledende årsak til uførhet og avhengighet av andre

Psykiske lidelser står i følge GBD-studien for 31,7 % av alle år levd med uførhet [20]. De fem viktigste bidragsyterne til dette er:

1. Unipolar depresjon (11,8 %)
2. Alkoholmisbruk (3,3 %)
3. Schizofreni (2,8 %)
4. Bipolar lidelse (1,9 %)
5. Demens (1,6 %)

De nye beregningene fra IHME viser relativt små endringer. Psykiske og nevrologiske lidelser sto for 28,2 % av alle YLD i 2010 [12]. Det relative bidraget fra de ulike psykiske lidelsene er imidlertid endret. Det skyldes i alt vesentlig at man har gjort omfattende endringer i måten man har vektet uførhet på (se eget avsnitt om dette). De fem ledende bidragsyterne er med den nye forenklete beregningsmåten:

1. Unipolar depresjon (9,6 %)
2. Angstlidelser (3,5 %)
3. Stoffmisbruk (2,1 %)
4. Schizofreni (1,9 %)
5. Alkoholmisbruk (1,8 %)

De to ledende psykiske sykdomsgruppene - depressive lidelser og angstlidelser, står for mellom en fjerdedel og en tredjedel av alle besøk hos primærhelsetjenestene i verden [21]. De blir ofte kroniske og representerer en stor sosial byrde og en kraftig hindring for utvikling i LMICs.

Somatisering, demens og epilepsi

Somatisering. Somatisering defineres gjerne som medisinsk uforklarlige symptomer kombinert med psykiske plager og hjelpesøking. Internasjonalt forekommer somatisering hos omtrent 15 % av pasientene i primærhelsetjenesten [22]. Somatisering fører til uførhet i stort omfang, pasientene er storforbrukere av helsetjenester og de bidrar i stor grad til helsetjenestekostnadene i verden, uavhengig av psykiatrisk og medisinsk sykkelighet [23].

Demens. I 2010 var de årlige økonomiske kostnadene fra demens beregnet til over 600 milliarder USD [24]; to tredjedeler av de 36 millioner menneskene som regnes å ha sykdommen bor i LMICs. I 2050 vil denne andelen ha steget til fire femtedeler [25].

Epilepsi. Prevalensen av epilepsi er minst to til tre ganger høyere i LICs enn i industrialiserte land og med betydelig høyere dødelighet [26].

Beregningene av sykdomsbyrde undervurderer psykiske lidelser

Måten sykdomsbyrde er beregnet på i 2010-undersøkelsen medfører alvorlig underestimering av sykdomsbyrden fra psykiske lidelser. Underestimeringen skyldes tre forhold:

1. Psykiske lidelser er inkludert kun som utfallsmål til tross for at psykiske lidelser er en sterk risikofaktor, både for uførhet og dødelighet, uansett dødsårsak og særlig for ikke-smittsomme somatiske sykdommer. Effekten av psykiske lidelser som risikofaktor for dødelighet av somatisk sykdom blir i GBD i stedet «bokført» på kontoen for somatisk sykdom. Resultatet av denne måten å beregne på er en alvorlig undervurdering av sykdomsbyrden fra psykisk sykdom og overvurdering av sykdomsbyrden fra somatisk sykdom (Se nærmere under Dødelighet nedenfor).

2. Sykdomsbyrdeberegningene omfatter kun såkalte tradisjonelle risikofaktorer (f. eks. tobakksrøyking, kosthold, fysisk aktivitet). Psykososiale risikofaktorer (f. eks. sosial støtte og sosialt nettverk) er utelukket fra beregningsgrunnlaget. Ved psykiske lidelser er psykososiale risikofaktorer, som nevnt, blant de viktigste. Utelukkelse av disse fører til undervurdering av effekten av psykiske lidelser.
3. Sykdomsbyrdeberegningene bygger på vekting av de ulike sykdommene. Ved den forrige beregningen av global sykdomsbyrde (2005) baserte man seg på vekting av uførhet/funksjonstap uavhengig av vurdering av sykdommens alvorlighetsgrad. Dette er nå redusert til en endimensjonal vekting av alvorlighetsgrad. Dette går særlig utover vurderingen av sykdomsbyrde ved psykiske lidelser, fordi folk flest vurderer uførhet ved psykiske lidelser som langt alvorligere enn uførheten fra somatiske lidelser (Se nedenfor). Med den nye beregningsmåten, er det heller ikke lenger mulig å vite i hvilken grad vurderingen av alvorlighetsgrad av en sykdom påvirker opplevelsen av uførhet eller omvendt.

Psykiske lidelser gir størst funksjonshemming

Flere befolkningsundersøkelser har sammenlignet effekten av ulike helseproblemer på grad av uførhet og funksjonstap i forhold til ulike rollefunksjoner og livsområder. Den mest omfattende av disse undersøkelsene er «World Mental Health (WMH) Survey Initiative» (www.hcp.med.harvard.edu/wmh) [27]. WMH omfatter 62 971 informanter fra 24 land. Forskerne har fått gradert og sammenlignet sykdomsspesifikk uførhet knyttet til ti kroniske fysiske sykdommer og ti psykiske sykdommer som informantene hadde hatt siste år forut for intervjuet. Dette gav til sammen 100 sammenligninger av uførhet mellom psykiske og fysiske sykdommer. I 76 av de 100 sammenligningene foretatt i HICs var andelen med alvorlig uførhet høyere for psykiske sykdommer enn for fysiske sykdommer. I 84 av de 100 sammenligningene som ble foretatt i LMICs var andelen med alvorlig uførhet høyere for psykiske sykdommer enn for fysiske sykdommer (Tabell 1). Forskjellene holdt seg også når de ble kontrollert for innen-person-sammenligninger. I både HICs, LICs og MICs ble depresjon («major depressive disorder» MDD) og bipolar affektiv lidelse ansett å gi høyest grad av uførhet. Ingen av de fysiske sykdommene ble ansett å gi like høy grad av uførhet som disse, til tross for at de fysiske sykdommene omfattet svært alvorlige sykdommer som

kreftsykdommer, diabetes og hjertesykdommer [27]. Denne kunnskapen er ignorert i de nye IMHE-beregningene av GBD for 2010.

Proportion rated severely impaired					
	High income countries		Low/middle income countries		
I. Physical disorders					
	%	(se)	%	(se)	X ²
Arthritis	23.3	(1.5)	22.8	(3.0)	0.1
Asthma	8.2*	(1.4)	26.9	(5.4)	9.0*
Back/neck	34.6*	(1.5)	22.7	(1.8)	27.0*
Cancer	16.6	(3.2)	23.9	(10.3)	0.0
Chronic pain	40.9*	(3.6)	24.8	(3.8)	12.9*
Diabetes	13.6	(3.4)	23.7	(6.1)	1.4
Headaches	42.1	(1.9)	28.1	(2.1)	15.7*
Heart disease	26.5	(3.9)	27.8	(5.2)	0.3
High blood pressure	5.3*	(0.9)	23.8	(2.6)	50.0*
Ulcer	15.3	(3.9)	18.3	(3.6)	0.1
II. Mental disorders					
ADHD	37.6	(3.6)	24.3	(7.4)	0.8
Bipolar	68.3*	(2.6)	52.1	(4.9)	7.9*
Depression	65.8*	(1.6)	52.0	(1.8)	30.4
GAD	53.3*	(1.9)	42.0	(4.2)	7.9
IED	36.3	(2.8)	27.8	(3.6)	2.0
ODD	34.2	(6.0)	41.3	(10.3)	1.2
Panic disorder	48.4*	(2.6)	38.8	(4.7)	4.3*
PTSD	54.8*	(2.8)	41.2	(7.3)	4.2*
Social phobia	35.1	(1.4)	41.4	(3.6)	2.6
Specific Phobia	18.6	(1.1)	16.2	(1.6)	1.9

Tabell 1. Andel rangert som alvorlig funksjonshemmet etter fysiske og psykiske sykdomsgrupper i HICs og LMICs. * betyr signifikant forskjell mellom HICs og LMICs på 05 nivå, tohalet test. En versjon av denne tabellen ble opprinnelig publisert i Ormel J, Petukhova

M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. Br J Psychiatry. 2008;192(5):372. (Tabellen er gjengitt med tillatelse fra forlaget.)

Psykisk sykdomsbyrde per innbygger er størst i lavinntektsland

Proporsjonalt står psykiske lidelser i følge GBD for bare 9 % i LICs, sammenlignet med 18 % i MICs og 27 % i HICs. Det skyldes at byrden av smittsomme sykdommer fortsatt er høy i mange LMICs. Årsaken til denne forskjellen blir tydelig når de samme data presenteres på en annen måte, nemlig som DALY per innbygger [28]. Vi ser da at samlet sykdomsbyrde per innbygger er vesentlig større i LICs enn i HICs; i LICs 323 DALY per 1000 versus i HICs 126 DALY per 1000.

Dødelighet

Dødeligheten fra psykiske lidelser i verden er grovt undervurdert for alle aldersgrupper [28]. I følge WHO's beregninger av GBD i 2005 sto nevropsykiatriske lidelser årlig for 1,2 millioner dødsfall og bare 1,4 % av alle tapte leveår. De fleste dødsfallene skyldtes demens, Parkinsons sykdom og epilepsi. Bare 40 000 dødsfall ble tilskrevet psykiske lidelser (unipolar og bipolar depresjon, schizofreni, og PTSD), og 182 000 dødsfall ble tilskrevet stoff- og alkoholbruk. De nye beregningene for 2010 fra IHME viser omtrent det samme: 232 000 dødsfall fra psykiske lidelser og 1,2 millioner fra nevrologiske sykdommer [29]. Også dette er med stor grad av sikkerhet en alvorlig underestimert [28]. Det er flere grunner til dette. En av dem er at selvmord ikke er inkludert, men listet for seg selv under «skader» - både i WHO's (2005) og i IHME's (2010) beregninger.

Selvmord

Hvert år begår minst 850 000 mennesker selvmord. Noen av de høyeste selvmordstallene i verden finner vi i LMICs [15]. Av alle selvmord skjer 86 % i LMICs. Over halvparten begås av unge mennesker [30]. Selvmord er den nest viktigste årsak til død i aldersgruppen 10-24 år i verden og en av de topp tre ledende årsakene til død i aldersgruppen 15-44 år [31]. Generelt ser selvmordsratene i verden ut til å øke [32]. Det hjelper ikke at i mange LICs er selvmord- og selvmordsforsøk straffbart og leder til kraftig sosial utstøting, også av nære slektninger [33] [34].

Sannsynligvis er verdens selvmordstall underestimert. Pålitelig registrering av selvmord er vanskelig å få til i land der vitale informasjonssystemer mangler helt eller er av dårlig kvalitet. I land der selvmord er sterkt sosialt stigmatisert som dødsårsak eller forbudt, blir selvmord gjerne registrert sammen med mange andre uspesifiserte dødsårsaker [35].

En stor, nasjonalt representativ verbal autopsistudie fra India konkluderte nylig at det årlig er 187 000 selvmord i landet med en markert topp i aldersgruppen 15-29 år, særlig blant kvinner [36]. Forfatterne estimerte at i India forårsaker selvmord omtrent dobbelt så mange dødsfall som det HIV/AIDS forårsaker og blant unge kvinner omtrent det samme antall dødsfall som kan tilskrives reproduktive forhold hos mødre. Hvor mange av disse som kan være mord vites ikke.

I nesten alle land dør flere menn enn kvinner i selvmord. Unntaket er Kina. Fra 1990-1999, var selvmordsratene i Kina 25 % høyere blant kvinner enn blant menn. Det meste av dette gjaldt kvinner på landsbygda [37]. Forskjellen krympet det etterfølgende tiåret. En rapport forklarer dette med bedre levestandard på landsbygda og bedre muligheter for kvinner til å ta utdanning og flytte til byer der de kunne skaffe seg inntektsgivende arbeid [38]. Fortsatt er selvmord hyppigere blant kvinner enn menn i Kina.

Generelt er kvinner mer tilbøyelige til å ta livet av seg ved forgiftning enn ved andre former for selvskading. Forskjellen i selvmordsmønstre mellom kvinner og menn i Asia forklares gjerne med tilgangen på giftige kjemikaler i jordbruket. Kjemikaliene kan være dødelige hvis de inntas [39].

Selvmord i svangerskapet eller etter barnefødsel er grundig undersøkt i HICs, mindre i LICs- og lav-MICs. Mødre dødelighet defineres oftest som dødsfall som inntreer under svangerskapet eller inntil 42 dager etter avsluttet svangerskap. De fleste HICs har grundige prosedyrer til å avgjøre om mødre dødsfall skyldes selvmord. En britisk studie viser 0,57 mødreselvmord per 100 000 moderskap. Dette økte til 1,27 når observasjonsperioden ble utvidet til de første seks månedene etter fødselen. De vanligste risikofaktorene er historikk med psykotisk lidelse (59 %) og stoffmisbruk (31 %), særlig hvis man er ung, arbeidsløs og marginalisert [40]. Selvmord under svangerskapet skjer hyppigere i ungdomsalder. For kvinner med uønsket svangerskap i sammenhenger der enslige kvinner ikke har adgang til

prevensjonsmidler, og det ikke er noen tilgang på lovlig avslutning av svangerskapet, kan selvmord bli siste utvei [41].

En befolkningsundersøkelse av dødelighet i forbindelse med abort fra Maharashtra i India viste at dødelighetsratene fra abortrelaterte komplikasjoner var uforholdsmessig mye høyere blant ungdom fordi disse hyppigere enn eldre kvinner benyttet seg av utdannede tjenestetilbydere. Undersøkelsen viste også at unge jenter fremfor å søke abort, begikk selvmord for å bevare familiens ære [42].

Noen studier viser at selvmordsrelatert adferd som selvmordsforsøk, selvmordsplaner og villet selvskading etter fødselen forekommer hyppigere i LICs enn i HICs. En rapport viser at rundt en tredjedel (36 %) av kvinnene som hadde omsorg for små barn i en flyktningeleir i en nordvestlig grenseprovinc i Pakistan hadde en psykisk lidelse og at 91 % av dem hadde selvmordstanker. En annen rapport viser at i en kohort av drøyt 500 kvinner som fortløpende besøkte en helseklinikk seks uker etter fødselen i Ho Chi Minh-byen i Vietnam, fortalte 20 % at de ønsket å dø.

Psykiske lidelser er i overveldende grad den viktigste forebyggbare faktoren for selvmord [43, 44]. I tillegg til å styrke psykiske helsetjenester, må det iverksettes effektive forebyggingsstrategier rettet mot de midlene folk benytter til selvmord. I Sør-Asia ville det for eksempel være å begrense tilgangen på giftige plantevernmidler, som benyttes til rundt halvparten av selvmordene [44].

Komorbiditet og dødelighet

Det er sterk sammenheng mellom psykiske lidelser og dødelighet uansett dødsårsak - også når en unntar selvmord. Dette er vist i både HICs og LMICs og for flere diagnoser – også for psykoser [45] [46, 47]. Psykiske lidelser øker risikoen for uførhet og for tidlig død fra en rekke fysiske sykdommer, inkludert hjerte-kar-lidelser, diabetes, HIV/AIDS, tuberkulose, malaria og andre kroniske tilstander [28]. Depresjon er en selvstendig risikofaktor på linje med tobakksrøyking, usunt kosthold og fysisk passivitet for tidlig død uavhengig av dødsårsak. En stor representativ befolkningsstudie fra Norge, basert på kopling av data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) og dødsårsaksregisteret, viser at høyt nivå av depressive plager gir omtrent samme sannsynlighet for prematur død som man finner ved

tobakksrøyking [48]. Det er også funnet spesifikke prospektive sammenhenger med koronar hjertesykdom, herunder både angina pectoris, hjerteinfarkt [49] og slag [50, 51].

I høyt utviklede land som de nordiske, lever mennesker med psykiske lidelser 15 (kvinner) - 20 (menn) år kortere enn mennesker som ikke har psykiske lidelser. Forskjellen er noe større for psykoser og stoffmisbruk, noe lavere for depresjon. På det verste er effekten betydelig sterkere enn effekten av mer kjente risikofaktorer som tobakksrøyking, diabetes og overvekt [52-54]. Skjevheten er antakelig enda mer dramatisk i LMICs [55].

Mye av sykdomsbyrden fra psykiske lidelser medieres gjennom komplekse samspill med andre helseforhold, herunder infeksjonssykdommer og reproduktiv helse [1]. Foruten høyere eksponering av risikofaktorer for hjerte-kar-lidelser og bivirkninger av psykotrope medisiner, kan overdødeligheten sannsynligvis forklares også med at mennesker med psykiske lidelser har begrenset tilgang til helsetjenester og gjennomgående mottar helsetjenester av dårlig kvalitet [56] (Se omtale av stigma og sosial utstøting)

HIV/AIDS

Det å leve med sykdom øker ofte risikoen for utvikle en psykisk lidelse. HIV-infeksjon er konsistent forbundet med høy forekomst av depresjon [57]. I høyrisikogrupper ser det også ut til at samspill mellom depresjon, stoffmisbruk og risiko-adferd synergisk øker risikoen for infeksjon [58, 59].

Å leve med HIV kan medføre høyaktiv retroviral behandling (HAART) som har direkte virkninger på sentralnervesystemet [60]. Denne belastningen kommer i tillegg til det psykiske traume som diagnosen innebærer, stigmatiseringen av tilstanden, endringene i roller og relasjoner i livet. Prevalens for HIV-assosiert demens i ubehandlede populasjoner er på hele 15–30 %. Blant dem som får HAART, er prevalensen på 10 % og insidensen på 1 % [61] [62]. Utover HIV-assosiert demens, har HIV-assosiert nevrokognitiv forstyrrelse (HAND) en prevalens på hele 20-30 %. Forekomstene er enda høyere blant mennesker som er under HIV-omsorg i såkalte høy-HIV-seroprevalensland i Afrika sør for Sahara. Blant dem som starter opp HAART i primærhelsetjenesten i Cape Town, Sør-Afrika, er prevalensen for HAND på 42 % og for HIV-assosiert demens på 25 %.

Sosial utstøting og diskriminering

Sosialt stigma (sosial stemping) refererer til den misbilligelse, forakt, fordømmelse og ignorering fra fellesskapet en person eller gruppe kan utsettes for på grunn av sosiale karakteristika. Sosial stemping tjener til å skille og støte den eller de som stemples vekk fra andre medlemmer i et samfunn. Egenskaper og trekk som forbindes med sosialt stigma varierer med samfunnspolitiske verdier og sammenhenger i ulike deler av verden.

Stigmatisering kan ha dype og ødeleggende effekter på mennesker med psykiske lidelser, deres familier, omsorgsgivere, helsetjenester og storsamfunnet som helhet. På systemnivå skaper stigma onde sirkler ved at det ikke legges til rette for tjenester, som igjen leder til underbehandling, som igjen forverrer stigma og leder til ytterligere underinvesteringer. Stigma er i stor grad årsak til dårligere fysisk og psykisk helse i de utsatte gruppene.

Stemplingen og den sosiale utelukkelse som mange mennesker med psykiske lidelser opplever, har i mange år gjort psykisk helse lite attraktivt som satsingsområde for regjeringer verden over. Psykiske helseproblemer har lav status, kan oppfattes som selvforskyldt og knyttes til dårlig moral. Dårlige levekår, utilstrekkelig kvalitet på omsorgen og alvorlige brudd på menneskerettigheter i psykiatriske sykehus er vel dokumentert. Gjennom årtier er disse forholdene ansett som noe som er som det må være og som ikke krever inngripen.

Det meste av arbeidet mot stigma de siste 50 år har vært utført i HICs, særlig i USA, Canada og Storbritannia og særlig rettet mot kunnskap, holdninger eller intendert adferd overfor mennesker med psykiske lidelser. Men kunnskap, holdninger og intendert adferd sier bare i begrenset grad noe om faktisk adferd. Det meste av interessen er rettet mot spesifikke lidelser som depresjon eller schizofreni. Andre tilstander som f. eks. bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelser er tilsvarende neglisjert.

I de senere år er det utført et tiltakende antall studier i LMICs - der 85 % av verdens befolkning lever [63]. De viser at det er få land, samfunn eller kulturer der mennesker med psykisk sykdom tillegges den samme verdi som mennesker som ikke har noen psykisk lidelse. Konsistente funn av stigmatisering av psykiske lidelser er funnet i Afrika [64-67], Asia [68-71], Sør-Amerika [72], Nord-Amerika [73-75], islamske land i Nord-Afrika og Midtøsten [76, 77], i Australia [78] og i Europa [79]. Nedenfor omtaler vi kort noen av undersøkelsene.

I Etiopia benyttet de strukturert intervju i en befolkningsstudie til å undersøke opplevd stigma blant familiemedlemmer til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. De fant at stigma var svært utbredt - rapportert av 75 % - og at det var liten forskjell mellom demografiske grupper. Vanlige oppfatninger om psykiske sykdom omfattet overnaturlige krefter (27 %) og den foretrukne måten å håndtere det på var ved bønn (65 %) [80].

I Nigeria undersøkte man holdninger blant 350 tilfeldig utvalgte leger fra åtte sykehus i tre delstater. De fant at legene hadde stigmatiserende holdninger overfor pasientene og at tro på overnaturlige krefter var svært utbredt. Legene trodde ofte at pasientene var farlige, hadde dårlig prognose og at man burde holde stor avstand til dem. Høyest tilbøyelighet til å stigmatisere fant man blant dem som hadde mindre enn 10 års klinisk erfaring, var kvinner og under 45 år gamle. En annen studie fra Nigeria, som omfatter 2040 personer i en lokalbefolkning, viser at manglede kunnskaper og negative holdninger til psykisk syke er svært utbredt. Hele 96 % mente at mennesker med psykiske lidelser er voldelige [81].

En stor studie fra Malawi av pasienter og omsorgsgivere ved en sykehus tilknyttet poliklinikk viste at respondentene hyppigst forklarte den psykiske lidelsen med stoff- og alkoholbruk, «hjernesykdom», åndebesettelse og psykologiske traumer [82]. En nylig deskriptiv studie fra Uganda fant at stigma var en av flere barrierer mot å søke hjelp og få tilgang til helsetjenesten.

Fra India er det publisert flere rapporter om stigmatisering av psykiske lidelser [68, 69, 83, 84]. Blant slektninger av mennesker med schizofreni i Chennai, Sør-India, var hovedbekymringen at den syke hadde reduserte utsikter til å bli gift og redsel for å bli avvist av naboene. Det var derfor behov for å skjule tilstanden for andre. Høyere stigma ble utvist mot kvinner og mot unge mennesker [83]. I India synes kvinner med psykiske lidelser å være særlig utsatt for stigmatisering på grunn av bekymringer for at de vil overføre de sykelige trekkene til sine barn og frafall av finansiell støtte fra ektemannen eller eksmannen. Dette kommer i tillegg til stigma knyttet til det å være skilt, som er et vanlig utfall for kvinner som blir psykisk syke [69, 85]. I Vellore, Sør-India, brukte de standardinstrumenter til å studere sammenhenger mellom stigma og hvordan pasienter og pårørende forklarte psykiske lidelse. Stigmatisering var særlig knyttet til å være mann, ha dårlig utdanning, bo på landet og å tro at psykisk sykdom skyldes «karma» [70].

I Kina [70] undersøkte de 600 mennesker med schizofrenidiagnose og 900 av deres familiemedlemmer. Over halvparten av familiemedlemmene sa at stigma hadde hatt en viktig effekt på dem og deres familie. Her var nivået av stigmatisering høyere i byområder og blant mennesker med høy utdanning [86, 87].

Fra islamske samfunn er det skrevet lite på engelsk om stigma. Tidligere indikasjoner kunne tyde på at stigmaintensiteten i disse landene var relativt lav [88] [89]. Nyere studier tyder på at stigmatiseringen ikke er annerledes i islamske land enn i andre land [90-92]. En studie av 100 familiemedlemmer til mennesker med schizofreni i Marokko fant at 76 % hadde ingen kunnskap om sykdommen og at mange betraktet den som kronisk (80 %), handikappende (48 %), umulig å behandle (39 %) eller knyttet til svartekunst (25 %).

I de senere år kan det se ut til at det i enkelte land har skjedd endringer i holdningene overfor psykisk syke. Dette kan ha ført til at menneskerettighetene til, og verdigheten for mennesker med psykiske lidelser i noe større grad er blitt vernet. Denne anerkjennelsen er oppnådd gjennom en rekke initiativ for å redusere stigma knyttet til psykisk sykdom [93]. Internasjonale organisasjoner som World Psychiatric Association og noen regjeringer, herunder den norske, har gått i front og støttet anti-stigma kampanjer og lagt til rette for hensiktsmessig lovgivning [94].

Vold mot kvinner med alvorlig psykisk lidelse

Kvinner med alvorlige psykiske lidelser er en særlig sårbar gruppe som opplever store mengder av fysisk og seksuell vold og samtidig liten tilgang til volds-spesifikke tjenester [95, 96]. Kvinner med schizofreni som er offer for vold, blir ofte ikke trodd av politiet eller av helse- og omsorgspersonell som kan se på deres beretninger som resultater av vrangforestillinger. Dette øker gjerne ytterligere offerets følelse av maktesløshet [95]. De psykologiske konsekvensene av seksuell vold mot kvinner med alvorlige psykiske lidelser er sjelden undersøkt. En studie blant kvinner som var fortløpende innlagt i et stort psykiatrisk sykehus i Sør-India fant at tvungne seksuelle handlinger ble rapportert av 30 % av 146 kvinner. Det hyppigst rapporterte overgrepet var samleie under trussel eller faktisk fysisk maktutøvelse (14 %). Hyppigste rapporterte overgriper var kvinnens ektemann eller intimpartner (15 %) eller en person med autoritetsposisjon i lokalsamfunnet (10 %). Kvinner med misbrukshistorie var mer tilbøyelige enn andre pasienter til å rapportere risikofylt

seksuell adferd. I kontrast til at 30 % under intervjuet rapporterte å ha vært utsatt for tvungne seksuelle handlinger inneholdt kun 3,5 % av journalene informasjon om dette. Svært få menn med alvorlig psykisk lidelse rapporterer å ha vært utsatt for seksuell vold [97].

Stigma og utvikling av psykisk helsepolitikk

I utvikling av psykisk helsepolitikk, planer og lovgivning må stigma tas opp direkte - ikke bare i innhold, men også i prosessen der politikken utvikles. Stigma kan være en av de viktigste barrierene mot å ta initiativ til politiske reformer innen psykisk helse. Både lokale politikere og de mest erfarne politikktutviklerne både i helseministeriene og i de mest innflytelsesrike internasjonale helseorganisasjonene unnlater ofte – til tross for overveldende dokumentasjon - å prioritere psykisk helse. De kan oppfatte psykiske plager og problemer som tabu. De kan mene at mennesker med psykiske lidelser ikke kan hjelpes, at de ikke fortjener helsetjenester eller at de ikke kan prioriteres like høyt som andre syke [33, 98] [33, 99, 100].

Dette kan dels skyldes egne stigmatiserende holdninger - ofte som følge av dyptliggende holdninger i kulturen de er en del av - og nasjonale lover som inviterer til stemping og utstøtelse av mennesker med psykiske lidelser. Eksempelvis er, som nevnt, selvmord – som ofte kan knyttes til psykiske lidelser – straffbart i en rekke afrikanske land og fører til sosial utstøtelse også av de nærmeste pårørende etter selvmordet [34].

Arbeid med å initiere og utvikle psykisk helsepolitikk krever at man tar opp disse holdningene direkte gjennom formidling av korrekt informasjon, lobbying og ved å stimulere til samhandling mellom politikktutviklere og brukere [98, 99].

Menneskerettigheter

Mennesker med psykiske lidelser utsettes mer enn andre for sosial utstøting, diskriminering, vold og en lang rekke brudd på menneskerettene [101]. I mange LMICs er mennesker med psykiske lidelser fratatt alminnelige politiske og borgerlige rettigheter. Ved kriser, katastrofer og nasjonale og internasjonale konflikter er mennesker med psykiske lidelser særlig utsatt for rettighetsbrudd [102].

Mor-barn: Spedbarns sykkelighet og dødelighet

Relasjonen mellom spedbarnet og omsorgsgiver er grunnleggende for å bygge et lands menneskelige kapital. Sunne og sosialt veltilpassede barn har størst sjanse til å vokse opp og bli økonomisk produktive voksne[103]. Svekket psykisk mødre helse er svekket samfunnsøkonomi. Mødres psykiske helse og økonomisk utvikling henger tett sammen i LICs. Kvinner med psykiske vansker er ofte forhindret fra å bidra økonomisk og sosialt. Kvinnenes psykiske helse blir dårligere om de ikke kan generere inntekt. Dette leder til store tap både for samfunnet og økonomien i LICs. Samtidig taper disse landene mye økonomisk på nedsatt deltakelse fra barn som ikke får utviklet sitt kognitive, emosjonelle, sosiale og atferdsmessige potensial[104].

Overføring mellom generasjoner

Evnen til å utvikle og opprettholde tilfredsstillende relasjoner til andre mennesker etableres gjennom sosiale bånd og tilknytning som dannes i de første leveårene. Hvis det ikke gripes inn, kan problematiske relasjonsmønstre overføres fra generasjon til generasjon [105].

Spedbarnsdødelighet og spedbarnsutvikling

Til tross for bedre levekår og økt tilgjengelighet av moderne helsestell, er sykkeligheten og spedbarnsdødeligheten i mange LICs fortsatt svært høy. Dette går sammen med svært høye av rater psykiske lidelser - særlig depresjon - blant spedbarnsmødre[106, 107].

Spedbarnet er fullstendig avhengig av å få nødvendig næring, fysisk omsorg og trøst, sosial samhandling og beskyttelse fra sine omsorgsgivere for å overleve. Ved fødselen er spedbarnets hjerne ikke ferdig utviklet. Hjernen modnes og utvikler seg gjennom hele barndommen. Hvis sped- og småbarn ikke får den nødvendige daglige samhandling med en omsorgsgiver, oftest mor, som fanger opp barnets signaler, tolker dem korrekt og reagerer tilpasset og effektivt på dem, vil barnets nevrologiske, kognitive, emosjonelle, sosiale og adferdsmessige utvikling hemmes alvorlig. Muligheten for å rette opp slike skader reduseres med økende alder. På grunn av den eksepsjonelt sterke virkningen av tidlig opplevelse og erfaring på hjernens arkitektur, gir de første leveårene et stort utviklingspotensial, men også tilsvarende høy sårbarhet [108-111].

Sviktende psykisk mødrehelse

Når mors psykiske helse svikter, trues barnets overlevelse og utvikling [112-114]. Særlig utsatt er spedbarn som selv har dårlig helse [100]. Psykiske lidelser - særlig depresjon i ressursfattige settinger - kan knyttes direkte til en rekke alvorlige helseutfall for barnet. Disse omfatter: Lav fødselsvekt [115], økt grad av feilernæring [116], veksthemning [117, 118], høyere rater av diaré, infeksjonssykdommer og sykehusinnleggelse og lavere fullføring av anbefalte vaksineprogrammer, stressrelaterte endringer i hjernen som medfører dårligere kognitiv, emosjonell, sosial og adferdsmessig utvikling [108, 109, 112], samt spedbarnsdødelighet og spedbarnsdrap [119].

Kjente risikofaktorer

Psykiske helseproblemer i svangerskap og barseltid er i hovedsak sosialt bestemte. Risikofaktorene i LICs er omtrent de samme som i HICs. Forskjellen er at risikofaktorene opptrer betydelig hyppigere i LICs. Blant de viktigste sosiale risikofaktorene er disse:

Krig, lokal, nasjonal og internasjonal krise eller konflikt, fattigdom og vedvarende vanskelige levekår, lav utdanning med dårlige muligheter til å generere inntekt, kjønnsbasert vold - herunder vold i nære relasjoner og voldtekt – emosjonelle, fysiske og seksuelle overgrep i barndommen, mangel på seksuell og reproduktiv autonomi, uventet graviditet - særlig blant unge kvinner - mangel på empati fra partner og kjønnsrollebaserte stereotyper om arbeidsdeling i hjemmet og omsorg for barna, ekstrem arbeidsbelastning og alvorlig yrkesmessig utmattelse, mangel på emosjonell og praktisk støtte, kritikk fra egen mor, svigermor og øvrig familie eller venner, kjønnsbasert diskriminering og devaluering av kvinner, dødfødsler, svangerskapsavbrudd og komplikasjoner ved farefull abort, graviditet og barnefødsel og vedvarende dårlig helse.

Omfang

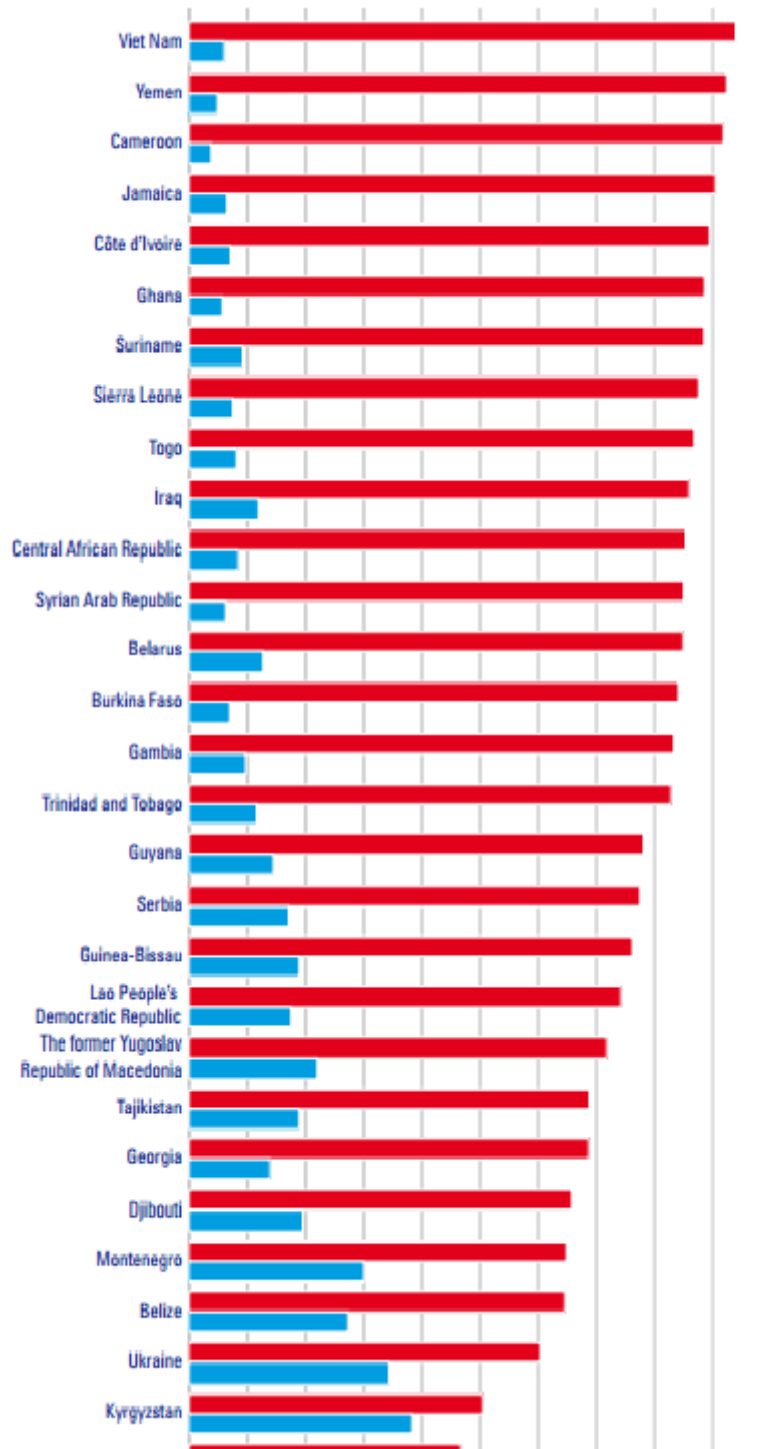
Vårt beste anslag i dag er at i LICs er det 200 millioner barn under 5 år som aldri utvikler sitt fulle hjernepotensiale [120]. Dette skyldes i stor grad disse barnas oppvekstvilkår. Figurene 4 og 5 er hentet fra «Multiple Indicator Cluster Surveys 3» (MICS 3) som ble gjennomført i 60 land i perioden 2005-2006. Dette er den eneste omfattende oversikt over småbarns

hjemmemiljø i LMICs. Figurene viser fordeling mellom ulike land av faktorer i småbarns hjemmemiljø som er av vesentlig betydning for deres psykiske utvikling [121, 122].

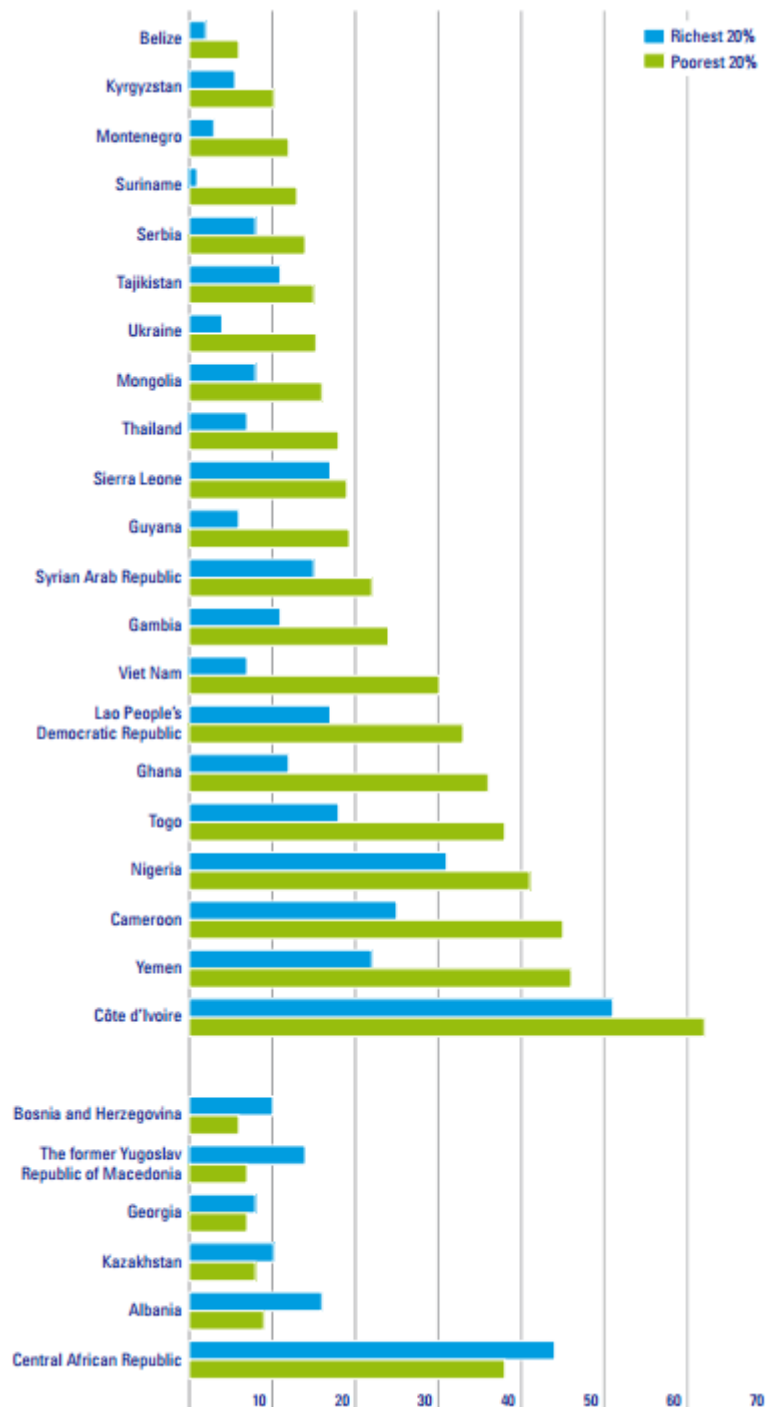
Det er nå vist at både fosterets og spedbarnets utvikling forstyrres når mor har psykiske helseproblemer. Mors kortisol - et stress-respons hormon – kan passere gjennom morkaken. Selv om morkaken har mekanismer som beskytter fostret, tror man i dag at hvis mor lever i en kronisk spenningstilstand på grunn av angst vil dette påvirke fosterets kortisolnivå, noe som i sin tur vil ha negativ effekt på fosterets utvikling [123].

I HICs er prenatal angst forbundet med økt risiko for adferdsmessige og emosjonelle problemer hos barnet som fireåring [124] og negativt forbundet med utviklingen av kognitive evner [125, 126]. En studie fra Pakistan viste at nyfødte barn av deprimerte mødre veide i gjennomsnitt 2910 gram sammenlignet med barn av ikke-deprimerte mødre som veide 3022 gram - etter at man hadde kontrollert for sosioøkonomisk status og mors kroppsmasseindeks. Deprimerte mødre hadde også dobbelt så høy risiko som ikke-deprimerte mødre for å føde et barn med kroppsvekt under 2500 gram [127].

Når mors psykiske helse svikter, kan det også redusere sensitivitet og responsivitet overfor barnets behov ved at hun ignorerer og feiltolker barnets signaler, stiller utviklingsmessig feilaktige forventninger og reagerer fiendtlig eller inkonsistent på barnets adferd. Særlig i sammenhenger der det ellers er begrensede ressurser er depresjon hos mødre direkte forbundet med høyere forekomst av kortvoksthet hos nyfødte, høyere forekomst av diare, infeksjonssykdommer, sykehusinnleggelse, redusert fullføring av anbefalte vaksinasjonsprogrammer og nedsatt sosial, adferdsmessig og emosjonell utvikling og veksthemning [116, 117, 128].



Figur 4: Voldelige former for oppdragelse er utbredt i de fleste LMICs-land. Figuren viser prosentandelen barn mellom 2 og 4 år som opplevde voldelig oppdragelse, fysisk avstraffelse eller psykisk aggresjon og prosentandelen barn (2-4 år) som erfarte bare ikke-voldelig oppdragelse siste måned.



Figur 5: Barn i de fattigste landene i verden har størst risiko for å bli overlatt til seg selv eller til mangelfull omsorg. Figuren viser prosentandelen barn under fem år som ble overlatt til seg selv eller passet på av andre barn under ti år den siste uka, i den rikeste femtedelen av befolkningen (blått) sammenlignet med den fattigste femtedelen av befolkningen (grønt).

Mer om psykisk helse hos mor-barn

CMD forekommer dobbelt så hyppig blant kvinner som blant menn [129]. Det er solid dokumentert at overgrep, angst, depresjon og stoff- og alkoholmisbruk henger sammen med smerter under samleie, bekkensmerter, livmorkrampe og menstruasjonssmerter [130]. I asiatiske kulturer kan måten reproduktive og psykiske plager forklares på, bidra til å styrke slike sammenhenger. I en studie fra det sørlige India fant man at vaginal utflod - som gjerne skyldes infeksjon - ble forklart med CMD snarere enn med genital infeksjon [131].

Mødres psykiske helse kan også ha viktige følger for perinatalt utfall, spedbarnets vekst og overlevelse. Schizofreni hos gravide er konsistent vist å henge sammen med å føde før termin [132, 133], lav fødselsvekt [134], dødfødsler og spedbarnsdød [135]. Meta-analyser av studier av prevalens av post-partum-depresjon tyder på at det er en noe høyere forekomst i Afrika sør for Sahara (18 %) [136] enn i HICs (13 %) [137] og enda høyere i det sørlige Asia (19-28 %) [128, 138] og Latin-Amerika (35-50 %) [139].

I HICs påvirker forholdet mellom mor og barn en rekke trekk i barnets utvikling [140]. I Asia viser to prospektive undersøkelser en uavhengig sammenheng mellom prenatal CMD og lav fødselsvekt [141, 142].

Sammenheng mellom perinatal CMD hos mor og underernæring hos spedbarn ved seks måneders alder er konsistent i en rekke undersøkelser [141] [143-145]. Med få unntak [146] er disse funnene replisert i kohort- og tverrsnittstudier i Afrika [147] [148] [149, 150]. I både Etiopia [151] og Pakistan [152] har man entydig vist at det er sammenheng mellom CMD hos mor og diaré hos spedbarn – en viktig årsak til spedbarnsdødelighet i LMICs, som også kan være mekanismen bak sammenhengen med redusert vekst [28] [117, 118]. Depresjon hos mor reduserer også sjansene for at mor vil følge opp helsefremmende og sykdomsforebyggende intervensjoner som f. eks. vaksinerings [141]. Det er også god dokumentasjon fra både HICs [153] og LMICs [146] [154] for at depresjon hos mor er forbundet med for liten grad av amming.

Selv om vitale registreringssystemer og andre systematiske data ikke er tilgjengelig i de fleste LICs, er det vist at selvmord utgjør en betydelig underregistrert andel av svangerskapsrelaterte dødsfall i disse landene [155-159] (Se selvmord).

Sosiale determinanter

Sosiale determinanter refererer til de økonomiske og sosiale forhold – og deres fordeling i befolkningen – som bidrar til helseforskjeller mellom individer og grupper. Eksempler på sosiale determinanter er utdanning, inntekt, sosial ulikhet og kontroll over egen livssituasjon [160-162]. Om sosiale helsedeterminanter sier WHO at “...unequal distribution of health-damaging experiences is not in any sense a ‘natural’ phenomenon but is the result of a toxic combination of poor social policies, unfair economic arrangements [where the already well-off and healthy become even richer and the poor who are already more likely to be ill become even poorer], and bad politics” [163].

Det er fire grunner til at det er viktig å forstå betydningen av sosiale determinanter for psykisk helse: (1) Sosiale faktorer virker i samspill med genetiske og andre biologiske faktorer og enkeltindividers opplevelse og erfaring sterkt inn både på utvikling og opprettholdelse av både positiv psykisk helse og en rekke psykiske lidelser. (2) Forståelse av de sosiale årsakene til individers og gruppers psykiske helsestatus åpner mulighet for å kunne iverksette helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak på befolkningsnivå, for å redusere sosial ulikhet i psykisk helse [160-162]. (3) Forståelse av de sosiale determinantene som sådan gjør det mulig å målrette tiltak mot disse determinantene langt mer systematisk og effektivt. Dette er særlig viktig fordi håndtering av sosiale determinanter for psykisk helse som oftest krever koordinering av flere samfunnssektorer som sosial, helse, utdanning, arbeid og justis [164]. (4) Med det store omfanget av internasjonal forskning og politikk i tilknytning til FNs millenniumsmål og målene for bærbart utvikling («Sustainable Development Goals») [165], er det viktig å få knyttet psykisk helse til de internasjonale utviklingsmålene. Dette gjelder spesielt fordi den psykiske helsen til verdens befolkning er av avgjørende betydning - både som middel og mål - for den globale utviklingen. Dokumentasjonen for at det er sammenheng mellom befolkningers mentale kapital (psykisk helse) og fattigdom og utvikling er gryende [2, 166, 167]. Et stort register av sosiale determinanter er vist å virke inn på menneskers psykisk helse:

Kjønn

Det er omfattende dokumentasjon for at kvinner har større risiko for å utvikle CMD - som angst, depresjon og søvnsykdommer - mens menn har større risiko for å utvikle alkohol- og

stoffmisbruk. Disse kjønnsforskjellene er til dels biologisk betinget, men også sterkt knyttet til ulik fordeling av sosiale determinanter for psykisk helse. Disse mønstrene går igjen både i HICs, MICs og LICs [168, 169] [170]. Eksempelvis antas det at mange ansvarsfulle oppgaver som barneoppdragelse, omsorg for syke slektninger og arbeid for å skaffe inntekt belaster kvinner i særlig grad. Vold mot kvinner og særlig vold i hjemmemiljøet bidrar betydelig til stress og dårlig psykisk helse blant kvinner [171-173]. Fysisk sykdom legger også en stor byrde på kvinner, noe som hemmer deres karriere i ulike roller. Dette er viktig i sammenheng med HIV/AIDS der kvinner kan måtte slite ikke bare med sine familiemedlemmers dårlige helse, men også egen sykdomstilstand [169]. Fattige kvinner er særlig utsatt for psykiske lidelser og - omvendt - kvinner med dårlig psykisk helse er særlig utsatt for å bli enda fattigere.

Sosioøkonomisk status

Økonomi ses i psykisk helseepidemiologi ofte som et uttrykk for individets eller familiens sosioøkonomiske status («socioeconomic status», SES) [174]. SES måles gjerne i form av yrke/sosial klasse, inntekt, husholdning, gjeld, økonomiske problemer og/eller utdanningsnivå. Et stort antall studier har vist at en rekke psykiske lidelser (f. eks. schizofreni, depresjon, stoffmisbruk og personlighetsforstyrrelser) henger sammen med lav SES [175].

SES i barndommen

Lav SES under oppveksten gir økt risiko både internaliserende (f. eks. angst, depresjon) og eksternaliserende (f. eks. adferdsforstyrrelser, ADHD) lidelser som barn og for depressive symptomer senere i voksen alder, justert for sosiodemografiske faktorer, familiehistorikk med psykisk sykdom og SES som voksen [176]. Sosiale gradienter er også funnet for depresjon blant unge i nord-amerikanske undersøkelser [177], men ikke i samme grad i Skottland [178].

SES i voksen alder

En meta-analyse av over 50 undersøkelser viser at depressive lidelser har en sterk sammenheng med lav SES [179]. De fleste studiene er imidlertid utført i HICs. Fra LICs viser en systematisk litteraturgjennomgang sammenheng mellom utdanningsnivå og CMD. Av 30 undersøkelser viste 20 sammenheng mellom utdanningsnivå og CMD. Flere studier tyder imidlertid på at i LICs er forskjeller i inntekt ikke tilstrekkelig til å forklare den sosiale ulikheten i CMD [180]. Det er både kort og langtidseffekter av arbeidsledighet særlig blant unge voksne. Studiene som viser det, er i alt vesentlig fra HICs [181-185]. Det finnes også holdepunkter for at SES og faktorer knyttet til fattigdom kan ha større effekt på opprettholdelse av depresjon enn på utløsning av depresjon. Fattigdom, økonomiske vansker og lav inntekt kan bremse tilfriskningen etter at en person er blitt deprimert. Det mest konsistente og robuste funnet er at vedvarende eller kumulativ forarming er forbundet med CMD [176, 186-189] [190, 191] Alle de dominerende studiene er imidlertid fra HICs.

Sosial kapital

Sosial kapital referer til verdien av sosiale forhold og benyttes i stadig økende grad til å forklare hvordan sosiale omgivelser påvirker helse [192]. «Kognitiv sosial kapital» referer til hvordan man oppfatter kvaliteten i sosiale relasjoner (f. eks. tillit eller sosial harmoni). «Strukturell sosial kapital» referer til mengden av sosiale relasjoner (f. eks. medlemskap i grupper). I tillegg måles ofte «bonding» (forbindelser mellom mennesker med lik status), «bridging» (forbindelse mellom mennesker med ulik status) og «linking» (forbindelser mellom ulike maktnivåer). Enkelte skiller mellom «individuell sosial kapital» som referer til enkeltindividets deltakelse og oppfattelse av kvalitet i sosiale nettverk, og «økologisk sosial kapital» der sosial kapital ses som en egenskap ved grupper og samfunn.

En systematisk litteraturgjennomgang av 21 studier viser nokså konsistent sammenheng mellom høyt nivå av kognitiv sosial kapital og lav risiko for psykisk sykdom.

Det er ikke vist sammenheng med såkalt strukturell eller økologisk sosial kapital, men her er det utført bare noen få studier [193]. Kun to av undersøkelsene er fra LMICs. Senere er det utført flere studier både i HICs og LMICs. I hovedsak viser disse positiv sammenheng mellom individuelt og økologisk nivå av kognitiv sosial kapital og psykisk helse. Inverst gjelder dette også selvmordsrater [194] og CMD [195-198]. Sammenhengen med strukturell sosial kapital

er mer inkonsekvent på både individuelt og økologisk nivå [199-202]. De fleste av undersøkelsene er tversnittstudier.

Det er funn både fra HICs og LICs som viser at høyt nivå av kognitiv sosial kapital i lokalsamfunnet er forbundet med bedre psykisk helse blant individer med lav SES. For dem med høy SES er funnene inkonsekvente [193, 203]. Oppsummert kan det trekkes fire konklusjoner:

1. Både individuelle og økologiske mål på sosial kapital predikerer psykisk sykdom.
2. Kognitiv sosial kapital henger entydig sammen med psykisk helse.
3. Effekten av strukturell sosial kapital er avhengig av hvilke sosiale strukturer man er del av (kontekst).
4. Sosial kapital er viktig i ressursfattige grupper ved at den virker som buffer mot stress og negative livshendelser ved fattigdom.

Økonomisk ulikhet

Absolutt fattigdom er en trussel mot positiv psykisk helse. En rekke studier tyder imidlertid på at dårlig psykisk helse øker gradvis med lavere relativ økonomisk posisjon. En forklaring på dette er relativ deprivasjon; størrelsen på forskjellen mellom de mest og de minst økonomisk privilegerte delene av et samfunn har sterk virkning på befolkningens psykiske helse [204]. Wilkinson og medarbeidere har vist at nivået på både voksnes og barns psykiske helse og trivsel varierer med grad av sosial ulikhet i et samfunn. Tilsvarende gjelder også for andre sosiale problemer som nivå av fiendtlighet og av drap [205]. Det er lavere rater av disse helseproblemene og sosiale problemer i samfunn med større likhet. Holdepunkter for Wilkinson-hypotesen er funnet i en rekke ulike datasett [205]. Det er imidlertid diskusjon om de underliggende årsaksmekanismene [206]. Den mest overbevisende dokumentasjonen for at det er sammenheng mellom nivået på psykisk helse og nivået på økonomisk ulikhet er funnet i HICs (men ikke i Norge). I LICs er det foreløpig ikke utført nasjonale representative epidemiologiske undersøkelser som er robuste nok til å trekke tilsvarende konklusjoner [204]. Utgangshypotesen må imidlertid være at en tilsvarende gradientforskjell gjelder for LMICs.

Sosiale omgivelser

I områder med lav sosioøkonomisk status (SES) har man funnet at såkalte områdenivåindikatorer henger sammen med dårlig psykisk helse etter at man har justert for individuelle forskjeller i SES [207]. Det tyder på at å bo i dårlige nabolag kan påvirke psykisk helse uavhengig av den enkeltes SES. Redsel, kriminalitet, opplevelse av vold, dårlig nabolagskvalitet og mangelfull tilgang til sosiale ressurser er alle antatte mekanismer bak dette [208]. Funnene gjelder både alvorlige psykiske lidelser som schizofreni [209], CMD som depresjon [210] og selvmordstanker blant eldre etter kontroll for demografiske og kliniske faktorer [187].

Sosiale intervensjoner

Tiltak rettet mot sosiale determinanter kan deles i to grupper; tiltak rettet mot sosiale årsaker til psykisk helse og psykiske helseplager og tiltak rettet mot å hindre sosial drift, dvs. tiltak som hindrer at mennesker som får psykiske helseplager faller igjennom i samfunnet.

Økonomiske tiltak

Blant de mest utbredte tiltak rettet mot sosiale determinanter er økonomiske tiltak. En systematisk gjennomgang av studier utført i LMICs viser at effekten av økonomiske tiltak rettet mot sosiale determinanter er tvetydig. På den ene side er det noen holdepunkter for at betingede pengeoverføringer kan ha god effekt på barns psykiske helse og adferdsutvikling. Det er også en viss støtte for at noen programmer som bidrar til å styrke folks økonomi kan gi positivt utslag på folks selvfølelse. På den annen side ser ubetingede pengeoverføringer og lån ikke ut til å ha hatt noen påviselig psykisk helseeffekt [211]. Fravær av evidens for effekt betyr imidlertid ikke nødvendigvis evidens for fravær av effekt.

To programmer som ikke var med i denne gjennomgangen har vist effekt. Det meksikanske programmet «Oportunidad» for betinget pengeoverføring ser ut til å ha redusert symptomer på depresjon hos mødre, kontrollert for en rekke bakgrunnsfaktorer [212]. Betingede pengeoverføringer i «Bono de Desarrollo Humano» (BDH) i Ecuador har også gitt gode effekter. Barn i husholdninger som mottok støtte viste bedre språkutvikling, men bare på landet - ikke i byområder [213].

I indianerreservater i USA («Smokey Mountain-studien») er det også vist at innføring av garantert minstelønn for familier som følge av etablering av kasinoer i området, ga betydelig reduksjon i adferdsforstyrrelser («oppositional-defiant disorder» og «conduct disorder») hos dem som ikke lenger befant seg under fattigdomsgrensen fire år senere. Man fant ingen effekt på CMD [214]. Disse undersøkelsene tyder på at sammenhengen mellom fattigdom og psykiske helseproblemer ikke utelukkende kan forklares ut fra sosial drift som følge av psykisk lidelse.

Ernæring

En rekke ernæringsmessige tiltak (f. eks. tillegg av jod i kostholdet) kan føre til både kognitivt og emosjonelt bedre psykisk helse hos barn. Dette kommer i tillegg til veldokumenterte effekter på den fysiske helsen [215, 216]. Underernæring i barndommen er generelt forbundet med svikt i kognitiv, motorisk og adferdsmessig utvikling. Selv om disse sammenhengene sikkert også henger sammen med sosioøkonomiske faktorer, tyder en rekke sammenfallende positive effekter fra forsøk med ernæringstilskudd fra graviditet til 24 måneders alder på at det også er tale om årsakssammenhenger [215].

Ferdighetstrening, sysselsetting og boligutbedring

Litteraturen på dette området er omfattende, selv om det meste av dokumentasjonen kommer fra HICs. Mange av disse tiltakene har ikke hatt som sitt primære mål å styrke psykisk helse. Det faktum at forbedret psykisk helse er påvist i kjølvannet av en rekke slike tiltak, tyder imidlertid på at vurdering av psykiske helseutfall regelmessig bør inngå i slike prosjekter. Forskningen på psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak av denne typen er raskt økende [217-219]. Særlig har helsefremmende tiltak for nyfødte og for småbarn vist seg lovende i LMICs. Feltet er ansett som så lovende at det verdensledende tidsskriftet på området – The Lancet – nylig viet en hel serie artikler til denne forskningen [220].

Styrking av sosial kapital

Bygging av sosial kapital er betraktet som et lovende tiltak for å styrke en rekke positive psykiske helseutfall [221]. Det finnes noe dokumentasjon for at sosial kapital kan bygges gjennom målrettede tiltak. Hvorvidt dette i sin tur faktisk har effekt på psykisk helse er foreløpig ukjent. Et randomisert forsøk fra Sør-Afrika [222] og et ikke-randomisert forsøk fra

Nicaragua [223] viser at det er mulig å bygge sosial kapital også i LMICs, men ingen av disse har testet effekter på psykisk helse. Kun en ikke-randomisert eksperimentell studie blant overlevende etter massevolden i Rwanda har demonstrert at stort anlagte psykososiale tiltak primært innrettet mot å skape sosiale bånd faktisk kan resultere i vedvarende forbedring av psykisk helse [224].

Sosial drift

Det er relativt sterk evidens fra LMICs for at det økonomiske utkommet for mennesker med psykiske lidelser kan forbedres gjennom vellykket behandling av psykiske helseproblemer. En systematisk gjennomgang av alle intervensjonsstudier, som er lagt opp for å behandle psykiske lidelser uansett diagnose i LMICs, viser at behandling kan lede til forbedret økonomisk status både for psykisk syke og for vedkommendes familie - og slik hindre sosial drift inn i fattigdom [211]. Ingen av undersøkelsene i gjennomgangen viste negativ effekt av psykisk helseintervensjon på økonomisk status. De tre studiene på behandling av depresjon var alle randomiserte kontrollerte forsøk fra henholdsvis Uganda[225], Kina [226] og India [227]. To av de tre studiene på behandling av psykoser var randomiserte kontrollerte forsøk i Kina [228]. I tillegg var det en ikke-randomisert studie fra India [229], en kohort-studie fra Iran [230] og en kohort-studie fra Nigeria[231]. Funnene fra denne gjennomgangen viser en klar tendens til at behandlingstiltak mot psykiske lidelser er forbundet med forbedret økonomisk utkomme for mennesker i LMICs. Alle undersøkelsene viser økonomisk gevinst. Noen av intervensjonene kan være for kostbare eller tekniske til å kunne gjennomføres i stor skala av ikke-spesialiserte helsearbeidere i LMICs. Tre studier evaluerte imidlertid ganske enkle og kortvarige intervensjoner som enten ble levert av, eller kunne leveres av ikke-spesialister. To av disse undersøkelsene viste både signifikant forbedret adferdsmessig fungering og økonomisk status med små kostnader [232] [228].

Alle undersøkelsene som viste signifikant økt økonomisk status viste også signifikant forbedret klinisk status. Økt økonomisk status går hånd i hånd med reduserte kliniske symptomer og skaper gode sirkler. De kliniske forbedringene kunne også forklare forbedringene i familiens økonomiske status. Begge de randomiserte forsøkene som utforsket effekter på familiebelastninger viste at pasienten i intervensjonsgruppen hadde signifikant færre gjeninnleggelser i sykehus, kortere varighet av sykehusopphold og lenger

tid i lønnet arbeid enn kontrollgruppen, noe som også bidrar til å forklare den reduserte belastningen på familiens økonomi i intervensjonsgruppen.

Forskning

Funnene fra de systematiske litteraturgjennomgangene, som det er referert til foran, viser at visse intervensjoner kan ha betydelig effekt på sosiale determinanter for psykisk helse og psykiske helseproblemer og bryte sirkelen av fattigdom og dårlig psykisk helse.

Kunnskapen på det nåværende tidspunkt er mest robust for tiltak rettet mot sosial drift gjennom behandling og rehabilitering ved psykisk sykdom. Det støtter anbefalinger om å bygge opp psykiske helsetjenester [233] ikke bare som en offentlig helse og prioritert menneskerett, men også som en prioritert satsing på utvikling i LMICs.

Kunnskapen om intervensjoner rettet mot sosiale determinanter f. eks. ved å redusere fattigdom er mindre sikker. Det forhold at kunnskapen ikke er like sikker, betyr ikke at tiltak rettet mot sosiale determinanter ikke kan være like – eller kanskje mer - effektive enn utbygging av psykiske helsetjenester. Det betyr bare at kunnskapen på det nåværende tidspunkt er mer usikker.

For tiltak rettet mot sosiale determinanter er det et stort behov for videre forskning. To utfordringer er særlig påtrengende. Solide mål på psykisk helse må inkluderes når fattigdomsreducerende tiltak settes i verk og evalueres, og måten man måler fattigdom på må forbedres [174].

En rekke potensielt fruktbare veier til forskning på sosiale determinanter for psykisk helse i både HICs og LMICs peker seg ut. Blant disse er:

- Evaluering av psykiske helsekonsekvenser av intervensjoner som reduserer fattigdom, herunder sosialt innrettede finansielle tiltak, sosial kapital, ernæring, bedre matsikkerhet, boforhold, sysselsetting og arbeidsforhold
- Evaluering av sosiale og økonomiske konsekvenser av psykisk helseintervensjoner, særlig lokalt baserte lavkosttiltak som kan leveres i stor skala i områder med lite ressurser.

I tillegg trengs longitudinelle observasjonsstudier der en studerer sammenhenger mellom såkalte distale økonomiske og strukturelle krefter og mer proksimale faktorer som sosial kapital og negative livshendelser og deres betydning for psykisk helse gjennom livsløpet [234].

Norge har i perioden landet var representert som styremedlem i WHO ved en rekke anledninger trukket frem den globale betydningen av sosiale determinanter for helse. Også flere andre aktører har i de siste år fremhevet den globale betydningen av sosiale determinanter også for psykisk helse. WHOs Mental Health and Development report fra 2010 argumenterer sterkt for å tilrettelegge tiltak for mennesker med psykiske lidelser i LMICs, som er en sårbar gruppe som trenger hjelp til utvikling [235]. Samme år vedtok FN en resolusjon om global helse og utenrikspolitikk der de erkjente at psykisk helse har «huge social and economic consequences» (United Nations. United Nations General Assembly Resolution on Global Health A/65/L.27. New York: United Nations, 2010). Også oversikten over Equity, Social Determinants and Public Health Programs fra WHO Commission on the Social Determinants of Health inneholder et kapittel om sosiale determinanter for psykisk helse med særlig oppmerksomhet på depresjon og ADHD [236]. I tillegg har verdens helseforsamling (WHA 65.8) nylig sluttet seg til Rio Political Declaration of Social Determinants of Health og etterlyst at medlemsstatene nå realiserer forpliktelsene i Rio-erklæringen. Forsamlingen har også vedtatt både en global og en europeisk handlingsplan for psykisk helse i tråd med den tidligere vedtatt resolusjonen om psykisk helse (WHA 65.4) [4, 162, 237]

Hvis disse utviklingstrekkene skal lede til noen innsats av betydning rettet mot sosiale determinanter for psykisk helse, er det nødvendig å få til en kombinasjon av politisk vilje og oppbygging av robust forskningsbasert kunnskap. Både den politiske forståelsen for betydningen av disse determinantene og kunnskapen om hvordan de kan påvirkes for å styrke psykisk helse og velvære blant folk i LMICs er i dag voksende. Både vitenskapelig og praktisk, i det psykisk helsefremmende og i det psykisk sykdomsforebyggende arbeidet, bør sosiale determinanter få en sentral plass i norsk bistands- og utviklingspolitikk.

Kriser og katastrofer

Bare i 2010 var det 30 registrerte aktive væpnede konflikter på 25 steder i verden [238]. Samtidig var det 385 naturkatastrofer som til sammen drepte mer enn 297 000 mennesker og berørte 217 millioner andre. De økonomiske skadene fra sistnevnte er anslått til 124 milliarder USD [239].

Kunnskapsgrunnlaget

Naturkatastrofer, industrikatastrofer, krig og væpnet konflikt er sterke trusler mot folks psykiske helse. Dette er dokumentert i en rekke LMICs [240-250]. En av de mest undervurderte determinantene i denne sammenheng er antakelig endringer i klimaet som allerede nå ser ut til å ha en kraftig innflytelse på befolkningers psykiske helse [251]. Her er det et stort og akutt behov for forskning.

Mental health and Psycho-Social Support program (MHPSS)

Til tross for store metodiske utfordringer i mange av undersøkelsene peker litteraturen tydelig i retning av at psykisk helse er en helt sentral folkehelseutfordring i humanitære krisesituasjoner. For bedre å kunne møte disse utfordringene, er det utviklet en rekke ulike tilnærminger. De fleste er ikke evaluert vitenskapelig. Viktigst er Mental Health and Psycho-Social Support programmene (MHPSS). MHPSS er definert svært vidt som enhver type lokal støtte eller støtte utenfra som tar sikte på å beskytte eller fremme psykologisk velvære og/eller forebygge at psykiske lidelser oppstår. MHPSS-feltet er relativt nytt og preget av store ideologiske skiller mellom ulike aktører. For å få til en bedre koordinering, hindre skadelige intervensjoner og overkomme polariserte posisjoner mellom aktørene, har Inter-Agency Standing Committee (IASC) utarbeidet retningslinjer. Med referanse til resolusjon 46/182 fra FNs generalforsamling har IASC task force deretter utviklet «Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies» [252]. Retningslinjene gjelder høyprioriterte tiltak som bør settes i verk så snart som mulig når nøds- og katastrofesituasjoner oppstår. Kjerneprinsippene er: promotering av menneskerettigheter, likeverdighet i tilgjengelighet og tilgang («availability and accessibility») til tjenester, oppmerksomhet på å unngå uintenderte følger av humanitære tiltak («Do-no-harm-prinsippet») og aktiv deltakelse fra de berørte befolkningene i å utforme og iverksette

MHPSS-programmer. Også «Humanitarian Charter and Minimum Standards for Disaster Response» publisert, inkluderer en Mental Health Standard [253, 254].

En nyere meta-analyse av evidens for MHPSS i bl.a. Haiti, Jordan, Nepal, de okkuperte territoriene i Palestina, Indonesia, Sri-Lanka, Tyrkia, Bosnia-Herzegovina, Mozambique, Uganda, Rwanda og rwandiske og somaliske flykninger i Uganda konkluderer imidlertid med at selv om evidensbasis for MHPSS intervensjoner er økende, er det et vidt gap mellom kunnskap og praksis. Den mest solide dokumentasjonen ser ut til å gjelde de intervensjoner og utfall som har fått minst oppmerksomhet i det praktiske arbeidet, mens de mest populære intervensjonene i det praktiske arbeidet (f. eks. rådgivning, strukturerte sosiale aktiviteter, psyko-edukasjon og å øke folks bevissthet) har vært gjenstand for relativt liten vitenskapelig oppmerksomhet [98, 255, 256].

Forskningsprioriteringer

En omfattende studie av forskningsprioriteringer - The Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Research priority Setting (MH-SET) hadde som mål å definere forskningsutfordringene de neste 10 år. Der konkluderer ulike organisasjoner (regjeringer, universiteter, frivillige organisasjoner, FN) og tverrfaglig akademisk ekspertise (psykologi, psykiatri, sosialarbeid, barnevern, antropologi) på tvers av land relativt enstemmig med at dette er de fem høyeste prioritetene [257, 258]:

1. Prevalens og sykdomsbyrde knyttet til psykiske lidelser og psykososiale vanskeligheter
2. Hvordan iverksetting av MHPSS kan forbedres
3. Evaluering av spesifikke MHPSS-intervensjoner
4. Determinanter for psykisk helse og psykiske belastninger
5. Bedre forskningsmetoder og prosesser

En annen nylig gjennomgang av forskningslitteraturen er innrettet spesifikt inn mot barn og unge som har vært utsatt for væpnet konflikt og deres risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Bakgrunnen er at en rekke psykososiale tilnærminger og kliniske psykologiske og psykiatriske intervensjoner i dag blir brukt for å imøtekomme behovene til disse gruppene. Studien skiller mellom tiltak rettet mot enkeltbarn og -unge, familier,

kamerater og skole og forhold i lokalsamfunnet. Den skiller også mellom forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak og vurderer styrken av evidensen for de rapporterte effektene. Av 2305 studier som fremkom ved online søk, kvalifiserte 58 for fullt gjennomsyn. Førti fagfellevurderte undersøkelser ble til slutt inkludert. I hovedsak viste disse seg å være rettet mot skolebaserte tiltak. Svært få familie- og lokalsamfunnsbaserte tiltak viste seg å være evaluert empirisk. Bare to studier vurderte såkalt flernivå- eller stepped-care-pakker.

Forfatterne konkluderer at kunnskapsgrunnet for hva som er virksomme og effektive («effective and efficacious») tiltak for barn og unge som er berørt av væpnede konflikter må styrkes. Post-konfliktutviklingsagendaer må rettes mot sårbarhet hos barn og unge som er berørt av væpnet konflikt, og tiltakene må organiseres som samarbeid på tvers av enheter som har ansvar for omsorg for barn og unge og deres familier [259].

Tiltak

For å utvikle politikken videre må det etableres et sterkere kunnskapsgrunnlag for MHPSS-intervensjoner. I dag foreligger det for få studier som evaluerer de hyppigst anvendte tiltakene. Blant disse er spesifikke former for rådgivning, lokalsamfunnsbasert sosial støtte, strukturerte kreative og rekreative aktiviteter, barnevennlige oppholdssteder og psykoedukative tiltak. Avstanden mellom hva forskere har vært opptatt av og hva praktikere har vært opptatt av, bremser fremgang i feltet. Eksempelvis handler mye av forskningslitteraturen fra humanitære kriser om å etablere prevalensrater for CMD - f. eks. depresjon, angst, søvnlidelser - og særlig post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Praktikerne er i liten grad opptatt av dette. Behovet for å bringe forskere og praktikere sammen er stort («Bringing research into practice» og «Bringing practice into research»).

En ytterligere hindring for å få til en kunnskapsbasert MHPSS-strategi er knyttet til bærekraftigheten i humanitære tiltak etter at den umiddelbare kriseperioden er over. Humanitære kriser berører oftest folk i LMICs eller samfunn som manglet gode psykiske helsesystemer også før krisen oppsto. Ideelt sett bør humanitære tiltak helt fra den tidlige gjenoppbyggingsfasen og fremover bidra til å stryke oppbyggingen av psykiske helsesystemer utover det tidsrom den tidsavgrensede humanitære assistansen settes inn [260]. En økonomisk analyse fant nylig at bare 5,2 % av all identifisert MHPSS-finansiering ble brukt gjennom medisinske tjenester og 2,9 % gjennom utdanningssystemet. For å sikre bærekraft over tid av MHPSS-tiltak, må det som del av humanitære hjelpetiltak legges langt

større vekt på å utvikle og styrke de lokale og nasjonale helse-, utdannings- og sosialtjenestene. Mens det ofte vil være nødvendig å styrke den eksisterende primærhelsetjenesten og annen lokalbasert sosial infrastruktur, vil det ofte ikke være ønskelig å styrke alle de eventuelt eksisterende institusjonsbaserte psykiske helsesystemene. Utfordringen er ofte å i stedet initiere og opprettholde en prosess der man reformerer eksisterende systemer for psykisk helse, rehabilitering og sosial støtte og får utviklet integrerte, effektive og likeverdige tjenester og sosiale støttesystemer i lokalsamfunnet.

Psykisk helse, ulykker og skader

Skader og vold er viktige årsaker til død og uførhet i hele verden. I følge GBD-studien var det 5,4 millioner skade-dødsfall i verden i 2005. Det utgjorde 9 % av alle dødsfall og 12 % av sykdomsbyrden (DALY) [16]. Dette er ventet å øke betydelig frem mot 2030. Psykiske helseproblemer er både en årsak til og en følge av fysiske skader. Skader og psykisk lidelse har også mange felles determinanter, som f. eks. fattigdom, konflikt, vold, trafikk og alkoholbruk [261, 262]. Til tross for potensielt store forsikringsinteresser, har forskningsinnsatsen på dette området hittil vært beskjeden. Betraktninger rundt psykisk helse må inn i det skadeforebyggende arbeidet.

Politikk, policy og planer

Offentlig politikk representerer en regjerings offisielle forpliktelse til å håndtere særskilte politiske, sosiale eller økonomiske emner. Politikken blir gjerne uttrykt gjennom et komplekst sett av politiske uttalelser, policydokumenter og lover. Politikken iverksettes så gjennom et antall «instrumenter», fra strategiske planer og budsjetter til lovgivning.

WHO definerer psykisk helsepolitikk som «et organisert sett av verdier, prinsipper og mål for å styrke psykisk helse og redusere byrden av psykisk sykdom i en befolkning» [263].

Gjennom den psykiske helsepolitikken forsøker man gjerne å innarbeide ulike interessenters målsettinger for hvordan befolkningens psykiske helse kan forbedres. Samtidig må målene være realistiske og oppnåelige.

En velformulert psykisk helsepolitikk og en plan for å sette den i verk danner et veikart for hvordan regjeringer og ulike interessenter vil håndtere den psykiske helsen til en befolkning

innen en gitt tidsperiode. Eksempelvis kan en psykisk helsepolitikk bidra til å utvikle psykiske helsetjenester på en koordinert og systematisk måte. Psykisk helsepolitikk vil øke forpliktelsene overfor feltet. Prosessen med å utvikle psykisk helsepolitikk er viktig også som prosess, eller metode for å bygge konsensus innen en stor gruppe av interessenter om hvordan psykisk helse skal møtes og hva som skal være prioriteringene.

Hvordan helsepolitikken utformes er ofte uklart både for dem som arbeider i helsesystemet og for befolkningen generelt. Dette kan særlig være tilfelle innen psykisk helsepolitikk, et område av helsepolitikken som tradisjonelt har vært ignorert og der politiske retninger ofte har vært ad hoc-preget eller obskure. Det er derfor viktig at politikktutvikling innen psykisk helse underbygges med prinsipper som er klare og velformulerte (jfr. Opptappingsplanen for psykisk helse i Norge). Dette kan være til stor hjelp for regjeringer når de skal forklare for helsepersonell eller samfunnet for øvrig hvorfor en har foretatt de prioriteringer en har gjort.

En forståelse av prinsippene som ligger bak politikktutvikling skaper muligheter for større engasjement også hos dem som er utenfor myndighetssystemet for de tjenestene som til syvende og sist skal leveres i lokalsamfunnet. Et slikt engasjement vil gjerne øke støtten til den politikk som vedtas og til gjennomføringen av den. Det kan også gi bedre grunnlag for å vurdere kritisk om den politikk som iverksettes er i samsvar med de prinsipper man har lagt til grunn. Disse prinsippene er relevante for hele politikktutviklingssirkelen; problemidentifisering, politikktutvikling, politikkkvalg, politikkimplementering og politikkevaluering. Aller viktigst er de for utviklingen av politikken. Gitt dette, er hovedutfordringene å konsultere bredt, ta i bruk den best tilgjengelige kunnskap, ha politisk mandat på høyt nivå, håndtere stigma direkte, knytte politikktutviklingen til andre prioriteringer innen helse- og utvikling, utnytte politiske «vinduer» og la seg veilede av gode råd for utvikling av psykisk helsepolitikk.

«WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package» anbefaler en rekke skritt når land skal uforme en nasjonal psykisk helsepolitikk. Pakken gir en generisk ramme og en sjekklister for nøkkelprosessene som bør ivaretas når man utvikler slik politikk: (1) Samle informasjon om psykiske helse behov og tjenester, (2) Samle inn kunnskap om effektive strategier, (3) Konsultere og forhandle (4) Utveksle erfaringer med andre land, (5) Formulere

visjoner, verdier, prinsipper og mål, (6) Bestemme innsatsområder og (7) Identifisere viktige roller og ansvar[264].

Like viktig som prosessen for å utvikle en psykisk helsepolitikk er selvsagt det faktiske innholdet i de politiske dokumentene som tilslutt skal vedtas av nasjonale eller regionale styringsmakter. Flere sammenlignbare nylige eksempler viser at utvikling av psykisk helsesystemer er mulig under svært ulike omstendigheter. Med begrensede ressurser og der det praktisk talt ikke fantes psykiske helsetjenester, har det vært mulig å etablere lokalsamfunnsbaserte helsesystemer både i Brasil [63], Chile [265] og Sri Lanka [266]. De viktigste lærdommene fra disse landene er: (1) Realistisk visjon med tilknyttede verdier, prinsipper og mål, (2) Omfattende tilnærming som omfatter både psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak og utvikling av et vidt spekter av lokalbaserte behandlings- og rehabiliteringstjenester, (3) Primærhelsetjenestetilnærming, (4) Styrke og beskytte menneskerettigheter, (5) Styrke tverrsektorielt samarbeid, (6) Knytte politikk til en plan for iverksetting, (7) Sette av tilstrekkelige ressurser til å sette i verk politikken, (8) Klar rolle- og ansvars plassering, (9) Finne riktig blanding av nasjonalt og internasjonalt samarbeid (10) Følge, analysere og evaluere iverksetting av politikken [98, 99]

En viktig lærdom fra utvikling av psykisk helsepolitikk i LMICs er at kapasitetsbygging er en nøkkel i strategier for å støtte iverksetting av politikken. Iverksetting av psykisk helsepolitikk er en kompleks prosess som omfatter mange ulike politiske, økonomiske og tekniske tema. Det krever ikke bare sterk politisk støtte og økonomiske og personellmessige ressurser. Det krever også ledere med kapasitet til å gjennomføre iverksettingsprosessen, personell med nødvendig kunnskap og dyktighet til å levere tjenester og intervensjoner og et bredt register av interessenter som er beredt til å samarbeide i prosessen. Mange LMICs mangler riktig og tilstrekkelig trente ledere og den kritiske massen av personell som trengs for å støtte utvikling, iverksetting og evaluering av politikken.

For å bygge opp kapasitet for psykisk helsepolitikk har ulike og komplementære tilnærminger vært benyttet. Noen land har utviklet kapasitetsbyggende aktiviteter på nasjonalt nivå, vanligvis integrert i treningsprogrammer for psykisk helsepersonell. I de fleste tilfeller har imidlertid kapasitetsbygging i LMICs blitt utviklet i sammenheng med internasjonale initiativ. Hovedsakelig kan slik kapasitetsbygging deles i tre typer:

Undervisningsprogrammer av ulike slag, pågående støtte og supervisjon fra konsulenter og utvikling av regionale nettverk for psykisk helsepolitikk.

WHO har hatt en ledende rolle på området gjennom de siste to decennier. De har gitt teknisk assistanse til land, utviklet treningsmateriell, organisert internasjonale konferanser og seminarer på felter knyttet til psykisk helsepolitikk og gjennom konsulenter bidratt til implementering og supervisjon av psykisk helsepolitikk. Imidlertid har også andre internasjonale organisasjoner som f. eks. Europakommisjonen, regjeringer, universiteter og vitenskapelige og «advocacy-organisasjoner» spilt viktige roller i utvikling av disse internasjonale initiativene.

Noen sentrale nettverk er: Initiative for the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America med påfølgende Regional Mental Health Forum in Central America, senere organisert i den Karibiske region, Andesregionen og Sør-Amerika [267] [268].

I Afrika sør for Sahara var et viktig initiativ fra 2005-2010 “Mental Health and Poverty Project”, et forskningsprogramkonsortium mellom Ghana, Sør-Afrika, Uganda og Zambia for å styrke utvikling og sette i verk psykisk helsepolitikk [269].

Integrert psykisk helse

I løpet av det siste tiåret har det vært satset på programmer mot spesifikke sykdommer, såkalte vertikale programmer: Poliomyelitt, tuberkulose, malaria og aids for å nevne noen. Det er nærliggende å tenke at det også bør utformes egne programmer for psykisk helse.

Men trenden har snudd, en sikter nå mot helsesystemer, å bygge opp kapasitet som kan ta hånd om de aller fleste helseproblemer, med primærhelsetjenesten som grunnmur, såkalte horisontale programmer. Det er ganske utenkelig at en kan utdanne nok spesialister til å bygge opp robuste tjenester for psykisk syke pasienter. Hovedargumentet ligger i at psykiske lidelser opptrer sammen med somatiske sykdommer og fødsler. Planer for psykisk helse, nevrologiske lidelser og stoffmisbruk må derfor så langt som mulig integreres i bredere planer for post-2015 mål. Det er det da også tatt høyde for i WHA resolusjon 65.4 –Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level og i 2013-2020 Global Mental Health Action Plan. [270].

Det er en lang vei å gå og det blir ikke enkelt. Helsesystemene i de land det dreier seg om er ofte svake og sårbare, og bredden og volumet av psykiske lidelser kan overvelde dem. Dertil kommer den generelle og faglige forståelsen av psykiske lidelser. Integrering er smart, det sikrer nærhet, kontinuitet og koster mindre enn parallelle særomsorger. Utfordringen ligger i å finne kulturelt tilpassede metoder som retter seg mot individer, familier, lokalsamfunn, skoler og arbeidsplasser.

Spesielle hensyn må tas og spesielt hos barn og i befolkninger som er utsatt for vold eller lever under krigslignende tilstander («complex emergencies»). Her kan behovene være enorme, og en må gå målrettet til verks. Ofte er infrastrukturen revet i filler og ukoordinert humanitær assistanse vil i beste fall hjelpe noen. Under den vanskelige overgangen fra nødhjelp til gjenreisning og utvikling kan det være riktig å etablere spesielle programmer over tid for de sårbare og sårede. Det gjenstår ennå mye arbeid for å finne intervensjoner som kan vise seg effektive, selv om det er framgang på dette feltet [259].

Lovgivning

To tredjedeler av landene i verden har ingen psykisk helselovgivning eller har lovgivning som er over ti år gammel [271]. I mange land øver den psykiske helselovgivningen vold mot rettighetene til mennesker med psykiske lidelser snarere enn å beskytte dem, fordi loven er innrettet på å verne befolkningen mot «farlige pasienter».

Det er gjennom lovgivning land bygges; lov er politikk uttrykt i juridiske paragrafer. Selv om nasjonal psykisk helsepolitikk og helseplaner nok danner et viktig grunnlag for et virksomt psykisk helsesystem, er psykisk helselovgivning enda viktigere for å sikre rettighetene til og beskytte mennesker med psykiske lidelser.

Mennesker med psykiske lidelser blir diskriminert både offisielt og uoffisielt i en rekke sammenhenger - som tilgang til arbeid, stemmegivning ved politiske valg og en rekke andre personlige friheter [271, 272]. I denne sammenheng er god psykisk helselovgivning et instrument som kan beskytte enkeltmenneskers autonomi. Slik lovgivning kan dekke en rekke områder. Blant disse er tilgang til psykisk helsehjelp, samtykke til behandling, frihet fra grusom, inhuman og annen krenkende behandling, frihet fra diskriminering og beskyttelse av en rekke sivile, kulturelle, økonomiske, politiske og sosiale rettigheter. En dedikert psykisk

helselov refererer til lovgivning som dekker alle de områdene som er relevante for personer med psykiske lidelser.

Globalt har ca. 60 % av landene dedikerte psykiske helselover. I alt dekker landene som har slik lovgivning ca. 60 % av verdens befolkning. Variasjonen er stor når det gjelder forekomst av nasjonal psykisk helsepolitikk og helseplaner. I alt 39 % av LICs har psykiske helselover, sammenlignet med 77 % av HICs. Blant landene med en dedikert psykisk helselovgivning har nesten 42 % iverksatt eller revidert disse i 2005 eller senere. Femten prosent har fortsatt de samme lovene som de hadde før 1970. Svakheterne i og rundt dagens lovverk gjelder også lover som skal beskytte mennesker med uførhet («disabilities»), herunder også intellektuell uførhet [273].

I tillegg til forskjellene i forekomst av legale rammeverk mellom LICs og HICs er det fortsatt en kritisk global kunnskapskløft i styringen av psykisk helse.

Den mest påtakelige utfordringen er kvaliteten på landenes psykiske helsepolitikk, helseplaner og lovgivning [274]. For eksempel viser en rapport om helsepolitikken i Uganda at selv om det finnes en slags politikk som er på linje med internasjonale normer, så er denne stigmatiserende og gir ikke adekvat beskyttelse av rettighetene til mennesker med psykiske lidelser [275]. En analyse fra Ghana viser at det faktisk at det foreligger en psykisk helselovgivning var lite kjent og at politikken ikke var satt i verk [276]. Uganda og Ghana er bare to av mange land der psykisk helselovgivning eller politikk ikke er tilstrekkelig innrettet på menneskerettighetssituasjonen for dem med psykiske lidelser.

Det er stort behov for strategier som retter opp denne situasjonen. Dessuten er ofte de foreliggende lovene ikke koplet til noen utøvende prosess som kan iverksette dem. Det mangler gjerne også klausuler som slår fast at svikt i iverksetting av lovene vil lede til sanksjoner.

Tidvis kan psykisk helselover være til direkte hinder for levering av menneskerettsbasert omsorg, og slik være verre enn ikke å ha noen psykisk helselover i det hele tatt. Dette reiser spørsmål om lovgivningen reflekterer prioritering av psykisk helseomsorg og intensjoner om å ta konkrete skritt fremover, eller om politikktutviklingen bare er en abstrakt øvelse som er ment å vise landenes normative prinsipper [98].

Helsetjenester

Tre av fire mennesker med en alvorlig psykisk lidelse mottar ingen behandling. I LICs gjelder dette enda flere, kun én av ti personer med svært alvorlige psykotiske lidelser som schizofreni har tilgang til en form for behandling [277].

Økonomisk lønnsomhet

Korttidspsykoterapi og generisk produsert antidepressiva er de viktigste intervensjonene ved depresjon. Økonomiske analyser tyder på at behandling av depresjon i primærhelsetjenesten er svært billig (< 1 USD) og kostnadseffektivt [15]. Beregninger fra London School of Economics viser også svært høy lønnsomhet for tidlig intervensjon for psykoser, selvmordsforebygging og læringsprogrammer for adferdsforstyrrelser med en fortjenesteratio på mer enn 10. Det vil si at hver investert krone gir en nettoverdi på mer enn ti kroner [278]. Mest kostnadseffektivt er det å redusere totalkonsumet av alkohol i befolkninger [279, 280]

Helsepersonell

LICs har gjennomsnittlig én psykiater og enda færre psykologer per to millioner innbyggere, sammenlignet med en per 12 000 i HICs. Norge har en psykiater per 4000 innbyggere og en psykolog per 700 innbyggere. En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane-instituttet publisert i desember 2013 viser at helsearbeidere uten spesialutdannelse kan redusere symptomer hos psykisk syke i land hvor tilgangen til spesialister er dårlig. Helsearbeidere uten spesialisering kan hjelpe pasienter til å bli friske fra angst- og depresjonslidelser. De kan redusere symptomene hos demente, hos mødre med perinatal depresjon og hos voksne med posttraumatisk stresslidelse [281].

Finansiering og betalingssystemer

I mange land dekker helseforsikringen ikke psykiske lidelser. En studie fra India viser at halvparten av stykkprisbetalingen for behandling av psykiske lidelser kom fra lån og at ytterligere 40 % ble dekket av oppsparte midler [282].

Helsebudsjettene

LICs bruker gjennomsnittlig 0,5 % av helsebudsjettet sitt på psykisk helse, MICs bruker ca. 2 %. Til sammenligning bruker HICs 5 %, noe som ikke står i samsvar med den belastning psykiske lidelser er på samfunnet. Det meste av midlene som brukes på psykisk helse i LICs går til å finansiere drift av store utdaterte psykiatriske asyl preget av isolasjon, krenkelse av menneskerettigheter og dårlige resultater[271].

Privat, såkalt stykkprisbetaling utgjør en betydelig del av utgiftene for psykiske lidelser i LMICs, særlig når en unntar det største utgiftselementet, psykiatriske asyl. Dette gjør at tilgangen til psykisk helsehjelp er svært skjevt fordelt[271, 283].

Globalt er de tre vanligste metodene for finansiering av psykiske helse- og omsorgstjenester gjennom skattlegging (63 %), egenbetaling «out-of-pocket-payment» (17 %) og helseforsikring (15 %) [284].

Finansiering representerer en kritisk komponent i ressursene til psykisk helse. Særlig gir psykisk helseutgifter per innbygger et overordnet bilde av finansieringen som er avsatt til psykiske helseenheter, opplæring og ansettelse av psykisk helsepersonell og kjøp av medisiner til behandling av psykiske lidelser. Man kan se både på prosentandelen av myndighetenes utgifter som settes av til psykisk helse og på prosentandelen av psykisk helsebudsjettet som disponeres for ulike systemkomponenter, f. eks. som psykiatriske sykehus/asyl og forskning og utdanningsenheter [285].

Et viktig funn fra 2011-utgaven av Mental Health Atlas er at hvor mye penger et land bruker på psykisk helse er en funksjon av landets inntekt målt med brutto nasjonal inntekt (BNI) per innbygger [286]. Over 60 % av variasjonen i hvor mye land bruker på psykisk helse per innbygger kan forklares med landets GNI. I Bangladesh - et LICs med GNI på 580 USD per innbygger - bruker 0,03 USD innbygger på psykisk helse. Til sammenlikning bruker Singapore – et HICs med en GNI på 37 220 USD – 26,05 USD innbygger på psykisk helse. Også mellom land med sammenliknbare inntektsnivåer er det betydelige forskjeller i hvor mye de bruker på psykisk helse, f. eks. har Brasil og Libanon sammenliknbare GNI'er, men Brasil bruker 2,6 ganger så mye per innbygger på psykisk helse.

Samlet økonomisk innsats på psykisk helse globalt er estimert til 1,63 USD innbygger per år (median). Dette tallet varierer betydelig med inntekt per innbygger og inntektsgruppeklassifisering. Mens medianen for innsatsen på psykisk helse i LICs er mer enn 200 ganger lavere enn i HICs, er medianen for GNI i LICs bare 76 ganger lavere enn den i HICs. Det tyder på at inntektsnivå i et land bare i begrenset grad kan forklare finansieringsforskjellene.

En tilleggsfaktor som trolig bidrar til slike inntektsbaserte forskjeller er ulikhet i rater av infeksjonssykdommer som HIV/AIDS, tuberkulose, og malaria. De fattigste landene har høyere rater av slike sykdommer og vil derfor ha en tendens til å benytte en større andel av sine helsebudsjett til smittsomme enn til ikke-smittsomme sykdommer [11].

Andelen av myndighetenes helseutgifter som går til psykisk helse kan brukes som en indikasjon på prioriteringen av psykisk helse i offentlig helsesektor. På dette målet er medianprosenten for helseutgifter som er avsatt til psykisk helse globalt 2,8 %. LICs bruker lavest andel på psykisk helse. I LICs er medianen på 0,5 %, sammenlignet med de lavere MICsene, 1,9 %, høyere MICsene, 2,4 % og HICs, 5,1 %.

Desentralisering

Et av prinsippene som er lagt inn i WHO's mental health Gap Action Programme (mhGAP), er desentralisering av psykisk helseressurser gjennom å dreie behandling fra institusjonalisert omsorg i psykiatriske sykehus til primærhelsetjenesten [287].

I tråd med dette, tjener andelen psykisk helseutgifter allokert til psykiatriske sykehus som en proxy for konsentrasjon og prioritering av institusjonalisert omsorg i et land. I følge Atlas 2011, brukes nesten 73 % av alle ressursene til psykisk helseutgifter på psykiatriske sykehus i LMICs, sammenlignet med 54 % i HICs, i Norge langt mindre. Andreoli og medarbeidere fant at i Brasil, falt psykisk helseutgiftene som andel av de totale helseutgiftene fra 5,8 % i 1995 til 2,3 % i 2005, hovedsakelig på grunn av et betydelig fall i budsjettet allokert til psykiatriske sykehus, som falt fra nesten 96 % til 50 % av budsjettet for psykisk helse. I samme periode så man imidlertid en økning i budsjettet til lokalbaserte tjenester, fra mindre enn 1 % til 15 %. I India økte budsjettet til psykisk helse fra litt over 6 millioner USD i perioden fra 1997 - 2002 til 210 millioner USD i budsjettet for 2008-2012. Likevel er økningen ikke tilstrekkelig til å

støtte alle psykiske helsebehov i befolkningen. Selv de allokerte midlene brukes ikke effektivt eller sosialt likeverdig.

Vi mangler fortsatt grunnleggende data om landenes finansiering av psykisk helse. Bare litt over 1/3 av landene som er med i Project Atlas var i stand til å oppgi et dollarbeløp for hva de brukte på psykisk helse. Dette reiser spørsmål om representativiteten ved utvalget. I tillegg til overflatiske indikatorer som psykisk helseutgifter per innbygger, ba man også land om å dokumentere sine finansierings- og betalingssystemer hvis noe slikt fantes.

Informasjon om et lands betalingssystem kan gi viktig kunnskap om insentiver og straffer for helse- og omsorgsarbeidere, som igjen vil virke inn på nivået og kvaliteten av omsorgen [288].

I Kina mottar leger større kompensasjon jo mer medisiner til høyere kostnader de forskriver. Det fører til betydelig overforskriving og overforbruk, særlig i helsetjenestene i privat sektor der profittmarginene er et viktig mål på suksess [289]. Fordi psykisk helsehjelp kan være dyrt på grunn av langvarig behandling, er det viktig å redusere pasientens egenbetaling til et minimum. Her reiser det seg mange spørsmål:

Skal trygder og sosiale ytelser utgjøre et likt kronebeløp for alle, eller være avhengig av tidligere inntekt? Spørsmålet har i tidligere tider stått sentralt i debatten om velferdsstaten. Fremveksten av velferdsstaten fra slutten av det 19. århundret fulgte grovt sett to spor, Beveridge- eller Bismarck-modellen.

Den første modellen er oppkalt etter en omfattende plan for velferdsstaten lagt frem av William Beveridge i 1942 og iverksatt av den britiske Labour-regjeringen i 1946. Beveridge-planen bygde på den velferdstankegangen som var dominerende i Storbritannia, New Zealand, Nederland og Skandinavia før 2. verdenskrig. Kjernen i denne modellen er universelle flate ytelser, og hovedformålet var å hindre fattigdom. Også de offentlige norske pensjonsordningene besto av flate ytelser frem til innføringen av folketrygden i 1967. I dag er begrepet fattigdom noe foreldet, i hvert fall dersom man bruker det i absolutt og ikke relativ betydning, slik at vi heller kan snakke om å sikre en rimelig minstestandard for alle.

Den konkurrerende modellen, helseforsikring knyttet til arbeidsforhold, ble først utviklet av Bismarck i Tyskland. Den første inntektsavhengige offentlige pensjonsordningen ble innført

der i 1889. Kjernen i denne modellen er altså at ytelsene står i forhold til tidligere inntekt. Bismarcks motiv var å demme opp for sosialistiske ideer i den sterkt voksende industriarbeiderklassen og dermed sikre sosial stabilitet ved å "bestikke" denne med velferdsgoder. Hans mål var ikke primært å bekjempe fattigdom siden trygdeordningene var rettet mot en gruppe som allerede var på vei ut av fattigdommen, industriarbeiderne. Italia, Frankrike og USA innførte trygdeordninger etter Bismarck-modellen i mellomkrigstiden. Selv om det er en forenkling å kalle Bismarck-modellen konservativ og Beveridge-modellen sosialdemokratisk, er det påfallende at land med en sterk arbeiderbevegelse ofte valgte den siste. Dette er naturlig, siden denne modellen legger vekt på fattigdomsbekjempelse og er omfordelende, mens Bismarck-modellen ligger nærmere en "borgerlig" forsikringslogikk – de som yter mest skal også få mest.

I etterkrigstiden og frem til 1990-tallet beveget de fleste land seg i retning Bismarck-modellen. I noen land, som Norge og Storbritannia, en inntektsavhengig ytelse ble lagt på toppen av den flate offentlige grunnpensjonen. I andre land, som Danmark og Nederland, ble kollektive tjenestepensjoner og andre trygdeordninger fremforhandlet i arbeidslivet og ble i praksis obligatoriske. Det er minst tre grunner til at inntektsavhengige ytelser er blitt mer utbredt og i dag har nesten universell oppslutning – økonomiske, demografiske og politiske. Den økonomiske veksten i de fleste vestlige land i etterkrigstiden var god, og den demografiske utviklingen gunstig. Fra sekstitallet kom store etterkrigskull ut i arbeid, mens det fremdeles var relativt få gamle og lav arbeidsledighet. Det var derfor mange til å dele kostnadene ved utvidede sosiale ordninger. Dette ga grunnlag for et høyere ambisjonsnivå for velferdsstaten. Fattigdomsbekjempelse ble et mindre dominerende motiv, både fordi den høye veksten bidro til å dempe problemet, og fordi staten hadde råd til begge deler, både fattigdomsbekjempelse og standardsikring.

I land der helseforsikring ikke er obligatorisk eller universell, er psykisk helsehjelp gjerne tilgjengelig bare for dem som er i arbeid eller bor i større byer. Private forsikringer medfører spesiell risiko. Dette ser vi tydelig i USA der private forsikringsinstitusjoner kan begrense psykisk helsehjelp til spesifikke metoder, institusjoner og tidsperioder [290]. Oppsummert er finansieringsmetoder for psykisk helsehjelp - på tvers av land - langt fra ideell. Større

innsats fra de enkelte regjeringer er nødvendig for å redusere den finansielle belastning for befolkningene.

Informasjonssystemer og helseanalyse

Etablering av gode informasjonssystemer danner et kritisk rammeverk for å kunne evaluere struktur og levering av psykiske helseressurser i et lands helsesystem. Innsamling av informasjon gjennom organiserte datainnsamlingsystemer gir oversikt over system-input, dvs. nivået og fordelingen av ulike ressurser som er kritiske for å identifisere svikt, mangler og områder som bør styrkes. Datainnsamling og analyse gjør det også mulig å få oversikt over output, inkludert antall og demografisk fordeling av individer som søker behandling ved ulike fasiliteter, tilgjengelighet av ulike typer tjenester til individer og hvorvidt de samme eller ulike individer søker behandling over tid [291].

De fleste av landene som svarte i Atlas 2011 rapporterte at de samlet data på antallet inntak på psykiatriske sykehus (80 %), allmennsykehus (73 %), polikliniske enheter (68 %) og dagbehandlingenheter (63 %). I kontrast til dette, rapporterte færre land at de samlet inn data på pasientnivå i primærhelsetjenesten (56 %) og lokale boligheter (34 %). Data på diagnoser og tjenestebrukerenes alder og kjønn ble også innsamlet sjeldnere enn informasjon om inntak. Utover disse grunnleggende - og enkle - estimatene i Prosjekt Atlas, er det fortsatt uklart hvorvidt land samler inn psykisk helsedata på lokalt-, distrikts- og regionalt nivå. Landene leverer ikke detaljer om informasjonssystemenes infrastruktur, herunder om kliniske journaler lagres som papirkopi eller i elektronisk form, eller om man krever at helsepersonell kan dokumentere informasjon om pasienten på en ensartet måte. Dette medfører at kvalitetsnivået og påliteligheten av estimatene (f. eks. inntaksrater) som leveres til WHO varierer dramatisk fra land til land.

Global psykisk helse i internasjonal politikk

De siste årene er mye blitt gjort for å få global psykisk helse opp på den internasjonale agendaen. Bakgrunnen for dette er en voksende erkjennelse av at positiv psykisk helse er klodens viktigste ressurs og at nøkkelen til verdenssamfunnets suksess er at befolkningen har god psykisk helse. Samtidig er verdens beslutningstakere i økende grad klar over at psykiske lidelser er den mest tabubelagte og stigmatiserte sykdomsgruppen av alle [292]. I

tillegg er den den sykdomsgruppen som belaster verdenssamfunnet tyngst [28, 293]. Global Burden of Disease-rapporten utgitt av WHO, Verdensbanken og Harvard University og the U.S. Surgeon Generals rapport Mental Health fra 1999 har vært blant de viktigste milepælene til å gjøre verdenssamfunnet bevisst på dette [294].

Under Gro Harlem Brundtlands ledelse ble psykisk helse i 2001 for første gang tema for Verdens helseorganisasjons (WHO)s World Health Report [295]. Samme år var også psykisk helse tema for møtet i Verdens helseforsamling og WHO satte i gang en rekke kampanjer for å redusere fordommene mot dem som rammes av psykiske lidelser. Det var i løpet av tiåret som fulgte at slagordet «Ingen helse uten psykisk helse» ble tatt i bruk. Senere fikk organisasjonen alle helseministrene i Europa til å stille seg bak en ambisiøs plan for psykisk helse i regionen [296]. Som en oppfølging iverksatte EU et stort prosjekt for å utvikle en samlet psykisk helsestrategi for medlemslandene [297, 298].

Signeringen av en ny FN-konvensjon for funksjonshemmede, inkludert mennesker med psykososiale funksjonshemminger (psykiske problemer) eller utviklingshemming i 2006 var også et stort framskritt, ettersom dette var den første rettslig bindende konvensjonen som sikrer verdens funksjonshemmede de samme rettighetene som alle andre [299].

Psykisk helse er satt på dagsordenen i mange fora. OECD har inkludert psykisk helse i sitt kvalitetsprosjekt (Health Care Quality Indicator, HCQI) [300]. Her sammenlignes landene gjennom bruk av anbefalte indikatorer for psykisk lidelse. Eksempler er selvmordsrater og ikke-planlagte gjeninnleggelser for schizofreni og bipolare lidelser. Men OECD slår fast at tilgang på relevante og pålitelige data gjør sammenligninger vanskelig på det nåværende tidspunkt.

Global handlingsplan

WHO har vedtatt en resolusjon (2012) og en handlingsplan for global psykisk helse (2013) for perioden 2013 til 2020 [4]. Denne handlingsplanen er en formell anerkjennelse av viktigheten av psykisk helse for Verdens helseorganisasjons 194 medlemsland og en utfordring til disse landene om å sette i verk bestemte tiltak for å bedre befolkningens psykiske helse og bidra til oppnåelse av et sett med globale målsetninger. I denne satsingen

inkluderer WHO psykiske lidelser, nevrologiske sykdommer og rusmisbruk. Handlingsplanen bygger på følgende visjoner, prinsipper og hovedmålsettinger:

Visjoner

- En verden der psykisk helse blir verdsatt, fremmet og beskyttet.
- En verden der psykiske lidelser blir forebygget.
- En verden der personer som rammes av psykiske lidelser får sikret sine menneskerettigheter.
- En verden der disse får tilgang på god faglig behandling tilpasset den lokale kulturen.
- En verden der disse får tilgang på omsorgstjenester som fremmer rehabilitering.
- En verden som sikrer så god helsetilstand for disse som overhodet mulig og gir mulighet til å delta i samfunn og arbeidsliv uten å oppleve stigmatisering og diskriminering.

Prinsipper

Universell helsedekning, menneskerettigheter, kunnskapsbasert praksis, livsløp-tilnærming, tverrfaglighet, «empowerment» og inkludering av mennesker med psykiske lidelser og psykososiale funksjonshemninger.

Hovedmålsettinger

Hovedmålsettingene i handlingsplanen er som følger: Fremme psykisk velvære, forebygge psykiske lidelser, sikre tilgang til behandling og omsorg, styrke rehabilitering, fremme menneskerettigheter og redusere dødelighet, sykelighet og funksjonshemming for mennesker med psykiske lidelser.

Framskritt skal måles med et sett indikatorer. I the Comprehensive mental action plan 2013-2020 er disse indikatorene gjennomgått i detalj. Målsettingene er frivillige og globale og det er derfor ikke forventet at hver eneste medlemsstat skal oppnå dem alle, men at de i varierende grad skal bidra, slik at WHO's medlemmer sammen kan nå dem.

Nummer	Global målsetting	Område
Global target 1.1	80 % av landene skal ha utviklet eller oppdatert sine planer for psykisk helsepolitikk på linje med internasjonale og regionale menneskerettighetsinstrumenter innen 2020.	Politikk
Global target 1.2	50 % av landene skal ha utviklet eller oppdatert sine lover for psykisk helse på linje med internasjonale og regionale menneskerettighetsinstrumenter innen 2020.	Lovverk
Global target 2	Tjenestedeckningen for alvorlige psykiske lidelser skal ha økt med 20 % innen år 2020.	Helsetjenester
Global target 3.1	80 % av landene skal ha minst to virksomme nasjonale psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende programmer som omfatter flere sektorer innen 2020.	Helsefremming og sykdomsforebygging
Global target 3.2	Selvmoordsraten i landene skal reduseres med 10 % innen 2020.	Selvmoordsforebygging
Global target 4	80 % av landene skal rutinemessig samle inn og rapportere minst et kjernesett av psykisk helseindikatorer hvert annet år gjennom sine nasjonale helse- og sosial informasjonssystemer innen 2020.	Informasjonssystemer og forskning

WHO har også gitt ut en veileder for investering i psykisk helse: Investing in Mental Health: Evidence for Action 2013 [15]. Her beskrives hva aktører kan gjøre for å endre sosiale holdninger og forme politikken rundt psykisk helse.

I desember 2013 ble WHO's MiNDbank lansert [301]. Det er en web-basert plattform som søker å bringe et menneskerettighetsperspektiv nærmere arbeidet med psykisk helse. Det er et resultat av the Quality Rights Project, WHO's flaggskipkampanje for å styrke behandlingen av og bekjempe menneskerettighetsbrudd mot personer med psykiske og psykososiale

lidelser. MiNDbank er en database om sentral politikk, strategier, lovgiving og tilbudsstandarder for psykisk helse, narkotikamisbruk, generell helse, funksjonshemninger, menneskerettigheter og utvikling.

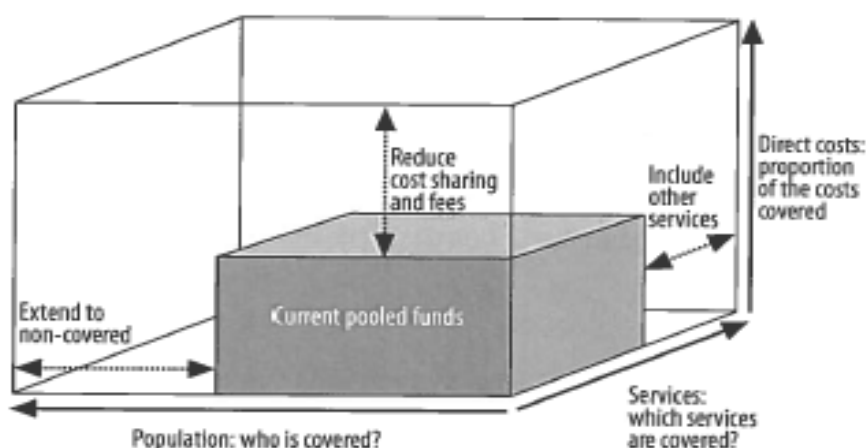
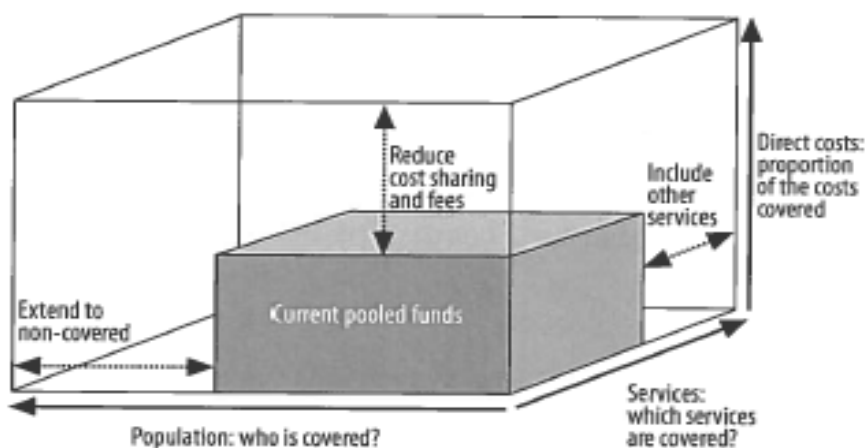
I tillegg til målet om å bekjempe menneskerettighetsbrudd, håper man at plattformen kan brukes som verktøy for promoteringen av menneskerettighetene til personer med psykiske lidelser innen forskning, påvirkningsarbeid, opplæring og klinisk praksis.

Universell helsedekning

Universell helsedekning («Universal health coverage» - UHC) defineres som en tilstand der alle som trenger helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende eller lindrende helsetjenester skal få dette uten å bli påført en urimelig finansiell belastning. WHO og Verdensbanken publiserte på slutten av 2013 retningslinjer for hvordan medlemslandene skal overvåke utviklingen mot universell helsedekning. Det er sannsynlig at UHC blir et element i oppfølgingen av det som kalles Post 2015, det globale samarbeidet, når fristen for Tusenårsmålene er passert. Psykisk helse kommer i denne sammenhengen inn under kroniske tilstander og skader, som ikke var med under Tusenårsmålene. Det foreslås intervensjoner på befolkningsnivå og lokalnivå innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tre dimensjoner er særlig aktuelt å vurdere når man skal innføre UHC (Table 2). For nærmere informasjon om UHC, se:

http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/facts/en/index6.html

Tabell 2. Universell helsedekning - Tre dimensjoner



Fra overlevelse til utvikling

I en artikkel i the Lancet i mai 2013 peker generaldirektør i WHO, Margaret Chan på de store fremskrittene som er oppnådd når det gjelder tusenårsmål nummer fire - å redusere barnedødeligheten. Antallet dødsfall blant barn under fem år har gått ned fra 12 millioner i 1990 til mellom seks og ni millioner i 2011. Men, spør hun: «Har de overlevende barna en lik sjanse til å realisere sitt menneskelige potensiale, oppnå sosial rettferdighet og bidra til en bærekraftig utvikling? Det globale samfunnet har en forpliktelse til å sikre at alle barn får utvikle sin fulle kapasitet, ikke bare som en menneskerett, men også for rettferdig velstand og bærekraftig utvikling av samfunnet».

Chan mener dokumentasjonen for at man bør utvide agendaen fra barns overlevelse til også å omfatte barns utvikling nå er overbevisende [302]. «Fremme av barns utvikling er en investering i et lands fremtidige arbeidsstyrke og kapasitet til å vokse økonomisk og som samfunn», skriver hun.

I rapporten «Mental Health and Development», utgitt av Verdens helseorganisasjon i 2010 [235], slås det fast at mennesker med psykiske lidelser er blitt oversett som mål for utviklingsprogrammer: I LICs utgjør for eksempel depresjon et nesten like stort problem som malaria (3,3 % versus 4,0 % av den totale sykdomsbyrden), men mottar bare en brøkdel av den økonomiske støtten som kampen mot malaria får. Center for Global Mental Health sin 5. konferanse i 2013 dokumenterte likevel at det de siste 10 år har vært en kraftig økning i vestlige lands investering i global psykisk helse og at denne innsatsen i stor grad er rettet mot verdens fattigste land [303]. Særlig er Storbritannia gjennom Center for global mental health ved Kings College og Institute of Psychiatry en pioner i dette arbeidet. En rekke store samarbeidsprosjekter pågår (NECTAR, PRIME, AFFIRM, BASICNEEDS, KEMRI, SMMHEP).

Mer enn 90 prosent av denne virksomheten er direkte eller indirekte helsetjenesterrettet. Det vil si den er rettet mot mennesker som allerede har utviklet psykiske lidelser (Global target 2 og delvis 1.1 og 1.2). Tiltak som tar sikte på å fremme psykisk helse og å forebygge psykiske lidelser (Global target 3.1, 3.2 og 4 og delvis target 1.1 og 1.2) er mindre utviklet. Mens vi innen target 4 ser en økende satsing på forskningssamarbeid, er satsingen på utvikling av informasjonssystemer foreløpig svak. Dette er særlig utfordrende fordi utvikling av gode informasjonssystemer er en forutsetning for å kunne vurdere om WHO's mål blir nådd. Enda viktigere er det antakelig å få dreiet satsingen slik at det blir en bedre balanse mellom satsing på helsetjenester for dem som allerede er blitt syke og på satsing på psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak som kan styrke befolkningens samlede psykiske helse og redusere antallet nye tilfeller av sykdom. I det lange løp er det slike tiltak som vil ha størst effekt på å bygge et psykisk friskere folk og styrke produktivitet, menneskerettigheter og demokrati i LMICs.

Humanitær bistand

Det er åpenbart at psykisk helse er skadelidende i krigs- og katastrofesituasjoner. Det gjelder både under selve katastrofen og senere. Angst, utrygghet, familiesplittelser, manglende tillit,

misbruk, alkohol og stoff umyndiggjøring er ofte beskrivende for situasjonen. Psykiske symptomer er hodepine, tretthet, appetittløshet, smerter, angst og frykt, oppfarehet, søvnevansker og mareritt, irritabilitet, skyldfølelse, desorientering og tilbaketrekning. WHO har utarbeidet en skisse for nødhjelpsintervensjon. Denne er som en pyramide med intervensjoner fra grunnleggende førstehjelp til spesialisert behandling for å bistå land i deres arbeid med å gi adekvat humanitær assistanse på dette feltet. De fleste som er ofre for krig og katastrofer vil komme seg over tid hvis deres viktigste behov blir møtt og de får den støtten de trenger.

Global psykisk helse i norsk politikk

I begynnelsen av 2012 la regjeringen Stoltenberg fram en stortingsmelding om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken som den første norske regjering noen gang [304]. I kommentarene til meldingen trakk flere høringsinstanser, så vel som Stortingets utenrikskomité frem behovet for å styrke psykisk helse som en del av Norges internasjonale helseinnsats [305-308]. Da Stortingsmeldingen ble behandlet i Stortinget 29. mai 2012 viste saksordfører Dagfinn Høybråten (KrF) til disse merknadene og til at menneskerettighetene «anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende» (artikkel 12 i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter)[305].

Prioriteringer

Melding til Stortinget nr. 11 (2011-2012) om Global Helse i utenriks- og utviklingspolitikken legger klare prioriteringer for en samlet norsk global helsepolitikk fram til 2020 [304].

Politikken har tre satsingsområder:

- Mobilisere for kvinner og barns rettigheter og helse
- Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
- Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Stortingsmeldingen viderefører arbeidet med å nå tusenårsmålene, og med å bygge opp helsesystemer. Videre legger meldingen økt vekt på arbeidet mot ikke-smittsomme sykdommer og helseproblemer som er et økende problem også i LMICs. Betegnelsen «psykiske lidelser» er nevnt fem ganger i meldingen og psykisk helse - en gang. På side 26

pekes det på den systematiske diskrimineringen som personer og familier med psykiske lidelser utsettes for i mange land. Det blir presisert at dette er noe regjeringen vil gjøre noe med ved å arbeide for større åpenhet om psykiske lidelser internasjonalt. Dette blir gjentatt på side 28 under prioriteringer, hvor det heter at «regjeringen vil bidra til økt kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser». I tillegg viser meldingen blant annet til at rett til liv og overlevelse og optimal utvikling er et av hovedprinsippene i FNs barnekonvensjon. Det presiseres også at de tidlige barneårene er den viktigste perioden for all utvikling. Da legges grunnlaget for utdannings- og arbeidsmuligheter og man har mulighet til å redusere risikoen for underernæring, overvekt, psykiske problemer, hjertesykdom og sosiale problemer senere i livet.

Kvinner og barn

Å mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse blir fremholdt som regjeringens fremste prioritering. FNs tusenårsmål – spesifikt nr. 3, 4, 5 og 6 inneholder ambisiøse målsetninger for dette. Norge tok under regjeringen Stoltenberg et særlig ansvar for å bidra til tusenårsmål nr. 4 og 5 for å redusere barne- og mødredødeligheten. Det er fortsatt behov for en forsterket internasjonal innsats for å nå disse målene.

Siden stortingsmeldingen om global helse ble lagt fram, har det vært regjeringsskifte i Norge. Regjeringen Solberg har fremholdt behovet for å satse på psykisk helse. Den nye regjeringen lover i sin politiske plattform også «å videreutvikle innsatsen innen global helse, særlig innen kvinne- og barnehelse» og «å støtte demokratisk, økonomisk og sosial utvikling.» «Støtte skal gå til prosesser som er mest mulig effektive, som skaper varig endring og som styrker enkeltmenneskers evne til å ta vare på seg selv, sin familie og sine samfunn» [309].

For å nå disse målene må psykisk helse integreres i arbeidet da barns utvikling er avhengig av trygge og stimulerende omgivelser og kompetente mødre. Befolkningens psykisk helse er av stor betydning for samfunnets evne til bærekraftig utvikling.

Hva kan Norge bidra med?

Fattigdomsbekjempelse, demokratiutvikling og rettferdig fordeling er overordnede mål for Norges utviklingspolitikk. FNs tusenårsmål er førende, og i dette arbeidet blir det sett på som

viktig å utnytte norske fortrinn og erfaringer. Det vil si at norsk bistand skal tilbys der Norge regnes å ha særskilt kompetanse [310].

Norge har en lang tradisjon i å drive bistand- og utviklingsarbeid innen helsefeltet. Dette er erfaringer som kan utnyttes i arbeidet med psykisk helse i LMICs.

Norge støtter WHO's handlingsplan for psykisk helse og det vil være naturlig at innsatsområdene i planen støttes.

Internasjonalt er det behov for en sterkere satsing på tiltak som kan styrke befolkningens samlede psykiske helse (mental kapital) og redusere antallet nye tilfeller av sykdom (forebygging). En slik satsing vil være i tråd med den nye regjeringens mål for utviklingspolitikken og løfter i Sundvoldenerklæringen om å gi støtte til «prosesser som skaper varig endring, og som styrker enkeltmenneskers evne til å ta vare på seg selv, sin familie og sine samfunn».

Der det er mulig, bør innsatsen for psykisk helse samordnes med innsatsen for fysisk helse. For eksempel kan man vurdere forebygging av psykiske lidelser knyttet til det arbeidet som allerede pågår med mødres og barns helse. Psykisk helsefremmende tiltak for spedbarn kan koordineres med andre tiltak i svangerskaps- og barseltid og småbarnsalder, f. eks. Saving Mothers Giving Life (SMGL), the harmonized Reproductive Health Registries (hRHR) Initiative og ulike vaksinasjonsprogrammer. Andre samarbeidsområder kan være NCD, informasjonssystemer, forskning og utvikling av politikk og lovverk.

Norske fortrinn innen psykisk helse

Psykisk folkehelseforskning og kunnskapsbasert forebygging

Norge er sammen med Finland, Nederland og Storbritannia ledende på forskning og helseanalyse innen psykisk folkehelse [311]. Kunnskapsbasert rådgivning om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak er hovedformål for denne virksomheten. Her bør det ligge et stort potensial for faglig samarbeid mellom nord og sør.

Avstigmatisering

Det er få land der åpenhet om psykisk helse og avstigmatisering av psykiske lidelser har kommet så langt som i Norge. Da daværende statsminister Kjell Magne Bondevik ble sykemeldt på grunn av en depressiv reaksjon i august 1998, fikk det pressedekning over hele verden. Avstigmatisering er første skritt for å komme i gang med befolkningsrettet psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Norge har gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse lang erfaring i hvordan dette kan gjøres. For norsk bistand kan normalisering og avstigmatisering av psykiske lidelser bli et satsingsområde.

Lovgivning

Den nye loven om folkehelse er en av verdens mest moderne og radikale. Loven bygger på prinsippet om «helse i alt vi gjør», og den omfatter psykisk helse. Det er gjennom lovgivning land bygges; lov er politikk uttrykt i juridiske paragrafer. Selv om nasjonal psykisk helsepolitikk og helseplaner nok danner et viktig grunnlag for et virksomt psykisk helsesystem, er psykisk helselovgivning enda viktigere for å sikre rettighetene til og beskytte mennesker med psykiske lidelser.

I mange land er mennesker med psykiske lidelser fratatt alminnelige politiske og borgerlige rettigheter, og utsettes mer enn andre for sosial utstøting, diskriminering, vold og brudd på menneskerettighetene. God psykisk helselovgivning er et svært viktig instrument i arbeidet for å fremme menneskeverd, psykisk helse og beskytte enkeltmenneskers autonomi.

Desentralisering av tjenester

Tiltakene som fulgte Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 moderniserte og desentraliserte psykisk helsehjelp og ga Norge erfaring fra lokal organisering av psykisk helsehjelp. En slik utvikling bort fra store psykiatriske institusjoner til psykisk helsehjelp som en integrert del av det lokale helsetilbudet er anbefalt av WHO. Norge assisterer allerede - i rollen som donorprogrampartner under EØS-avtalen - flere MICs i EU med å få til tilsvarende prosesser.

E-helse og m-helse.

Norge ligger langt fremme både innen forskning og utvikling og innen implementering av elektronisk kommunikasjon og innen utvikling og bruk av dette innen et bredt register av helsetjenester, inkludert psykisk helse. Potensialet for å kople psykisk helse til eksisterende prosjekter innen f.eks. reproduktiv helse er stort.

Bilateral kapasitetsutvikling

Norge deltar i dag en rekke bilaterale prosjekter innen global psykisk helse. Mange av disse, kanskje særlig de der det er forskning involvert, vil genere kunnskap og erfaring. Den bilaterale innsatsen bør opprettholdes og styrkes. Det er stort behov for koordinering og strategisk styring av ressursene. Det er behov for et norsk faglig forum der aktørene kan møtes og utveksle erfaringer. «Nettverk for global mental helse i Norge», som i dag er et uformelt nettverk, kan bygges opp til å bli et slikt forum.

Norge bør også inngå samarbeid med andre land som har gode programmer og der norsk deltakelse kan styrke programmene eller gi synergieffekter til disse, f. eks. Scottish-Malawian-Mental-Health og Grand Challenges Canadas satsing på global psykisk helse.

Anbefalinger

Oppsummert vil vi anbefale at følgende inngår i norsk bistands- og utviklingspolitikk på psykisk helse:

- Befolkningens psykiske helse er blant de minst systematisk utnyttede ressursene med det største utviklingspotensialet i mange lavinntektsland. Det er stort behov for helseanalyse, forskning, kapasitetsbygging og kunnskapsbasert rådgivning som kan bidra til kostnadseffektivt å fremme befolkningenes psykiske helse, styrke landenes mentale kapital og forebygge at nye tilfeller av psykisk sykdom oppstår.
- I mange lavinntektsland er det behov for å kartlegge og analysere hvordan psykiske helseinitiativ og tjenester i bred forstand leveres.
- Normalisering og avstigmatisering av psykiske lidelser er en grunnleggende forutsetning for å endre dagens psykiske helsesituasjon og kan bli en norsk merkevare.
- Innsatsen på psykisk helse bør samordnes med innsatsen på fysisk helse, med primærhelsetjenesten som grunnmur. Planer for psykisk helse, nevrologiske lidelser og rusmiddelmissbruk må så langt som mulig integreres i bredere planer for post-2015 mål. Integrering er smart, det sikrer nærhet, kontinuitet og koster mindre enn parallelle særomsorger.

- Tiltak knyttet til svangerskap, barseltid og småbarnsalder har størst potensial. Norge kan gi et vesentlig bidrag ved å støtte integrering av psykisk helse i programmer for mødre- og barnehelse.
- Løft psykisk helse på den internasjonale menneskerettighetsagendaen. I mange land er mennesker med psykiske lidelser fratatt alminnelige politiske og borgerlige rettigheter, og utsettes mer enn andre for sosial utstøting, diskriminering og vold.
- Styrk lovgiving for psykisk helse. God psykisk helselovgivning og hensyntaken til psykisk helse i annen lovgiving («mental health in all policies») er svært viktige instrumenter i arbeidet for å fremme psykisk helse, sikre menneskerettigheter for psykisk syke og beskytte enkeltmenneskers autonomi.
- Invester i kunnskap som kan hjelpe barn og unge som har opplevd krig og konflikter. Det er behov for bedre kunnskapsgrunnlag for hva som er virksomme og effektive tiltak for barn og unge som er berørt av væpnete konflikter.
- Norges ledende posisjon i desentralisering av psykiske helsetjenester bør kunne gi kraft til arbeid med utvikling og modernisering av psykiske helsetjenester.
- Norges erfaring med elektronisk kommunikasjon (m-helse, e-helse, telemedisin) kan utnyttes i arbeidet med psykisk helse, fortrinnsvis integrert med eksisterende tiltak på annen helse.

Avsluttende betraktninger

I arbeidet med psykisk helse i bistands- og utviklingspolitikken er det naturlig å bygge på WHO's handlingsplan for psykisk helse [4]. Et av målene i WHO's handlingsplan for psykisk helse er effektive helsetjenester med lav kostnad, høy tilgjengelighet og trygghet (jfr. WHO's handlingsplan for psykisk helse, target 2). Effektive tjenester til lav kostnad bør alltid understøttes. Det vil også være nærliggende for Norge å bygge videre på de nettverk og det samarbeidet Norge allerede har med andre land (Se vedlegg).

Nitti prosent av de vestlige lands investering i global psykisk helse er direkte eller indirekte tjenesterettet. Det er til dels store programmer. En systematisk gjennomgang av tjenester og

forskning kan gi grunnlag for dreining mot lav kostnad og høy tilgjengelighet over tid. Samtidig skal man ikke undervurdere den opplæringseffekt, alminneliggjøring og avstigmatisering som psykiske tjenester i lokalsamfunnet gir. Likevel, tatt i betraktning at så mange store operatører allerede er i virksomhet med kliniske tjenester, kan det være at både Norge og de aktuelle samarbeidslandene vil være mer tjent med at Norge spisser utviklingsarbeidet mer på andre områder:

1. **Befolkningsrettet forebygging av psykiske lidelser.** Man kan vurdere å utvikle en handlingsplan for forebygging av psykiske lidelser knyttet til det arbeidet som allerede pågår med mødre og barns helse (jfr. WHO's handlingsplan for psykisk helse, global target 3.1 og 3.2). Virksomheter knyttet til mor og barns psykisk helse bør komme høyt på listen fordi:
 - Det er her det største utviklingspotensialet finnes for landenes mentale kapital.
 - Vi vil kunne oppnå betydelige synergieffekter på grunn av den nære sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse.
 - Vi vil kunne få en relativt rask oppstart fordi Norge allerede er tungt engasjert på disse feltene.
2. **Befolkningstrettet stigmabekjempelse.** Norge kan gå foran i arbeidet med å avstigmatisere psykiske lidelser i LICs. Dette bør kunne bli en av merkevarerne i norsk psykisk helsebistand. Fordi det er en viktig forutsetning for det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet, er dette antakelig det området der en mest mulig effektivt kan skape varig endring som styrker enkeltmenneskers evne til å ta vare på seg selv, sin familie og sine samfunn. F. eks. kan en vurdere om grepene fra Opptappingsplanen for psykisk helse kan tilpasses den sosiale konteksten for spredning av kunnskap om psykiske lidelser i rurale områder (jfr. WHO's handlingsplan for psykisk helse, global target: alle).
3. **Befolkningsrettet forskning, gode informasjonssystemer og helseanalyse (health surveillance).** Ut fra et kjernesett av psykisk helseindikatorer (jfr. WHO's handlingsplan for psykisk helse, target 4), bør man kunne få på plass en strategi for bedre utnyttelse av LICs potensiale for epidemiologiske undersøkelser. Verdensledende Centre for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, London, som Norge har gode kontakter med, vil her kunne være samarbeidspartner.

4. **Psykisk helselovgivning og politikkutvikling med vekt på rettigheter.** Man bør, selv om konteksten er svært ulik, kunne vurdere om noen av prinsippene i norsk lovgivning (jfr. «Folkehelseloven» og «Psykisk helsevernloven») kan inspirere ny lovgivning i LICs (jfr. WHO's handlingsplan for psykisk helse, target 1.2)
5. **M-helse og e-helse.** Norge kan vurdere å tilpasse og teste ut og integrere elektroniske psykisk helseprogrammer - f. eks. «mental health literacy», belastningsmestring, forebygging og behandling av vanlige psykiske lidelser via mobiltelefon – i det arbeidet som allerede pågår innen f. eks. reproduktiv helse.

Referanser

1. Prince, M., et al., *No health without mental health*. Lancet, 2007. 370(9590): p. 859-77.
2. Miranda, J.J. and V. Patel, *Achieving the Millennium Development Goals: does mental health play a role?* PLoS Med, 2005. 2(10): p. e291.
3. Beddington, J., et al., *The mental wealth of nations*. Nature, 2008. 455(7216): p. 1057-60.
4. WHO, *The Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2020*. 2013.
5. Becker, G., *A Theory of the Allocation of Time*. The Economic Journal, 1965. 75: p. 493-517.
6. Ho, L.S., *Principles of Public Policy Practice*. 2001: Kluwer Academic Publishers.
7. *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008) Final Project report – Executive summary*. 2008: London.
8. Patricia J. Mrazek, R.J.H., *REDUCING RISKS FOR Mental Disorders* 1994, Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.
9. Mackenbach, J.P., et al., *The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970-2010*. Eur J Public Health, 2013. 23(6): p. 909-15.
10. Bloom, D.E., et al., *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. 2011.
11. WHO, *The global burden of disease-2004 update*. 2008: Geneva, Switzerland.
12. Vos, T., et al., *Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2012. 380(9859): p. 2163-96.
13. Gore, F.M., et al., *Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis*. The Lancet, 2011. 377(9783): p. 2093-2102.
14. Institute for Health Metrics and Evaluation, *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. 2013, Institute for Health Metrics and Evaluation: Seattle, WA.
15. WHO, *Investing in Mental Health: Evidence for Action*. 2013.
16. Murray, C.J., et al., *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2012. 380(9859): p. 2197-223.
17. Mathers, C. and D. Loncar, *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. 2005.
18. Mathers, C.D., D.M. Fat, and J. Boerma, *The global burden of disease: 2004 update*. 2008: World Health Organization.

19. Olesen, J., et al., *The economic cost of brain disorders in Europe*. Eur J Neurol, 2012. 19(1): p. 155-62.
20. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med, 2006. 3(11): p. e442.
21. Üstün, T.B. and N. Sartorius, *Mental illness in general health care: an international study*. 1995: Wiley. com.
22. Gureje, O., et al., *Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care*. Am J Psychiatry, 1997. 154(7): p. 989-95.
23. Barsky, A.J., E.J. Orav, and D.W. Bates, *Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity*. Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(8): p. 903-10.
24. Wimo, A. and M. Prince, *World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia*. *Alzheimer's Disease International*. London, UK, 2010.
25. Ferri, C., et al., *World Alzheimer Report 2009-Executive Summary*. Edited by: Prince M, Jackson J. London: Alzheimer's Disease International, 2009: p. 1-22.
26. Newton, C.R. and H.H. Garcia, *Epilepsy in poor regions of the world*. Lancet, 2012. 380(9848): p. 1193-201.
27. Ormel, J., et al., *Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world*. Br J Psychiatry, 2008. 192(5): p. 368-75.
28. Prince, M., Raham, A., Myston, R., Weobong, B., *Mental Health and the Global Health and Development Agendas*. , in *Global Mental Health. Principles and Practice*. , V. Patel, Minas, H., Cohen, A., Prince, M., Editor. 2014, Oxford Press. p. 102-115.
29. Lozano, R., et al., *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2012. 380(9859): p. 2095-128.
30. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS medicine, 2006. 3(11): p. e442.
31. Marmot, M., et al., *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. The Lancet, 2008. 372(9650): p. 1661-1669.
32. Bertolote, J.M., et al., *Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey*. Psychol Med, 2005. 35(10): p. 1457-65.
33. Knizek, B.L., et al., *County council politicians' attitudes toward suicide and suicide prevention: a qualitative cross-cultural study*. Crisis, 2008. 29(3): p. 123-30.

34. Hjelmeland, H., et al., *Self-reported suicidal behavior and attitudes toward suicide and suicide prevention among psychology students in Ghana, Uganda, and Norway*. *Crisis*, 2008. 29(1): p. 20-31.
35. Graham, W.J., V.A. Filippi, and C. Ronsmans, *Demonstrating programme impact on maternal mortality*. *Health Policy Plan*, 1996. 11(1): p. 16-20.
36. Patel, V., et al., *Suicide mortality in India: a nationally representative survey*. *Lancet*, 2012. 379(9834): p. 2343-51.
37. Phillips, M.R., X. Li, and Y. Zhang, *Suicide rates in China, 1995-99*. *Lancet*, 2002. 359(9309): p. 835-40.
38. Zhang, J., S. Xiao, and L. Zhou, *Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study*. *Am J Psychiatry*, 2010. 167(7): p. 773-81.
39. Fleischmann, A., et al., *Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries*. *Psychol Med*, 2005. 35(10): p. 1467-74.
40. Cantwell, R., et al., *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. *Bjog*, 2011. 118 Suppl 1: p. 1-203.
41. Frautschi, S., A. Cerulli, and D. Maine, *Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality*. *Int J Gynaecol Obstet*, 1994. 47(3): p. 275-84.
42. Ganatra, B. and S. Hirve, *Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra, India*. *Reprod Health Matters*, 2002. 10(19): p. 76-85.
43. Cavanagh, J.T., et al., *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*. *Psychol Med*, 2003. 33(3): p. 395-405.
44. Phillips, M.R., et al., *Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study*. *Lancet*, 2002. 360(9347): p. 1728-36.
45. Saha, S., D. Chant, and J. McGrath, *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* *Arch Gen Psychiatry*, 2007. 64(10): p. 1123-31.
46. Saz, P. and M.E. Dewey, *Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001. 16(6): p. 622-30.
47. Prince, M., et al., *Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study*. *Lancet*, 2012. 380(9836): p. 50-8.

48. Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M. & Stewart, R. , *Levels of anxiety and depression as predictors of mortality*. British Journal of Psychiatry., 2009. 195(2): p. 118-125.
49. Albus, C., *Psychological and social factors in coronary heart disease*. Ann Med, 2010. 42(7): p. 487-94.
50. Larson, S.L., et al., *Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study*. Stroke, 2001. 32(9): p. 1979-83.
51. Everson, S.A., et al., *Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29-year period*. Arch Intern Med, 1998. 158(10): p. 1133-8.
52. Kodesh, A., et al., *Epidemiology and comorbidity of severe mental illnesses in the community: findings from a computerized mental health registry in a large Israeli health organization*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012. 47(11): p. 1775-82.
53. Chang, C.K., et al., *Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London*. PLoS One, 2011. 6(5): p. e19590.
54. Hannerz, H., P. Borga, and M. Borritz, *Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses*. Public Health, 2001. 115(5): p. 328-37.
55. Wahlbeck, K., et al., *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders*. Br J Psychiatry, 2011. 199(6): p. 453-8.
56. Lawrence, D.M., et al., *Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998*. Br J Psychiatry, 2003. 182: p. 31-6.
57. Ciesla, J.A. and J.E. Roberts, *Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders*. Am J Psychiatry, 2001. 158(5): p. 725-30.
58. Safren, S.A., et al., *Depressive symptoms and human immunodeficiency virus risk behavior among men who have sex with men in Chennai, India*. Psychol Health Med, 2009. 14(6): p. 705-15.
59. Koblin, B.A., et al., *Risk factors for HIV infection among men who have sex with men*. Aids, 2006. 20(5): p. 731-9.
60. Dube, B., et al., *Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS*. J Psychiatry Neurosci, 2005. 30(4): p. 237-46.
61. McArthur, J.C., et al., *Human immunodeficiency virus-associated neurocognitive disorders: Mind the gap*. Ann Neurol, 2010. 67(6): p. 699-714.
62. Sacktor, N., *The epidemiology of human immunodeficiency virus-associated neurological disease in the era of highly active antiretroviral therapy*. J Neurovirol, 2002. 8 Suppl 2: p. 115-21.

63. Jacob, K.S., et al., *Mental health systems in countries: where are we now?* Lancet, 2007. 370(9592): p. 1061-77.
64. Alem, A., et al., *How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia.* Acta Psychiatr Scand Suppl, 1999. 397: p. 40-7.
65. Nsereko, J.R., et al., *Stakeholder's perceptions of help-seeking behaviour among people with mental health problems in Uganda.* Int J Ment Health Syst, 2011. 5: p. 5.
66. Ssebunnya, J., et al., *Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda.* BMC Int Health Hum Rights, 2009. 9: p. 5.
67. Adewuya, A.O. and A.A. Oguntade, *Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2007. 42(11): p. 931-6.
68. Thara, R., S. Kamath, and S. Kumar, *Women with schizophrenia and broken marriages--doubly disadvantaged? Part I: patient perspective.* Int J Soc Psychiatry, 2003. 49(3): p. 225-32.
69. Thara, R., S. Kamath, and S. Kumar, *Women with schizophrenia and broken marriages--doubly disadvantaged? Part II: family perspective.* Int J Soc Psychiatry, 2003. 49(3): p. 233-40.
70. Charles, H., S.D. Manoranjitham, and K.S. Jacob, *Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, south India.* Int J Soc Psychiatry, 2007. 53(4): p. 325-32.
71. Kohrt, B.A. and I. Harper, *Navigating diagnoses: understanding mind-body relations, mental health, and stigma in Nepal.* Cult Med Psychiatry, 2008. 32(4): p. 462-91.
72. de Toledo Piza Peluso, E. and S.L. Blay, *Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004. 39(12): p. 955-61.
73. Corrigan, P.W., F.E. Markowitz, and A.C. Watson, *Structural levels of mental illness stigma and discrimination.* Schizophr Bull, 2004. 30(3): p. 481-91.
74. Henderson, S., C.L. Stacey, and D. Dohan, *Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department.* J Health Care Poor Underserved, 2008. 19(4): p. 1336-49.
75. Corrigan, P.W., *The impact of stigma on severe mental illness.* Cognitive and Behavioral Practice, 1998. 5(2): p. 201-222.
76. Al-Krenawi, A., et al., *Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel.* Int J Soc Psychiatry, 2004. 50(2): p. 102-14.
77. Lyons, M. and J. Ziviani, *Stereotypes, stigma, and mental illness: learning from fieldwork experiences.* Am J Occup Ther, 1995. 49(10): p. 1002-8.

78. Vaughan, G. and C. Hansen, *'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness*. *Australas Psychiatry*, 2004. 12(2): p. 113-7.
79. Satorius, N., Schulze, H., *Reducing the stigma of mental illness. A report from a global programme of the World Psychiatric Association*. 2005: Cambridge, UK.
80. Shibre, T., et al., *Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2001. 36(6): p. 299-303.
81. Gureje, O., et al., *Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria*. *Br J Psychiatry*, 2005. 186: p. 436-41.
82. Crabb, J., et al., *Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey*. *BMC Public Health*, 2012. 12: p. 541.
83. Thara, R. and T.N. Srinivasan, *How stigmatising is schizophrenia in India?* *Int J Soc Psychiatry*, 2000. 46(2): p. 135-41.
84. Thara, R. and T.N. Srinivasan, *Outcome of marriage in schizophrenia*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1997. 32(7): p. 416-20.
85. Raguram, R., et al., *Schizophrenia and the cultural epidemiology of stigma in Bangalore, India*. *J Nerv Ment Dis*, 2004. 192(11): p. 734-44.
86. Kleinman, A. and D. Mechanic, *Some observations of mental illness and its treatment in the People's Republic of China*. *J Nerv Ment Dis*, 1979. 167(5): p. 267-74.
87. Phillips, M.R., et al., *Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China*. *Br J Psychiatry*, 2002. 181: p. 488-93.
88. Fabrega, H., Jr., *The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature*. *Compr Psychiatry*, 1991. 32(2): p. 97-119.
89. Fabrega, H., Jr., *Psychiatric stigma in non-Western societies*. *Compr Psychiatry*, 1991. 32(6): p. 534-51.
90. Karim, S., et al., *Pakistan mental health country profile*. *Int Rev Psychiatry*, 2004. 16(1-2): p. 83-92.
91. Al-Krenawi, A., J.R. Graham, and J. Kandah, *Gendered utilization differences of mental health services in Jordan*. *Community Ment Health J*, 2000. 36(5): p. 501-11.
92. Cinnirella, M. and K.M. Loewenthal, *Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: a qualitative interview study*. *Br J Med Psychol*, 1999. 72 (Pt 4): p. 505-24.
93. Thornicroft, G., et al., *Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions*. *Int J Ment Health Syst*, 2008. 2(1): p. 3.

94. WHO, *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. 2005: Geneva, Switzerland.
95. Rice, E., *Schizophrenia and violence: the perspective of women*. *Issues Ment Health Nurs*, 2006. 27(9): p. 961-83.
96. Chandra, P.S., et al., *Sexual coercion and abuse among women with a severe mental illness in India: an exploratory investigation*. *Compr Psychiatry*, 2003. 44(3): p. 205-12.
97. Shack, A.V., et al., *Prior history of physical and sexual abuse among the psychiatric inpatient population: a comparison of males and females*. *Psychiatr Q*, 2004. 75(4): p. 343-59.
98. Patel, V., et al., *Global Mental Health: Principles and Practice*. Oxford University Press, 2013.
99. Almeida, H.W. and J. Mahoney, *13 Mental Health Policy Development and Implementation*. *Global Mental Health: Principles and Practice*, 2013: p. 190.
100. Gold, K.G., Spangenberg K., Wobil, P., Schwenk T.L., *Depression and risk factors for depression among mothers of sick infants in Kumasi, Ghana*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2012. 120: p. 228-231.
101. Thornicroft, G., et al., *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. *The Lancet*, 2009. 373: p. 408-415
102. Silove, D., Z. Steel, and R.F. Mollica, *Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development*. *The Lancet*, 2001. 357(9266): p. 1436-1437.
103. Heckmann, J.J., *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*. *Science*, 2006. 312: p. 1900-1902.
104. Patel, V.C., D., Kirkwood, B., Mabey, D., *Prioritizing health problems in women in developing countries: comparing the financial burden of reproductive tract infections, anemia and depressive disorders in a community survey in India*. *Tropical Medicine and International Health*, 2007. 12: p. 130-139.
105. Cooper, P., Landman M. Tomlison, M., Molteno, C., Scwartz, L., Murray L., *Impact of mother-infant intervention in an indigent peri-urban South-African context*. *British Journal of Psychiatry*, 2002. 180: p. 76-81.
106. Klainin, P.A., D. G. , *Postpartum depression in Asian cultures: A literature review*. *International Journal of Nursing Studies*, 2009. 46: p. 1355-1373.
107. Coast, E., Leone, T., Hiorse A., Jones E., *Poverty and postnatal depression: a systematic mapping of the evidence from low and lower middle income countries*. *Health and Place*, 2012. 18(5): p. 1188-1197.
108. Gee, D.G., et al., *Early developmental emergence of human amygdala-prefrontal connectivity after maternal deprivation*. *PNAS*, 2013. 110: p. 15638-15643.

109. Shonkoff, J., *Protecting Brains, Not simply Stimulating Minds*. Science, 2011. 333: p. 982.
110. Meaney, M.J., *Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions*. Child Development, 2010. 81: p. 41-79.
111. Tang, A.C., et al., *Programming social, cognitive, and neuroendocrine development by early exposure to novelty*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2006. 103(42): p. 15716-21.
112. Murray, L., Fiori-Cowley A., Hooper R. , *The impact of postnatal and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome*. Child Development, 1996. 67: p. 2512-2526.
113. Murray, L. and P. Cooper, *Postnatal depression and infant development*. British Medical Journal, 1991. 302: p. 978-979.
114. Richter, L., *The importance of Caregiver-Child Interactions for the Survival and Healthy Development of Young Children*. 2004, WHO Department of Child and Adolescent Health and Development.
115. Patel, V. and M. Prince, *Maternal psychological morbidity and low birth weight in India*. British Journal of Psychiatry., 2006. 188: p. 284-285.
116. Raham, A., Bunn, J., Lovel, H., Harrington, R., *Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: A cohort study*. Archives of General Psychiatry., 2004. 61: p. 946-952.
117. Patel, V., Desouza, N., Rodrigues M. , *Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study fro Goa, India*. Archives of Disease in Childhood, 2003. 88: p. 34-37.
118. Patel, V., Rahman, A., Jacob, K. Hughes M., *Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia*. British Medical Journal, 2004. 328: p. 820-823.
119. Davidson, J. and E. Robertson, *A follow-up study of post partum illness*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1985. 71: p. 451-457.
120. Grantham-McGregor, S., et al., *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. Lancet, 2007. 369: p. 60-70.
121. UNICEF, *Inequities in early Childhood Development- What the data say: Evidence from the Multiple Indicator Cluster Study*. 2012.
122. Lake, A., *Early childhood development-global action is overdue*. Lancet, 2011. 378: p. 1277-1278.
123. Weinstock, M., *The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring*. Brain Behav Immun, 2005. 19(4): p. 296-308.

124. O'Connor, T.G., J. Heron, and V. Glover, *Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(12): p. 1470-7.
125. Bergman, K., et al., *Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007. 46(11): p. 1454-63.
126. Bergman, K., et al., *Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: moderation by infant-mother attachment*. *Biol Psychiatry*, 2010. 67(11): p. 1026-32.
127. Rahman, A., et al., *Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country*. *Acta Psychiatr Scand*, 2007. 115(6): p. 481-6.
128. Rahman, A., Z. Iqbal, and R. Harrington, *Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world*. *Psychol Med*, 2003. 33(7): p. 1161-7.
129. Kuehner, C., *Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations*. *Acta Psychiatr Scand*, 2003. 108(3): p. 163-74.
130. Latthe, P., et al., *Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review*. *Bmj*, 2006. 332(7544): p. 749-55.
131. Patel, V., et al., *Why do women complain of vaginal discharge? A population survey of infectious and psychosocial risk factors in a South Asian community*. *Int J Epidemiol*, 2005. 34(4): p. 853-62.
132. Nilsson, E., et al., *Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring*. *Schizophr Res*, 2002. 58(2-3): p. 221-9.
133. Bennedsen, B.E., et al., *Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia*. *Br J Psychiatry*, 1999. 175: p. 239-45.
134. Jablensky, A.V., et al., *Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders*. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(1): p. 79-91.
135. Webb, R., et al., *Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: a critical review and meta-analysis*. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(6): p. 1045-56.
136. Sawyer, A., S. Ayers, and H. Smith, *Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review*. *J Affect Disord*, 2010. 123(1-3): p. 17-29.
137. Gavin, N.I., et al., *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*. *Obstet Gynecol*, 2005. 106(5 Pt 1): p. 1071-83.
138. Gausia, K., et al., *Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh*. *Psychol Med*, 2009. 39(6): p. 999-1007.

139. Wolf, A.W., I. De Andraca, and B. Lozoff, *Maternal depression in three Latin American samples*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. 37(4): p. 169-76.
140. Murray, L. and P. Cooper, *Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the pre-school years*. Unipolar depression: A lifespan perspective, 2003: p. 17-46.
141. Rahman, A., et al., *Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study*. Arch Gen Psychiatry, 2004. 61(9): p. 946-52.
142. Patel, V. and M. Prince, *Maternal psychological morbidity and low birth weight in India*. Br J Psychiatry, 2006. 188: p. 284-5.
143. Rahman, A., et al., *Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan*. Child Care Health Dev, 2004. 30(1): p. 21-7.
144. Patel, V., N. DeSouza, and M. Rodrigues, *Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India*. Arch Dis Child, 2003. 88(1): p. 34-7.
145. Patel, V., et al., *Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia*. Bmj, 2004. 328(7443): p. 820-3.
146. Adewuya, A.O., et al., *Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria*. J Affect Disord, 2008. 108(1-2): p. 191-3.
147. Hanlon, C., et al., *Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: the P-MaMiE population-based cohort study*. Trop Med Int Health, 2009. 14(2): p. 156-66.
148. Medhin, G., et al., *The effect of maternal common mental disorders on infant undernutrition in Butajira, Ethiopia: the P-MaMiE study*. BMC Psychiatry, 2010. 10: p. 32.
149. Servili, C., et al., *Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort*. BMC Public Health, 2010. 10: p. 693.
150. Tomlinson, M., et al., *Post-partum depression and infant growth in a South African peri-urban settlement*. Child Care Health Dev, 2006. 32(1): p. 81-6.
151. Ross, J., et al., *Perinatal mental distress and infant morbidity in Ethiopia: a cohort study*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2011. 96(1): p. F59-64.
152. Rahman, A., et al., *Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: --a cohort study*. Arch Dis Child, 2007. 92(1): p. 24-8.
153. Paulson, J.F., S. Dauber, and J.A. Leiferman, *Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior*. Pediatrics, 2006. 118(2): p. 659-68.
154. Galler, J.R., et al., *Maternal moods predict breastfeeding in Barbados*. J Dev Behav Pediatr, 1999. 20(2): p. 80-7.

155. Hieu, D., Hanenberg R. Vach, T., Vinh, D., Sokal, D., *Maternal mortality in Vietnam in 1994-95*. . Studies in Family Planning., 1999. 30: p. 329-338.
156. WHO, *Maternal mortality in Viet Nam 2000: an in depth analysis of causes and determinants*. 2005.
157. Kumar, V., *Poisoning death in married women*. Journal of Clinical Forensic Medicine, 2004. 11: p. 2-5.
158. Lal, S., Satpathy, S., Khanna P., Vahist, B. Punia, M. Kumar, S., *Problem of mortality in women of reproductive age in rural area of Haryana*. Indian Journal of Maternal and Child Health., 1995. 6: p. 17-21.
159. Granja, A., Zacarias, E. Bergstrom, S. , *Violent deaths: The hidden face of maternal mortality*. BJOG: an international Journal of Obstetrics and Gynecology., 2002. 109: p. 5-8.
160. Wilkins, R., Marmot, M., *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2003.
161. WHO, *World Conference on Social Determinants of Health 2011*.
162. WHO, *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. 2011.
163. WHO, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. 2008: Geneva.
164. Skeen, S., et al., '*Mental health is everybody's business*': roles for an intersectoral approach in South Africa. Int Rev Psychiatry, 2010. 22(6): p. 611-23.
165. Sachs, J.D., *From millennium development goals to sustainable development goals*. Lancet, 2012. 379(9832): p. 2206-11.
166. Lund, C., *Poverty and mental health: a review of practice and policies*. Neuropsychiatry, 2012. 2(213): p. 9.
167. Skeen, S., et al., *Meeting the millennium development goals in Sub-saharan Africa: what about mental health?* Int Rev Psychiatry, 2010. 22(6): p. 624-31.
168. Harpham, T., et al., *Common mental disorders in a young urban population in Colombia*. Br J Psychiatry, 2005. 187: p. 161-7.
169. Patel, V., et al., *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*. Soc Sci Med, 1999. 49(11): p. 1461-71.
170. Desjarlais, R., et al., *World Mental Health: Problems and priorities in low-income countries*, O.U. Press, Editor. 1995: New York.
171. Bowman, C.G., *Domestic violence: does the African context demand a different approach?* Int J Law Psychiatry, 2003. 26(5): p. 473-91.
172. Ceballo, R., Ramirez, C., Castillo, M., Caballero, G.A., Lozoff, B., *Domestic violence and women's mental health in Chile*. . Psychol Women Q, 2004(28): p. 298-308

173. Jewkes, R., J. Levin, and L. Penn-Kekana, *Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study*. Soc Sci Med, 2002. 55(9): p. 1603-17.
174. Cooper, S., C. Lund, and R. Kakuma, *The measurement of poverty in psychiatric epidemiology in LMICs: critical review and recommendations*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012. 47(9): p. 1499-516.
175. Dohrenwend, B.P., et al., *Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue*. Science, 1992. 255(5047): p. 946-52.
176. Gilman, S.E., *Childhood socioeconomic status, life course pathways and adult mental health*. Int J Epidemiol, 2002. 31(2): p. 403-4.
177. Goodman, E., *The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health*. Am J Public Health, 1999. 89(10): p. 1522-8.
178. West, P. and H. Sweeting, *Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland*. Soc Sci Med, 2004. 59(1): p. 13-27.
179. Lorant, V., et al., *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*. Am J Epidemiol, 2003. 157(2): p. 98-112.
180. Lund, C., et al., *Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review*. Soc Sci Med, 2010. 71(3): p. 517-28.
181. Morrell, S., et al., *A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth*. Soc Sci Med, 1994. 38(11): p. 1553-64.
182. Hammarstrom, A. and U. Janlert, *Nervous and depressive symptoms in a longitudinal study of youth unemployment--selection or exposure?* J Adolesc, 1997. 20(3): p. 293-305.
183. Breslin, F.C. and C. Mustard, *Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey*. Scand J Work Environ Health, 2003. 29(1): p. 5-14.
184. Dooley, D., R. Catalano, and G. Wilson, *Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study*. Am J Community Psychol, 1994. 22(6): p. 745-65.
185. Upmark, M., et al., *Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1999. 34(10): p. 533-40.
186. Power, C., et al., *Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort*. Soc Sci Med, 2002. 55(11): p. 1989-2004.
187. Cohen, A., et al., *Social inequalities in the occurrence of suicidal ideation among older primary care patients*. Am J Geriatr Psychiatry, 2010. 18(12): p. 1146-54.

188. Lynch, J.W., G.A. Kaplan, and S.J. Shema, *Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning*. N Engl J Med, 1997. 337(26): p. 1889-95.
189. Benzeval, M. and K. Judge, *Income and health: the time dimension*. Soc Sci Med, 2001. 52(9): p. 1371-90.
190. Everson, S.A., et al., *Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes*. J Psychosom Res, 2002. 53(4): p. 891-5.
191. Schoon, I., A. Sacker, and M. Bartley, *Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: a developmental-contextual perspective*. Soc Sci Med, 2003. 57(6): p. 1001-15.
192. Putnam, R., *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*., P.P.U. Press, Editor. 1993
193. De Silva, M.J., et al., *Social capital and mental illness: a systematic review*. J Epidemiol Community Health, 2005. 59(8): p. 619-27.
194. Kelly, B., et al., *Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2009. 44(11): p. 971-977.
195. Araya, R., et al., *Education and income: which is more important for mental health?* J Epidemiol Community Health, 2003. 57(7): p. 501-5.
196. Giordano, G.N. and M. Lindstrom, *Social capital and change in psychological health over time*. Soc Sci Med, 2011. 72(8): p. 1219-27.
197. Fitzsimon, N., et al., *Predictors of self-reported poor mental health at area level in Ireland: a multilevel analysis of deprivation and social capital indicators*. Ir Med J, 2007. 100(8): p. suppl 49-52.
198. Hamano, T., et al., *Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis*. PLoS One, 2010. 5(10): p. e13214.
199. Araya, R., et al., *Perceptions of social capital and the built environment and mental health*. Soc Sci Med, 2006. 62(12): p. 3072-83.
200. Forsman, A.K., F. Nyqvist, and K. Wahlbeck, *Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study*. Scand J Public Health, 2011. 39(7): p. 757-65.
201. Phongsavan, P., et al., *Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults*. Soc Sci Med, 2006. 63(10): p. 2546-61.
202. Poblete, F.C., J.C. Sapag, and T.J. Bossert, *[Social capital and mental health in low income urban communities in Santiago, Chile]*. Rev Med Chil, 2008. 136(2): p. 230-9.

203. Stafford, M., et al., *Neighbourhood social capital and common mental disorder: testing the link in a general population sample*. Health Place, 2008. 14(3): p. 394-405.
204. Wilkinson, R.G., *Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?* Bmj, 1997. 314(7080): p. 591-5.
205. Pickett, K.E. and R.G. Wilkinson, *Greater equality and better health*. Bmj, 2009. 339: p. b4320.
206. Lynch, J., *Income inequality and health: expanding the debate*. Soc Sci Med, 2000. 51(7): p. 1001-5; discussion 1009-10.
207. Fone, D., et al., *Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis*. Int J Epidemiol, 2007. 36(2): p. 338-45.
208. Farris, R.E.L., Dunham, H.W. , *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. , U.o.C. Press, Editor. 1939: Oxford, England.
209. McGrath, J., et al., *A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology*. BMC Med, 2004. 2: p. 13.
210. Ostler, K., et al., *Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire Depression Project*. Br J Psychiatry, 2001. 178(1): p. 12-7.
211. Lund, C., et al., *Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries*. Lancet, 2011. 378(9801): p. 1502-14.
212. Ozer, E.J., et al., *Does alleviating poverty affect mothers' depressive symptoms? A quasi-experimental investigation of Mexico's Oportunidades programme*. Int J Epidemiol, 2011. 40(6): p. 1565-76.
213. Fernald, L.C. and M. Hidrobo, *Effect of Ecuador's cash transfer program (Bono de Desarrollo Humano) on child development in infants and toddlers: a randomized effectiveness trial*. Soc Sci Med, 2011. 72(9): p. 1437-46.
214. Costello, E.J., et al., *Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment*. Jama, 2003. 290(15): p. 2023-9.
215. Grantham-McGregor, S. and H. Baker-Henningham, *Review of the evidence linking protein and energy to mental development*. Public Health Nutr, 2005. 8(7a): p. 1191-201.
216. Grantham-McGregor, S.C., Y., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L. Strupp, B., *Development potential in the first 5 years for children in developing countries*. Lancet, 2007. 369: p. 60-70.
217. WHO, *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report 2004*: Geneva.
218. WHO, *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. . 2005: Geneva.

219. Petersen, I., et al., *Promoting mental health in scarce-resource contexts: Emerging evidence and practice*, HSRC Press, Editor. 2010: Cape Town.
220. Kieling, C., et al., *Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action*. Lancet, 2011. 378(9801): p. 1515-25.
221. Eriksson, M., *Social capital and health--implications for health promotion*. Glob Health Action, 2011. 4: p. 5611.
222. Pronyk, P.M., et al., *Can social capital be intentionally generated? a randomized trial from rural South Africa*. Soc Sci Med, 2008. 67(10): p. 1559-70.
223. Brune, N.E. and T. Bossert, *Building social capital in post-conflict communities: evidence from Nicaragua*. Soc Sci Med, 2009. 68(5): p. 885-93.
224. Scholte, W.F., et al., *The effect on mental health of a large scale psychosocial intervention for survivors of mass violence: a quasi-experimental study in Rwanda*. PLoS One, 2011. 6(8): p. e21819.
225. Bolton, P., et al., *Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial*. Jama, 2003. 289(23): p. 3117-24.
226. Hu, X., Wang, Y.L., Fu, H.P., *Synthetical family treatment for depression: a randomized-controlled single blind study among 76 cases*. . J Clin Rehabil Tissue Engineering Res, 2007(11): p. 7787-90.
227. Patel, V., et al., *Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial*. Lancet, 2003. 361(9351): p. 33-9.
228. Xiong, W., et al., *Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, 1994. 165(2): p. 239-47.
229. Thirthalli, J., et al., *Prospective comparison of course of disability in antipsychotic-treated and untreated schizophrenia patients*. Acta Psychiatr Scand, 2009. 119(3): p. 209-17.
230. Abdollahnejad, M.R., *Follow-up evalutaion of Tehran therapetuic community. Therapeutic Communities* 2008(29): p. 57-75.
231. Lawal, R.A., et al., *Rehabilitation of heroin and cocaine abusers managed in a Nigerian psychiatric hospital*. East Afr Med J, 1998. 75(2): p. 107-12.
232. Hu, X., Wang, Y.L., Fu, H.P., , *Synthetical family treatment for depression: a randomized-controlled single blind study among 76 cases*. J Clin Rehabil Tissue Eineering Res. 2007:11, . J Clin Rehabil Tissue Eineering Res., 2007(11): p. 7787-90.
233. Chisholm, D., et al., *Scale up services for mental disorders: a call for action*. Lancet, 2007. 370(9594): p. 1241-52.

234. Lund, C., Stansfeld, S., De Silva, *Social determinants of mental health*, in *Global Mental Health: Principles and Practice.*, V. Patel, Minas H., Cohen, Prince, M.J., Editor. 2014: Oxford. p. 116-136.
235. WHO, *Mental Health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. 2010.
236. Vikram Patel, et al., *Mental disorders: equity and social determinants*, in *Equity, social determinants and public health programmes*, E. Blas and A.S. Kurup, Editors. 2010, WHO: Geneva. p. 115-34.
237. WHO, *The European Mental Health Action Plan*. 2013.
238. Themnér, L., Wallenstein, P., *Armed conflict, 1946-2010.* , 2011:48, . Journal of Peace Research, (48): p. 525-36.
239. Guha-Sapir, D., Vos, F., Below, R., Ponserre, S. , *Annual disaster statistical review 2010: The numbers and trends*. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Université catholique de Louvain, 2010). : Brussels.
240. Masten, A.S. and A.J. Narayan, *Child development in the context of disaster, war, and terrorism: pathways of risk and resilience*. Annu Rev Psychol, 2012. 63: p. 227-57.
241. Jones, L., et al., *Severe mental disorders in complex emergencies*. Lancet, 2009. 374(9690): p. 654-61.
242. Steel, Z., et al., *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis*. Jama, 2009. 302(5): p. 537-49.
243. Tol, W.A., et al., *Political violence and mental health: a multi-disciplinary review of the literature on Nepal*. Soc Sci Med, 2010. 70(1): p. 35-44.
244. Panter-Brick, C., et al., *Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2011. 50(4): p. 349-63.
245. Betancourt, T.S., et al., *Sierra Leone's former child soldiers: a follow-up study of psychosocial adjustment and community reintegration*. Child Dev, 2010. 81(4): p. 1077-95.
246. Rasmussen, A., et al., *Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in Eastern Chad*. Am J Orthopsychiatry, 2010. 80(2): p. 227-36.
247. Fernando, G.A., K.E. Miller, and D.E. Berger, *Growing pains: the impact of disaster-related and daily stressors on the psychological and psychosocial functioning of youth in Sri Lanka*. Child Dev, 2010. 81(4): p. 1192-210.
248. Abramowitz, S.A., *Trauma and humanitarian translation in Liberia: the tale of open mole*. Cult Med Psychiatry, 2010. 34(2): p. 353-79.

249. Tol, W.A., et al., *Communal violence and child psychosocial well-being: qualitative findings from Poso, Indonesia*. *Transcult Psychiatry*, 2010. 47(1): p. 112-35.
250. Silove, D., et al., *Estimating clinically relevant mental disorders in a rural and an urban setting in postconflict Timor Leste*. *Arch Gen Psychiatry*, 2008. 65(10): p. 1205-12.
251. Berry, H.L., K. Bowen, and T. Kjellstrom, *Climate change and mental health: a causal pathways framework*. *Int J Public Health*, 2010. 55(2): p. 123-32.
252. (IASC), I.-A.S.C., *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. . 2007, IASC: Geneva.
253. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* . 2010, IASC Geneva.
254. Project, S., *Humanitarian charter and minimum standards in disaster response – 2011 edition*. 2011, Sphere Project: Geneva.
255. Tol, W.A., et al., *Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research*. *Lancet*, 2011. 378(9802): p. 1581-91.
256. Jane Fisher, H.H., Meena Cabral de Mello, Prabha S. Chandra, *Women's Mental Health*, in *Global Mental Health*, A.C. Vikram Patel. Harry Minas, Martin J. Prince, Editor. 2014, Oxford Press United States of America. p. 354-383
257. Tol, W.A., et al., *Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings*. *PLoS Med*, 2011. 8(9): p. e1001096.
258. Tol, W.A., et al., *Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings*. *Harv Rev Psychiatry*, 2012. 20(1): p. 25-36.
259. Betancourt, T.S., et al., *Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care*. *Harv Rev Psychiatry*, 2013. 21(2): p. 70-91.
260. Patel, P.P., Russell, J., Alden, K., Betancourt, T.S., Bolton, P., Galappatti, A., Hijazi, Z., Johnson, K., Jones, L., Kadis, L., , *Transitioning mental health and psychosocial support: from short-term emergency to sustainable post-disaster development*. *Humanitarian Action Summit*. . *Prehosp Disaster Med*, 2011(26): p. 470-81.
261. Patel, V. and A. Kleinman, *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bull World Health Organ*, 2003. 81(8): p. 609-15.
262. Edwards, P., et al., *Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates*. *Bmj*, 2006. 333(7559): p. 119.
263. WHO, *Mental health policy, plans and programs: Mental health policy and service guidance package*. 2005: Geneva.

264. WHO, *Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*. . 2007: Geneva.
265. Patel, V., et al., *Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries*. Lancet, 2007. 370(9591): p. 991-1005.
266. Saraceno, B., et al., *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries*. Lancet, 2007. 370(9593): p. 1164-74.
267. de Almeida, J.M.C. and A. Cohen, *Innovative Mental Health Programs in Latin America & the Caribbean*. 2008: Pan American Health Org.
268. de Almeida, J.M., [*Technical cooperation strategies of the Pan American Health Organization in the new phase of mental health services reform in Latin America and the Caribbean*]. Rev Panam Salud Publica, 2005. 18(4-5): p. 314-26.
269. Flisher, A.J., et al., *Mental health policy development and implementation in four African countries*. J Health Psychol, 2007. 12(3): p. 505-16.
270. WHO, *The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. May 25, 2012, World Health Organization.
271. WHO, *Mental Health Atlas 2011*. 2011, WHO Geneva, Switzerland.
272. WHO, *Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. 2010, WHO: Geneva, Switzerland.
273. Dhanda, A. and T. Narayan, *Mental health and human rights*. Lancet, 2007. 370(9594): p. 1197-8.
274. Faydi, E., et al., *An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia*. Health Res Policy Syst, 2011. 9: p. 17.
275. Cooper, S., et al., *Viewing Uganda's mental health system through a human rights lens*. Int Rev Psychiatry, 2010. 22(6): p. 578-88.
276. Bhana, A., et al., *Implementing the World Health Report 2001 recommendations for integrating mental health into primary health care: a situation analysis of three African countries: Ghana, South Africa and Uganda*. Int Rev Psychiatry, 2010. 22(6): p. 599-610.
277. Lora, A., et al., *Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries*. Bulletin of the World Health Organization. 90: p. 47-54.
278. Knapp, M., D. McDaid, and M. Parsonage, *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. 2011, Department of Health.
279. Wahlbeck, K. and D. McDaid, *Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis*. World Psychiatry, 2012. 11(3): p. 139-45.

280. Park, A.L., et al., *Examining the cost effectiveness of interventions to promote the physical health of people with mental health problems: a systematic review*. BMC Public Health, 2013. 13: p. 787.
281. Mudur, G., *Non-specialists can reduce symptoms in mental health patients in developing countries, says Cochrane review*. BMJ, 2013. 347.
282. Mahal, A., Karan, A., Engelgau, M. , *The economic implications of non-communicable disease for India.*, T.W. Bank., Editor. 2009.
283. WHO, *The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage*. 2010.
284. Saxena, S., et al., *World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development*. World Psychiatry, 2006. 5(3): p. 179-84.
285. Saxena, S., P. Sharan, and B. Saraceno, *Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas*. J Ment Health Policy Econ, 2003. 6(3): p. 135-43.
286. World Bank. *Country and lending groups*. 2012: Washington DC.
287. WHO, *mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. 2008: Geneva, Switzerland.
288. Roberts, M.J., et al., *Getting Health Reform right: A guide to improving performance and equity.*, O.U. Press, Editor. 2001: New York.
289. Liu, Y., *China's public health-care system: facing the challenges*. Bull World Health Organ, 2004. 82(7): p. 532-8.
290. Saxena, S., et al., *Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency*. Lancet, 2007. 370(9590): p. 878-89.
291. WHO, *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance 2000*. Geneva, Switzerland.
292. Nisha Mehta, G., *Stigma, Discrimination and Promoting Human Rights*, in *Global Mental Health*, A.C. Vikram Patel. Harry Minas, Martin J. Prince, Editor. 2014, Oxford Press: p. 401-424
293. Ronald C. Kessler, J.A., Somnath Chatterji, Yanling He, *The Epidemiology and Impact of Mental Disorders*, in *Global Mental Health*, A.C. Vikram Patel. Harry Minas, Martin J. Prince, Editor. 2014, Oxford Press: USA. p. 82-101.
294. WHO, *Results of Global advocacy campaign. Stop exclusion Dare to Care*. 2001.
295. WHO, *The world health report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope*. 2001.

296. WHO, *WHO Mental Health Action Plan for Europe; Facing the Challenges, Building Solutions*. 2005.
297. European Commission, *Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. 2005.
298. European Commission, *European Act for mental health and well-being*. 2008.
299. Mental Health Europe. *Mental Health Disability and Human Rights in the EU*. 2010; Available from: <http://www.mhe-sme.org/about-eu/mh-eu/eu-developments-hr.html>).
300. OECD. *Health Care Quality Indicators*. 10.01.2014; Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>.
301. WHO. *WHO's MiNDbank*. 2013 [cited 2013 10. januar]; Available from: http://www.who.int/mental_health/mindbank/en/.
302. Chan, M., *Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development*. Lancet, 2013. Volume 381(9877): p. 1514-1515.
303. Yaro, B.P., *The role of Basic Needs-GHANA in Ghana's new mental health law (ACT 846)*. Sustainable Development through Global Action. The case of investing in mental health, 2013.
304. Utenriksdepartementet, *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Meld. St. 11 (2011-2012)*. 2012.
305. Stortinget, *Møte 29. mai*. 2012.
306. *Høringsuttalelse angående Meld. St. 11 (2011-2012) 2012*, Rådet for psykisk helse,.
307. Redd Barna, et al., *Felles innspill angående Meld. St. 11 (2011-2012) om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. 07.12. 2010.
308. Himalpartner, *Høringsuttalelse angående Meld. St. 11 (2011-2012) om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. 15.mars. 2012.
309. Høyre, *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*. 2013.
310. Norad. *Norsk utviklingspolitikk*. 2013; Available from: <http://www.norad.no/no/om-bistand/norsk-utviklingspolitikk>.
311. Forskningsrådet. *Evalueringen av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning*. 2010 13.01.2014 [cited 2014 January 31]; Available from: <http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Fagevaluering+av+biologi+medisin+og+helsefag/1253954269442>.

Vedlegg: Noen norske initiativ innen global psykisk helse i utlandet

En del norske organisasjoner og institusjoner har engasjert seg internasjonalt innen psykisk helse relatert arbeid.

De fleste frivillige organisasjonene som i dag har psykisk helse relatert arbeid er engasjert i traumebehandling i krig og konfliktområder og med holdningsskapende arbeid, særlig i forbindelse med forebygging av hiv/aids. Helseforetak og universiteter har prosjekt innen forskning eller opplæring av psykiatere.

En foreløpig kartlegging gir følgende oversikt:

HimalPartner har gående et fagutviklingsprosjekt på psykisk helse støttet av Digni. De virker også som sekretariat for Nettverk for Global Mental Helse i Norge som er knyttet til Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU)). HimalPartner er særlig aktive i Nepal med økonomisk og faglig støtte til ni større eller mindre NGO-prosjekter. Disse spenner fra nettverksarbeid, myndighetspåvirkende arbeid, psykisk helsefremmende arbeid, kompetansebygging, rehabilitering, traumebehandling og rådgiving. I tillegg kommer noe samarbeid med norsk forskning.

Rådet for psykisk helse (RPH) arbeider for å løfte fram arbeidet med global psykisk helse og er engasjert i et regionalt prosjekt i Midtøsten. Hensikten er at barn og unge, lærere og helsepersonell skal bli i stand til å håndtere psykisk helse på en bedre måte. RPH gir støtte til utvikling av rapporter, faglitteratur og opplysningsmateriale om psykisk helse på arabisk.

Kirkens Nødhjelp har engasjert seg i traumebehandling i DR Kongo, Mali, Sudan (Darfur) og Palestina. Kirkens Nødhjelp har vært med på utvikling av psykososiale håndbøker til bruk i nødhjelpssituasjoner. De bruker også ICDP foreldreveiledning i Malawi og har lang erfaring med psykososialt hiv/aidsforebyggende arbeid.

Redd Barna gir opplæring til personell på klinikker som mottar ofre for seksuelle overgrep i Zimbabwe. Organisasjonen støtter gjennom Save the Children og Redd Barnet i Danmark også prosjekter rettet mot psykisk helse i humanitære situasjoner. Her legges det vekt på barnevennlige steder og psykologisk førstehjelp. Oftest skjer dette gjennom samarbeid med lokale myndigheter og skoler.

Digni er paraplyorganisasjon for langsiktig utviklingsarbeid til 19 misjonsorganisasjoner og kirkesamfunn i Norge. En del av disse har indirekte og direkte psykisk helserelaterede prosjekter. Her er noen eksempler: Misjonsforbundet støtter et Senter for psykisk helse i Sentral-Asia. Normisjon har arbeider med psykiske lidelser ved et sykehus på landsbygda i Nepal. Pinsemenighetens Ytremisjon (PYM) arbeider med traumebehandling og fred og forsoningsarbeid i Kongo og driver psykososialt arbeid i Kenya. Baptistsamfunnet virker innen traumefeltet i Myanmar. KRIK arbeider med ungdom og rus etc. Også HimalPartner er medlem av Digni.

International Child Development program (ICDP) er et eget foreldreveiledningsprogram som brukes av flere organisasjoner i flere land bl.a. via Kirkens Nødhjelp i Malawi, PYM i Kenya, Blå Kors i Lesotho og Murmansk, på Haydom-sykehuset i Tanzania, Sør Afrika og i Mosambik.

Helse Bergen begynner klinisk samarbeid med partnere i Zanzibar for å bidra til kompetanseheving innenfor barne- og ungdomspsykiatri.

Universitetet i Bergen er sammen med Universitetet i Kampala engasjert i et forskningsprosjekt som skal undersøke hva som er de vanligste psykiske lidelsene blant barna der. I tillegg vil de studere eksisterende helsesystemer for disse lidelsene. Prosjektet vil også drive kapasitetsbygging gjennom opplæring.

Universitetet i Bergen er sammen med **Haukeland Universitetssykehus** og partnere i Uganda og Burkina Faso også med på en oppfølgingsstudie som skal måle hvilken virkning fullamning de første seks månedene av livet har hatt på kognitive funksjoner og psykisk helse hos en gruppe 5-7 åringer.

Forskningsavdelingen Sandviken, Helse Bergen og Stavanger Universitetssykehus skal undersøke livskvalitet og psykisk helse hos foreldre som har barn med utviklingshemming på landsbygda i Nepal.

I samarbeid med **Høgskolen i Hedmark** deltar universitetet også i forskning og kompetansebygging på traumebehandling i Sudan.

Senter for krisepsykologi i Bergen trener gruppeledere på flere kontinenter (Afrika, Asia, Midtøsten og Europa) i hvordan de skal følge opp barn og unge i grupper etter krig og

katastrofer. De senere årene har de hatt prosjekter for Asian Disaster Preparedness Center (som delfinansieres av norsk UD) der de har bygget opp kapasiteten til å hjelpe barn i Bangladesh og Vietnam. I tillegg har de forskningssamarbeid med iranske, kinesiske, palestinske og britiske forskere om barn og unge som opplever traumer.

Norges Røde Kors har i mange år vært en viktig støttespiller for IFRC Psychosocial Centre. Senteret ble etablert i 1993 og har som formål å gjøre samfunnet bedre i stand til å ta vare på de psykososiale behovene til sårbare grupper. Støtten fra Norges Røde Kors har hovedsakelig vært rettet mot faglig assistanse og kapasitetsbygging.

Sørlandet Sykehus har engasjementer innen psykisk helse i ulike land. Sammen med Universitetet i Arkhangelsk og det psykiatriske sykehuset driver Sørlandet Sykehus kompetanseheving på dobbeltdiagnoser, bruk av GAF, miljøterapi, nevropsykologi og tilbakefallsforebygging og bruk av selvhjelpsgrupper innen rusbehandling.

Sykehuset samarbeider også med sykehuset Rezekne i Latvia om rusbehandling. Sammen med tjenesteleverandører i flere europeiske land er sykehuset engasjert i prosjektet Foundation Asklepios. Formålet her er kompetansebygging ved seminarer og hospitering. I den senere tid har fokus vært på oppbygging av et best mulig tjenestetilbud innen psykisk helse i Hellas. Sørlandet Sykehus har også bidratt med å bygge opp et rusbehandlingstilbud etter 12-trinnsmodellen i Haydom, Tanzania. Dette skal være det eneste tilbudet av dette slag på landsbygda i Tanzania.

Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet Sykehus skal i gang med et forskningsprosjekt innen tidlig stimulering av foreldreløse spebarn i institusjon i Tanzania. I tillegg driver de sammen med lokale aktører et foreldreveiledningsprogram i Nepal. Her er formålet å lære foreldre «hvordan oppdra barn uten kjepp».

Folkehelseinstituttet (FHI) har også flere prosjekter innen global psykisk helse: og deltar i WHO's Global Forum for Health Research.

Blå Kors Norge har flere prosjekter innen rusfeltet. Formålet er å redusere skadevirkninger av alkoholmisbruk. Organisasjonen arbeider som regel på flere felt slik at helse - både psykisk og fysisk - blir en del av et større arbeid. I Lesotho samarbeider Blå Kors Norge med behandlingssenteret Thaba Bosiu Center. Dette er i dag det eneste rene

rusbehandlingssenteret i Lesotho og eies av Blå Kors Lesotho. Blå Kors Norge samarbeider med dette senteret om utvikling av polikliniske tjenester - spesielt i Butha Buthe-distriktet nord i landet. Prosjektet har også forebyggende komponenter og inneholder arbeid med strukturell forebygging og lovverk.

I Sør- Afrika driver Blå Kors Norge forebyggende rusarbeid blant ungdom i Limpopo. Partner er Blå Kors Sør Afrika. Prosjektet inkluderer blant annet foreldrearbeid, samtalegrupper, veiledning for ungdom i utsatte situasjoner i samarbeid med skoler, sosiallærer.

I Russland driver Blå Kors Norge Barnas Stasjon som er et lavterskeltilbud for barnefamilier i småbyen Revda i Murmansk. Prosjektet retter seg mot familier med ulike typer problemer. Partner er organisasjonen New Beginning. Blå Kors er også involvert i utvikling av selvhjelpsgrupper innenfor rus i en rekke afrikanske land, i samarbeid med det internasjonale Blå Kors (www.ifbc.org).

Maritastiftelsen. Ansatte og frivillige i Maritastiftelsen driver sammen med Teen Challenge et rehabiliteringssenter for rusavhengige mødre i Kambodsja. Det bor rundt 20 kvinner på senteret.

NTNU driver i samarbeid med det medisinske fakultetet ved Katmandu University (KU) i Nepal forskning på hodepine og psykiske lidelser i Nepal. Det er tre veiledere fra NTNU og to doktorgradsstipendiater fra Nepal med i prosjektet. Prosjektet inngår i en global kampanje mot hodepine ledet fra NTNU i samarbeid med WHO. Dette er en kampanje som har som formål å dokumentere hvor stor del av verdens sykdomsbyrde og uførhet som skyldes hodepine for så å finne løsninger på dette helseproblemet. Forskningsprosjektet er i tråd med Nasjonal kompetansetjeneste for hodepines forskningsstrategi og prioriteringer.

Legeforeningen har hatt et samarbeid med den kinesiske psykiaterforeningen siden 2004 om etikk og menneskerettigheter i psykiatrien. Bruk av tvang i psykiatrien og arbeidet med lov om psykisk helsevern som Kina fikk på plass høsten 2012, har stått sentralt i samarbeidet. Siden 2004 har det blitt holdt årlige seminarer om etikk og menneskerettigheter. Til sammen har rundt 600 kinesiske psykiatere deltatt på seminarene. Deltakerne kommer fra alle provinser i Kina og har sentrale posisjoner i psykiatrien i sine regioner.

Friends of the Mind-Norge (FOM-N) er en ideell partipolitisk og religionsnøytral organisasjon som arbeider med støtte til utvikling av psykisk helsearbeid i Peshawar Pakistan. FOM-N er drevet av frivillige, engasjerte norske og pakistanske enkeltpersoner som ønsker å sette fokus på manglende helseressurser innen psykisk helse i nord-vestlige deler av Pakistan. FOM-N skaffer økonomisk støtte til lokale organisasjoner og institusjoner som utvikler og driver helse- og rehabiliteringstilbud til mennesker med psykiske lidelser. De siste fem årene har det meste av innsamlede midler gått til drift av et rehabiliteringssenter for psykisk syke i en bydel i Peshawar. Senteret drives etter anerkjente prinsipper for «community based rehabilitation» og gir tilbud til 2000 psykisk syke i året. Prosjektet har vært støttet av Norad siden 2011. I tillegg til innsamling av økonomisk støtte, arbeider FOM-N for utveksling av faglige erfaringer mellom Pakistan og Norge. I Norge er det behov for tilførsel av erfaringskunnskap fra psykisk helsearbeid i en pakistansk kulturell kontekst, som et bidrag til det psykiske helsearbeidet for minoriteter i Norge. En slik utveksling kan blant annet gjøres gjennom felles seminarer med samarbeidspartnere i Pakistan, samt hospitering- og utvekslingsprogrammer.

Norad

Norwegian Agency for Development Cooperation

Postal address:

P.O. Box 8034 Dep, NO-0030 OSLO

Office address:

Ruseløkkveien 26, Oslo, Norway

Tel: +47 23 98 00 00

Fax: +47 23 98 00 99

postmottak@norad.no

www.norad.no

