

## Nå er det prioritering som mangler

Arne Holte

professor emeritus i psykologi

Nasjonalt, bredt og befolkningsrettet har vi aldri forsøkt å forebygge psykiske lidelser. Det kan skyldes manglende kunnskap, men også manglende prioritering.



Arne Holte. Foto: FHI

Styrket psykisk helse og lavere forekomst av psykiske lidelser i befolkningen må bli hovedmålet for den nye opptrappingsplanen for psykisk helse. Hvorfor? Fordi ingen andre sykdommer koster Norge mer

i kroner og øre, helsetap, tapte friske leveår i arbeidsdyktig alder og livskvalitet samt uføretrygning og selvmord blant unge.

Klart vi skal ha like bra behandling når vi er psykisk syke, som når vi er fysisk syke. Men vi kan ikke behandle oss ut av dette. Behandling til alle psykisk syke, som er helt urealistisk, kan bare senke sykdomsbyrden fra psykiske lidelser for samfunnet med en tredjedel. Ta depresjon, samfunnets dyreste sykdom. Der kan psykoterapi gi god effekt. Men mer enn halvparten blir ikke vesentlig bedre (50 % symptomreduksjon), og bare en tredjedel blir friske av behandlingen (Cuijpers et al., 2021).

I Psykologtidsskriftet stiller Cecilie Cottis Østreng meg ti omfattende spørsmål.

### *I forebygging som behandling bør vi prioritere det vi kan gjøre noe med*

Tre av dem er: Skal vi forebygge de letteste lidelsene på bekostning av de tyngste? Kan schizofreni og bipolaritet forebygges? Kan ikke de verste konsekvensene av disse lidelsene forebygges?

Svarene er ja, ja, og ja. Hvorfor? Fordi det er en vesentlig forskjell mellom de vanligste formene for depresjon, angst og ruslidelser og psykotiske og bipolare lidelser, alvorlige personlighets- og utviklingsforstyrrelser. De første, som kan være like funksjonshemmende som de siste, vet vi nå mye om hvordan vi kan forebygge. WHO mener at halvparten kan forebygges. De andre kan vi påvirke forløp og konsekvenser av gjennom tidlig intervensjon, men ikke hindre at de oppstår. I forebygging som behandling bør vi prioritere det vi kan gjøre noe med.

For hvilken annen livstruende og invalidiserende lidelse ville vi godtatt forebygging fremfor behandling? spør Østreng. Jeg er fristet til å si: På samfunnsnivå før sykdom er oppstått – alle. På individnivå og etter at sykdom er oppstått – ingen.

Død i veitrafikken er redusert fra nesten 500 på 1970-tallet til 87 siste år. Hjerterinfarkt er redusert med 80 prosent. Nedgangen i hjerneslag er imponerende. Kols vil snart gå kraftig ned. Det skyldes primært brede befolkningsrettete forebyggende tiltak. Ikke behandling. En tilsvarende utvikling må vi få for psykiske lidelser.

Til mammografiscreening er det satt av 25 ganger mer, og til skader og død i veitrafikken 3500 ganger mer (Nasjonal transportplan) enn til forebygging av selvmord. Sånn kan vi ikke ha det når syv ganger flere dør av selvmord enn på veiene og flere dør av selvmord enn av brystkreft.

Nasjonalt, bredt og befolkningsrettet har vi aldri forsøkt å forebygge psykiske lidelser. Det kan skyldes manglende kunnskap, men også manglende prioritering og, som Østreng fremhever, skam og fordommer. Men ungdom har blitt åpnere, og kunnskapen har eksplodert. Vi vet nå mye om hvilke psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak som virker hvor og lønner seg økonomisk.

Nå mangler bare prioriteringen. Om spesialisthelsetjenestene mener jeg, som Østreng, mye. Men det får bli en annen gang.

*Ingen oppgitte interessekonflikter.*

## Referanser

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. doi: 10.1111/acps.13335. Epub 2021 Jul 4. PMID: 34107050; PMCID: PMC8457213.