

Det viktige globale psykiske helsearbeidet

Signe K. Dørheim Dørheim
avtalepraksis, Stavanger, Helse Vest
dr.dorheim@lyse.net

Heidi Westborg Steel Steel
Norsk Nettverk for Global Mental Helse og ICDP Norge

Ingunn Dreyer Ødegaard Ødegaard
egen praksis

Anne Kristin Dale Skjold Skjold
Transkulturelt Senter, Stavanger Universitetssykehus

Ingun Møgedal Brustugun Brustugun
Asker BUP, Vestre Viken HF

Hanne Marit Bjørgaas Bjørgaas
Barne- og ungdomshabilitering (HABU), Stavanger Universitetssykehus

Vi kan ikke la være å handle i frykt for å trå feil.



Signe Dørheim (foto: privat)

Akiah A. Ottesen (2024) setter etisk søkelys på globalt psykisk helsearbeid i Psykologtidsskriftets februarutgave. Hun stiller spørsmål om det som kalles globalisering, egentlig betyr vestliggjøring. Hun skriver også at kunnskaper og holdninger innen global psykisk helse ikke tar hensyn til kulturell variasjon. Dette er vi ikke enige i. Hun er også spørrende til om man kan operere med en universell definisjon av psykisk lidelse, og av hvilke behandlinger som har effekt.

Vi er glade for at Ottesen inviterer til refleksjon rundt dette viktige temaet. Alt holdningsskapende arbeid bør ta inn over seg varskoene Ottesen fremmer. Det er spesielt viktig at mental helsefeltet utvikler en stedegen praksis mer enn noe annet felt. Samtidig ser vi behovet for å nyansere hennes påstander.

Vi som skriver dette, har erfaring fra psykisk helsearbeid og forskning i Nepal, India, Sri Lanka, Madagaskar og sørlige Afrika. Vi har også vært med i Verdens helseorganisasjons (WHO) Nettverk for global mental helse fra starten og medvirket til å opprette Nettverket for global mental helse i Norge (u.å.).

Nødvendig søkelys på mental helse

Vi ser at stadig flere får øynene opp for at mentale helseproblemer ikke bare er noe vi sliter med i rike land, men som i aller høyeste grad er til stede i fattigere land også. Det har bare ikke vært prioritert i verken hjelpearbeid eller egne lands helsepolitikk (Gude et al., 2012; Steel, 2022). Psykiske plager og lidelser er funnet å være til stede i ethvert land hvor dette har blitt undersøkt (WHO, 2022).

Forklaringene på plagene kan derimot variere ut fra kulturelle forutsetninger.

Initiativet til søkelyset på global mental helse (GMH) kom i sin tid sørfra, med støtte nordfra, og ble anerkjent av den globale organisasjonen, WHO (WHO, u.å.; WHO, 2021). Verden er blitt global. Selv i landsbyer har de på godt og vondt tilgang til internett, og også til informasjon om psykiske helseplager. Spørsmålet blir derfor ikke om vi skal møte behovet for økt kompetanse innen psykisk helse, men hvordan.

Vi har alle samme hjerne og kropp, og vi har de samme grunnleggende behovene for trygghet, sosial tilhørighet og anerkjennelse. Vi vet at fysiske og psykiske traumer og stress øker sjansen for psykisk lidelse. I mange utviklingsland er det større forekomst av krig, sosial urettferdighet, fattigdom og kvinneundertrykkelse enn her i Norge. Dette er faktorer som er vist å øke risiko for psykiske lidelser i de fleste land.

Kvinner som holdes nede og mishandles med henvisning til kultur og/eller religion, utvikler depresjon og selvmordsadferd overalt. Både Norsk psykologforening og andre aktører jobber mot krig og for likestilling, også i andre land enn Norge.

Men stigma mot å fokusere på dette finnes også overalt.

Samarbeid med lokalsamfunn

Farene ved individualisering av ansvar for egen psykisk helse, medikalisering av sosial urettferdighet og inflasjon av alvorligheten for å finansiere egen forskning er til stede innen GMH, på linje med alt psykisk og somatisk forsknings- og helsearbeid i alle land. Vi er enige med Ottesen i at dette må adresseres. Dette er komplekst, og med stor risiko for å gjøre nye feil. Men vi kan ikke la være å gjøre noe godt i frykt for å gjøre noe galt.

Det er viktig å nærme seg dette fagfeltet med respekt og forståelse for den kulturen og de betingelsene menneskene lever med. Vi kan ikke tro at vi her i landet har funnet løsningen på deres problemer. Like viktig er det at vi nå har anledning til å lære av de feil som vi har gjort i behandling av psykiske lidelser i vår kontekst, og starte på et bedre sted, i dialog med dem det gjelder.

I samarbeid med nasjonale partnere blir vi ydmyke når vi ser den kompetansen og erfaringen vi møter. Det er ingen tvil om at partnerne selv kan vurdere hva de ønsker og trenger bistand til, også når det gjelder psykisk helse. Vi kjenner ikke godt til prosjektet til Operasjon Dagsverk i Uganda som Ottesen refererer til i sitt innlegg, annet enn at de har en dyktig lokal faglig partner i Uganda. Fagmiljøet i det norske nettverket løfter aktivt temaet «Do no harm» for å sikre oss mot forenklede løsninger i et komplisert felt.

Forskning i riktig kontekst

Forskning er viktig, men mesteparten av forskning på mentale lidelser er gjort i rike, vestlige land, og resultater derfra kan ikke umiddelbart gjøres gjeldende for andre land. Slik Ottesen påpeker, finnes lokal kunnskap som bør løftes fram og bevares slik at hjelpen blir mer effektiv der den gis. Derfor

bør vi støtte mer forskning i andre kulturer enn vår egen, for å få fram andre faktorer som enten kan beskytte mot eller bidra til psykiske plager. Dette er noe Nettverket for global mental helse i Norge ønsker å være en inspirasjon til og veileder for.

Sammenheng med fysisk helse

WHO har i sin handlingsplan for mental helse (mhGAP) understreket at en må unngå at arbeidet med GMH bare blir en «pill-giving»-strategi. Samtidig oppsøker mennesker helsevesen og alternative behandlere for sine psykiske helseplager, og får piller eller andre kurer som ikke virker, men likevel koster penger og kan gi bivirkninger.

På helsepostene i Nepal så vi mange av de samme typer pasienter som i en norsk allmennpraksis: uspesifikke kroppslige plager, som i all hovedsak var oppstått av psykiske stressorer (Dørheim, 2007). Der, som her, omhandler 25 % av konsultasjonene i hovedsak psykiske helseplager (WHO, 2018). Vitaminer, smertestillende eller astmamedisiner hjelper lite da. Da er det godt å kunne gi en forklaring som at det er stress eller angst som gir plagene, og lytte etter hva som er vanskelig i den enkeltes liv, i stedet for å gi piller. Men også ha mulighet til å gi rett type medisiner om det trengs.

Vi vet også at mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør i gjennomsnitt 15–20 år tidligere enn andre, av sykdommer relatert til hjerte, lunge, diabetes og hjerneslag (Lien et al., 2015), som utgjør de fire andre store sykdommene WHO arbeider for å redusere dødelighet av. Vi kommer ikke utenom å adressere psykisk helse om vi ønsker å få ned dødeligheten også av disse somatiske sykdommene.

Redusere menneskerettsbrudd

Kunnskap er svært viktig også når det gjelder alvorlige psykiske lidelser, blant annet for å redusere menneskerettighetsbrudd. Mennesker med psykoselidelser, mani eller med alvorlig psykisk utviklingshemming blir stengt inne i bur eller lenket fast med kjetting, og påføres ytterligere psykiske og fysiske skader. Dette skjer ikke fordi folk er slemme mot sine familiemedlemmer, men fordi det ikke finnes noen som kan passe på dem mens de selv må gå på jobb. Når det da finnes medisiner og annen behandling som gjør at de kan få det bedre og ta mer del i familien, kan mange liv forbedres, ikke bare pasientens, men også hele familiens. Andre med dype depresjoner er ikke i stand til å jobbe og forsørge sin familie. Dette er en stor skam for den som opplever å ikke kunne være til nytte, noe som kan ende i selvmord. I Nepal har Matrika Devkota blitt en viktig lobbyist for satsing på psykisk helse med utgangspunkt i sin egen smertefulle depresjonserfaring (Ashoka, u.å.).

En tredje gruppe pasienter er mennesker med fysiske sykdommer og handikap som epilepsi eller cerebral parese, der det er vanskelig for pasienten å uttrykke seg forståelig. Uten kunnskap i helsevesenet og i befolkningen vil disse menneskene risikere å bli utsatt for mishandling og andre menneskerettighetsbrudd. Mennesker med adferdsforstyrrelser grunnet psykisk utviklingshemming risikerer også å bli satt i fengsel i stedet for å få omsorg og rett behandling.

Forebygging i fellesskap

Vi kunne kommet med mange eksempler på at det nytter å satse på psykisk helsearbeid i bistanden, men plassen strekker ikke til. Nettverk for global mental helse i Norge samler både universiteter, interessegrupper, privatpersoner, bistands- og misjonsorganisasjoner for å utveksle erfaringer og prøve å navigere i et komplisert fagfelt. Nettverket ønsker å støtte lokale initiativ, utvikle kompetanse

og samhandle med partnere i lav- og mellominntektsland for å forebygge, behandle og ta vare på mennesker som sliter med psykiske helseplager. Vi oppfordrer Ottesen og andre som er interessert i dette fagfeltet, til å engasjere seg i nettverket.

Merknad: Alle forfatterne er tilknyttet Nettverk for global mental helse i Norge

Referanser

- Ashoka (u.å.). Matrika Devkota: Ashoka fellow since 2026. *Ashoka Nordic Region*. <https://www.ashoka.org/en-nrd/fellow/matrika-devkota>
- Dørheim, S. (2007). Internasjonal medisin: Ikke bare Nirvana. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127, 3112–3114. <https://tidsskriftet.no/2007/11/internasjonalt-medisin/ikke-bare-nirvana>
- Gude, T., Dørheim, S. K., Bjørngaas, H. M. & Maridal, H. K. (2012). Husk mental helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(20), 2263–2264. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0818>
- Lien, L., Huus, S. G. & Morken, G. (2015). *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(3), 246–248. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0831>
- Nettverk for global mental helse i Norge (u.å.). *Om nettverket for global mental helse i Norge*. <http://globalmentalhelse.no/nettverk-for-global-mental-helse-i-norge/>
- Ottesen, A. A. (2024). Globalt psykisk helsearbeid eller misjonering? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(2), 120–123. <https://psykologtidsskriftet.no/etikkpanelet/2024/02/globalt-psykisk-helsearbeid-eller-misjonering>
- Steel, H. W. (2022, 28. januar). Psykisk helsevern i utviklingsland – en mulighet som glipper? *Panorama nyheter*. https://www.panoramanyheter.no/helse-nepal/psykisk-helsevern-i-utviklingsland-en-mulighet-som-glipper/291995?fbclid=IwAR3wcpy1OTOaAQ6XAn7__tyR3Z6SfnAyzw_MjOjWW6Z7_R3UdxLMtcOXkmQ
- WHO (u.å.). *Mental Health and Substance Use*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>
- WHO (2018). *Mental health care in primary care: illusion or inclusion?* World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2
- WHO (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029?fbclid=IwAR35v3J6V2pW40bvojAPZSzc0ASvWk3fU53fCkws-lWdlFj6yMtF2V5prEw>
- WHO (2022, 8. juni). *Mental Disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>