

Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser

PSY
KOL
OGI

I nær fremtid vil samfunnet forvente at psykologer har kompetan på forebyggende tiltak som bedrer den psykiske helsen i befolkningen som et hele - ikke bare hos enkeltindivider. Særlig gjelder dette kommunepsykologer og spesialister i samfunnspsykologi.

TEKST

Arne Holte

PUBLISERT 5. juli 2012

EMNER Forebygging av psykiske lidelser

Sykdom

Helsearbeidet i Norge skal dreies fra kostbar, høyspesialisert behandling av syke til større vekt på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak.

Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47, 2008–2009), ny lov om folkehelsearbeid (2011) og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) skal realiseres, og psykologer skal ut i kommunene (St. prp. 1, 2009). Signalene fra EU (McDaid, 2008), WHO (Patel et al. 2007; WHO, 2008) og ledende vitenskapelige tidsskrifter (Movement for global mental health, 2008) går i samme retning.

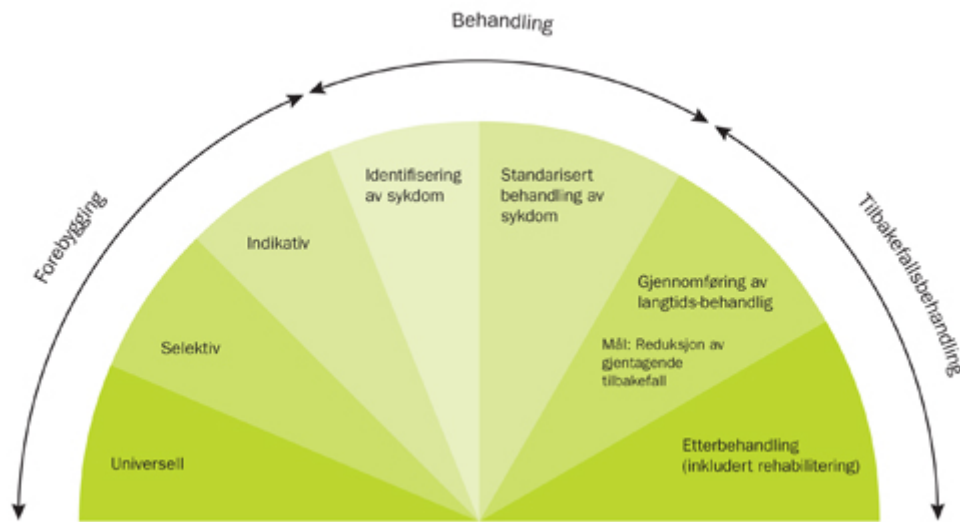
Samtidig fastslår forskere at psykiske lidelser er en stor trussel mot samfunnsutviklingen. En ny studie fra 30 europeiske land stadfester at psykiske lidelser koster Europa mer enn noen annen sykdomsgruppe (Wittchen et al., 2011). Mange land har derfor gjennomført psykisk helse-reformer, og nylig vedtok WHO sin første resolusjon om psykisk helse (WHO, 2012).

«Barnehageansatte er antakelig Statens mest profitable investeringsobjekt»

Hva mener vi så med å forebygge psykiske lidelser? Vi mener neppe (som i samhandlingsreformen) å overføre behandling og rehabilitering av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Nei, innenfor psykisk helse betyr forebygging enkelt og greit å redusere antall nye tilfeller av sykdom – før de oppstår. Tiltak som settes inn etter at folk er blitt syke, kaller vi behandling, enten den er kurativ, tilbakefallsrettet, eller rehabiliterende (Mrazek & Haggerty, 1994) (figur 1). Et

forebyggende tiltak er virksomt bare hvis antall nye tilfeller blir lavere enn om vi ikke satte inn tiltaket (Gillham, Shatte, & Freres, 2000).

Basert på den foreløpige kunnskap vi har i dag, har jeg forsøkt å formulere ti prinsipper for hvordan vi kan forebygge psykiske lidelser i Norge:



Figur 1. Begrepene forebygging, behandling og tilbakefallsbehandling. Oversatt fra Mrazek & Haggerty (1994) og gjengitt med tillatelse fra National Academy of Sciences, Courtesy of the National Academies Press, Washington, D.C. © (2010).

Mental kapital

Målet bør være å utvikle landets mentale kapital. Landets viktigste ressurser er ikke fisk og olje. Det er mental kapital – innbyggernes samlede mulighet til å utvikle trygghet, selvstendighet og kreativitet, bruke sine følelser, tenke smart, koordinere sin adferd, danne sosiale nettverk og mestre utfordringer. Utvikler vi landets mentale kapital systematisk, forebygger vi trolig flere psykiske lidelser enn om vi retter tiltak direkte mot psykiske lidelser (Jenkins et. al., 2008).

Sykdomsbyrde

Prioriter de sykdommene som truer samfunnet mest økonomisk. Årlige samfunnskostnader for psykiske lidelser i Norge er anslått til 60–70 milliarder (St.prp. nr. 1, 2009–10). Det er mer enn for noen annen sykdomsgruppe. Psykiske lidelser belaster samfunnet 50 prosent mer enn all kreftsykdom, 50 prosent mer enn all hjertesykdom, står for 40 prosent av sykefraværet og 40 prosent av uføretrygdkostnadene. For hver uføretrygdet for psykisk lidelse taper Norge 21 arbeidsår. Depresjon, angst og alkoholmisbruk er dyrest. Depresjon står alene for halvparten av kostnadene. Ingen sykdom koster samfunnet mer (se Mykletun & Knudsen, 2009 og Wittchen et al., 2011 for oversikter).

Effekt

Vi bør forebygge uheldige virkninger av å leve med schizofreni, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser, anoreksi, autisme eller ADHD. Men vi kan enda ikke effektivt forebygge disse forstyrrelsene. Vi bør satse på det vi kan forebygge. Heldigvis kan vi forebygge de dyreste sykdommene: depresjon, angst og alkoholmisbruk (Wagenaar, Salois & Komro, 2009; Cuijpers et al. 2012).

Helsefremmende tiltak

Forebygging av fysiske sykdommer har vært en suksess (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011). Spedbarnsdød, død ved hjerteinfarkt og ved hjerneslag, flere kreftsykdommer, selvmord og trafikkulykker har gått ned. Tennene våre er friskere. Levealderen har økt. Hele gevinsten skyldes ikke helsetiltak. Men noe gjorde vi riktig: Vi satset langsiktig, med mange metoder samtidig, på eksponeringsfaktorer, kunnskap og kompetanse som fremmet helse, fremfor forebygging av enkeltdiagnoser. Og vi brukte lovverk og avgiftspolitiske virkemidler. Slik må vi tenke om psykisk helse også. Viktige stikkord er familie, barnehage, skole, venner, arbeid, foreldrekompetanse, belastningsmestring og psykologisk kunnskap.

Lønnsomhet

Opptrappingsplanen for psykisk helse prioriterte dem som hadde det vanskeligst. Nå må vi også tenke kostnad–nytte og finne tiltakene som lønner seg best. Ta barnehagers langtidsvirkning på barns psykiske helse – den beror antakelig utelukkende på barnehagens kvalitet (Sylva et al., 2011). Dårlige barnehager lønner seg ikke. Gode barnehager lønner seg, for barnas psykiske helse og for samfunnet (Pianta et al., 2009).

Befolkningsrettet

Prioriter befolkningsrettede tiltak. Tiltak mot risikogrupper og enkeltpersoner med begynnende sykdomsutvikling kan være svært effektivt for dem vi når. Men de fleste når vi ikke; folk søker ikke hjelp før de er blitt syke. Selv om gjennomsnittseffekten for den enkelte kan være liten, regnes tiltak for hele befolkningen som mest kostnadseffektivt. Som for fysisk helse, tror vi det også gjelder psykisk helse (Kellam & Langevin, 2003; Nation et al., 2003).

Utenfor helsetjenestene

Prioriter arenaer utenfor helsetjenestene. Det er ikke i helsevesenet helsen produseres. Den produseres der folk lever sitt liv – i familien og barnehagen, på skolen og arbeidsplassen, i idretten og kulturlivet, og på aldershjemmet. Familien, barnehagen og skolen er viktigst. Bedre helsetjenester har relativt liten effekt på befolkningens helse. Det er det vi gjør ellers som teller (Hogan, 2002; Major et al., 2011).

De første leveårene

Som investeringsobjekt er barn bedre enn bank og børs. Nobelprisvinner i økonomi, James Heckman, viste det: Jo mindre barna er, desto større avkastning gir investering i

mental kapital. Barnehageansatte er antakelig statens mest profitable investeringsobjekt (Heckman, 2006; Sylva et al., 2011; Pianta et al., 2009).

Nivå fremfor sykdom

Slik antallet alkoholskader følger totalinntaket av alkohol i en kommune, følger trolig antallet psykiske lidelser av det psykiske belastningsnivået. Alkoholskader reduserer vi effektivt ved å senke totalinntaket av alkohol i kommunen (Wagenaar, Salois & Komro, 2009). Kanskje reduserer vi antallet depresjoner best ved å redusere nivået av psykiske plager i kommunen. Her mangler enda bevis, men Norge er ypperlig egnet til å teste hypotesen.

Kunnskapsbasert

Som behandlingen må det, må også forebygging bygge på kunnskap. Vi må slutte å tillate store investeringer i helsefremmende og forebyggende tiltak uten en plan og et budsjett for vitenskapelig evaluering av om tiltaket lar seg gjennomføre (implementering), virker (efficacy), lønner seg (kostnad–nytte) og om folk vil ha det (brukertilfredshet). Langsiktig satsing på psykisk helsefremmende og forebyggende tiltaksforskning er antakelig noe av det mest lønnsomme Norge kan gjøre innenfor psykisk helse.

Selvfølgelig skal behandlingstilbudet for psykiske lidelser være like godt som for fysiske. Klart vi skal prioritere dem som har det vanskeligst. Men det har liten virkning på befolkningens psykiske helse. Skal psykologene bidra til at vi får færre nye tilfeller av psykiske lidelser – det vil si forebygge – trenger vi kompetente psykologer. Er psykologene klare?

FAKTA: PRINSIPPER FOR FOREBYGGING

- Psykiske lidelser koster Norge mer enn noen annen sykdomsgruppe
- Mest belastende for landet er depresjon, angst og alkoholmisbruk
- Depresjon står alene for halvparten av kostnadene for psykiske lidelser
- De mest kostnadskrevende psykiske lidelsene kan forebygges
- Psykologer trenger bedre kompetanse på forebygging for å kunne bidra til at vi får færre nye tilfeller av psykiske lidelser

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 7, 2012, side 693-695

TEKST

Arne Holte, professor emeritus i psykologi

Referanser

- Cuijpers, P., Beekman, A. T. F. & Reynolds III, C. F. (2012). Preventing Depression: A Global Priority. 1033-1034.
- Gillham, J. E., Shatte, A. & Freres, D. (2000). Preventing depression: A review of cognitivebehavioral and family interventions. 63-88.
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children, 1900-1902.
- Helsedirektoratet. (2011).
Oslo: Helsedirektoratet.
- Hogan, M. (2002). Spending Too Much on Mental Illness in All the Wrong Places. 1251-1252
- Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P. B., Brugha, T., Bebbington, P., Farrel, M., et al. (2008).
London: The Government Office for Science.
- Kellam, S. G. & Langevin, D. J. A. (2003). Framework for Understanding «Evidence» in Prevention Research and Programs. 137-153.
- Major, E., Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). («Forebyggingsrapporten» Rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mcdaid, D. (2008). Health Economics, Policy and Law. 219-228.
- Movement for global mental health. (2008). Lancet series on global mental health. (10.11.2008).
- Mrazek P.J., & Haggerty R. J. (1994).
Washington, DC: National Academy Press.
- Mykletun A., & Knudsen, A. K. (2009). (FHI-rapport 2009:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2011). Helsetilstanden i Norge (Rapport 2010:2). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What Works in Prevention? Principles of Effective Prevention Programs. 449-456.
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, et al., (2007). Treating and preventing mental disorders in low and middle income countries - is there evidence to scale up? 990-1005.
- Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A. & Malhotra, S. (2008) Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. 313-334.
- Pianta. R. C. Barnett, W. S. Burchinal, M. & Thornburg, K. R. (2009). The Effects of Preschool Education: What We Know, How Public Policy Is or Is Not Aligned With the Evidence Base, and What We Need to Know Psychological Science in the Public Interest. 49-88.
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. 146-152.
- Stortingsproposisjon nr. 1 (2009-2010). Finansdepartementet.

Stortingsmelding nr. 11 (2011-2012)
Utenriksdepartementet.

Oslo:

Sylva, K., Meluish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. et al. (2011). Pre-school quality and educational outcomes at age 11: Low quality has little benefit.
109-124.

Wagenaar, A. C., Salois, M. J. & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. 179-190.

Wittchen, H. U. Depression - Public Health Priority of the 21st Century. Presented at EU Mental Health Pact Thematic Conference, «Prevention of Depression and Suicide», Budapest, 9-10 Desember 2009

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A, Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.
655-679.

WHO, 2008 Mental health improvements for nations development: The WHO MIND Project.

WHO Regional Office for Europe. (2011). The European Mental Health Strategy.

WHO Sixty-fifth world health assembly WHA65.4. (2012). The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Resolusjon.