

PSYKISK HÄLSA

EN RÄTTIGHETSFRÅGA



INNEHÅLL

Förord	3
Glaspojken	6
Vad är psykisk hälsa?	9
Psykisk hälsa och psykosocialt stöd i humanitära kriser	13
Vårdsystemet CETA	19
Föräldrautbildning – Ett sätt att främja barns välmående	23
UD:s och Sidas arbete för att främja MHPSS	25
Det svenska MHPSS-nätverket	29
Framtida utmaningar	32
Presentation av författarna till skriften	35
Referenser	36

FÖRORD



God och jämlik hälsa är en mänsklig rättighet. Agenda 2030 och särskilt utvecklingsmål nr 3, god hälsa och välbefinnande, ger vissa verktyg till hur rättigheten kan säkerställas. Men världssamfundet har en stor mängd utmaningar att hantera för att nå dit. Det handlar inte bara om att uppnå hälsomålet till år 2030, utan även att god hälsa måste beaktas i hållbarhetsagendan som helhet. Ingen ska lämnas utanför.

Denna skrift fokuserar på hur man kan arbeta mer holistiskt med psykisk hälsa och hur olika aktörer kan arbeta för att främja ett sådant mål. Den har tagits fram i samarbete mellan Nätverket för global psykisk hälsa och barnrättsorganisationen War Child Sverige. Syftet är att öka kunskapen om hur olika aktörer redan idag arbetar med frågor om psykisk hälsa och psykosocialt stöd och vilka särskilda utmaningar som finns för att nå ett helhetligt förhållningssätt. Vi kommer genomgående använda en engelsk förkortning som stavas MHPSS. Det står för Mental Health and Psychosocial Support, där vi dock valt att använda den svenska termen psykisk hälsa (istället för mental hälsa). Vi vill ge en bakgrund till varför vi menar att denna förkortning är viktig och relevant. Vidare vill vi lyfta fram varför det är så angeläget att fokusera mer på det helhetsperspektiv som begreppet MHPSS täcker in, i såväl humanitärt arbete som i det långsiktiga utvecklingssamarbetet. Vi vill se en ökad kunskap om hur olika aktörer arbetar med MHPSS. Samtidigt ser vi också ett ökande intresse för området, och en möjlighet att stärka samverkan i Sverige för att nå resultat. Civilsamhälle, myndigheter, akademi och de privata aktörerna har alla viktiga roller att spela. God hälsa berör alla delar av vad det är att vara människa och MHPSS-agendan behöver uppmärksammas mer, framförallt i ett globalt perspektiv.

En särskilt utsatt grupp är barn och unga. Forskning visar att 10-20 procent av barn och ungdomar lider av psykisk ohälsa. Hälften av dessa fall utvecklas innan 14 års ålder och tre fjärdedelar är utvecklade vid 24 års ålder.¹ Psykisk hälsa måste börja betraktas och prioriteras som den rättighet det är enligt Barnkonventionen. Dessa fakta belyser behovet av ett ännu tydligare rättighetsperspektiv när det kommer till barn och unga och deras psykiska hälsa.

Vad gäller stöd till personer med psykisk ohälsa är klyftan stor mellan höginkomstländer och låg- och medelinkomstländer. I låg- och medelinkomstländer saknar omkring 75 procent av personer med psykiska sjukdomar tillgång till vård.²

Vi vill säkerställa att alla människor, oavsett var de föds och lever, har tillgång till det psykosociala stöd de har rätt till för att uppfylla den grundläggande mänskliga rättigheten till god hälsa.

En uttalad ambition med denna publikation är att öka engagemanget för MHPSS bland berörda aktörer och inom biståndet. Vi är övertygade om att en ökad acceptans och synlighet för frågor som rör psykisk hälsa och psykosocialt stöd i den svenska biståndsdebatten skulle bidra till bättre kapacitet hos svenska aktörer, inte minst vad gäller det preventiva arbetet.

Ett ytterligare mål är att öka förståelse och kunskap om psykisk hälsa och psykosocialt stöd bland unga, framförallt mot bakgrund av den växande insikten om vikten av att agera tidigt efter en svår upplevelse. Vi vill inspirera till lokalt engagemang kring dessa frågor, vilket förhoppningsvis också kan leda till minskat stigma kring att söka hjälp och stöd för psykisk ohälsa bland unga.

Inför arbetet med denna skrift har vi haft långa diskussioner om begrepp, inte minst om översättning av ord och begrepp från engelska. Vi har till exempel diskuterat vilket begrepp som är bäst att använda om det övergripande temat: "psykisk hälsa", "mental hälsa" eller något annat begrepp. Vi har med hjälp av Språkrådets och Karolinska Institutets råd i åtanke landat i "psykisk hälsa" men har också valt att behålla den internationellt vedertagna förkortningen MHPSS. Diskussionen vittnar om att det är temaområde under utveckling vilket ytterligare har eggat vår motivation att ta fram denna skrift.

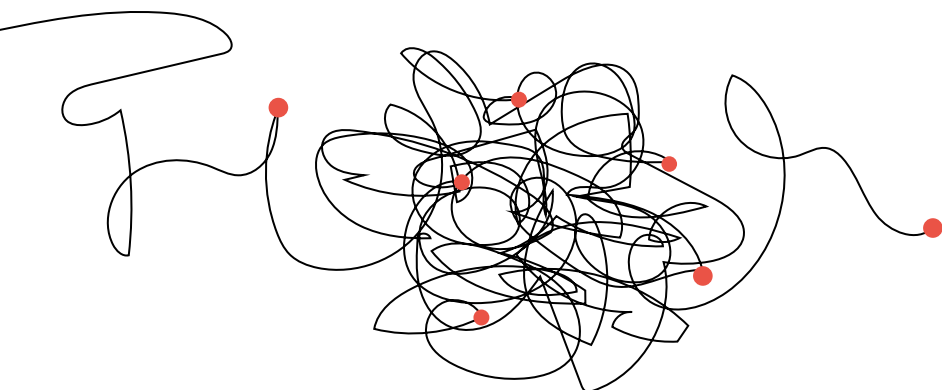
Kort sagt: vi hoppas att denna enkla publikation kan följas av fler, där vi gemensamt kan ytterligare fördjupa kunskapen och kompetensen om psykisk hälsa och psykosocialt stöd.

ERICA MATTELIN

Ordförande för Nätverket för global psykisk hälsa

PETER BRUNE

Generalsekreterare för War Child Sverige



OM OSS



Nätverket för global psykisk hälsa



Nätverket för global psykisk hälsa är en fristående, ideell och tvärprofessionell förening, baserad i Stockholm men verksam nationellt. Föreningen syftar till att förstå och stärka Sveriges roll och kapacitet till att verka för en förbättrad global psykisk hälsa med fokus på särskilt utsatta grupper.

War Child är en barnrättsorganisation som har specialiserat sig på att ge stöd till barn och ungdomar i krig och våldsam konflikt. Vi vet att minst 160 miljoner barn växer upp i sådana situationer. Samtidigt går det att göra något åt detta. MHPSS är centralt engagemangsområde för organisationen. War Child finns på plats i 15 konfliktområden. Genom forskningsteamet i Amsterdam finns också ett växande engagemang för att utveckla nya metoder för hur man kan arbeta med att ge stöd till barn i och föräldrar/vårdnadshavare i utsatta situationer. Sedan 2015 finns War Child representerat i de nordiska länderna genom sitt kontor i Stockholm.



GLASPOJKEN



Sverige. Det förlovade landet, där allt [pappa] drömmer om finns: medicin för min sjukdom, mat att mätta mig för en livstid, frihet att andas ut i. Världen växer framför mina ögon, de enda länder jag känner till är Iran och Irak.

GLASPOJKEN – s.81

År 1981 föds Zanyar Adami, son till två kurdiska gerillasoldater, mitt under brinnande krig. Tidigt upptäcks att han har en blodsjukdom som utan rätt vård kan innebära döden. Efter att ha flytt från Iran till Irak och överlevt svält och bombanfall sätts han på ett flygplan till Sverige, fem år gammal.

I oktober 2021 publicerades Zanyars självbiografiska roman *Glaspojken*. I boken berättar han om sina första elva levnadsår. Om hur hans desperata föräldrar lämnade honom hos morföräldrarna och hur han som ensamkommande femåring hamnar hos en fosterfamilj i en förort i Stockholm.

Och om vad som hände när hans föräldrar kunde fly och de kunde bo ihop igen, fast utan hans syster som lämnades kvar i Kurdistan. *Glaspojken* är en berättelse om längtan och livsgnista, utsatthet och styrka, svek och kärlek.

Zanyar Adami är författare, föreläsare och filmregissör. Han har en bakgrund som prisbelönt tidningsmakare (Gringo) och filmskapare (Gerillasonen). En solig fredag efter boksläppet möts vi i Liljeholmen för att prata om ämnet i denna skrift: psykisk hälsa.

Berätta om din bok, varför valde du att dela med dig av din historia?

– Min bok handlar om hur krig splittrar familjer och påverkar ett barn. Den handlar både om att vara i kriget men också hur det är efter man har flytt – hur kriget stannar kvar i barnet, och i familjen. Med min bok vill jag skapa en förståelse och empati för flyktingar och barn som har varit med om krig.

– Jag delade med mig av min historia med en förhoppning om att den ska kunna hjälpa andra – både människor som har varit med om liknande saker, så de kan spegla sig i min berättelse och kanske till och med kan berätta sin egen historia eftersom det finns något läkande i det, men också människor som inte har varit med om de här upplevelserna. De kan få förståelse

och kanske en väg att närma sig personer som har krigsbakgrund. Jag har sökt hjälp i vuxen ålder, och fått det. Det har varit så otroligt frigörande och hjälpsamt. Jag är ett bevis på hur väl det fungerar när man får hjälp, med rätt typ av behandling.

Vad motiverar dig att engagera dig i frågor som rör psykisk hälsa?

– Psykisk hälsa är superviktigt – minst lika viktigt som fysisk hälsa. Människor som har upplevt krig bär på trauma, det går inte att undvika. De bär på en smärta som de behöver hjälp att bearbeta, så att de kan förlösa sin energi och undvika psykisk ohälsa. Jag tycker att den hjälpen är eftersatt i Sverige och något som verkligen behövs satsas på.

– Jag tycker inte Sverige gör tillräckligt för ensamkommande ungdomar

och flyktingar generellt. Det är väldigt svårt att komma in i landet och när man väl är inne så är det svårt att få stanna och det finns väldigt lite stöd för den psykiska hälsan.

**Jag är ett bevis på
hur väl det fungerar
när man får hjälp,
med rätt typ av
behandling.**

I princip ska man komma hit och vara fullt fungerande direkt. Men att ha det bagaget och det ansvaret som man har som ensamkommande, ofta för en hel familj eller släkt, och samtidigt ha så höga krav på sig – jag förstår inte hur de klarar det. Det skulle kunna gå så mycket bättre om de fick stöd för sin psykiska hälsa *tidigt*.

Vad behövs enligt dig för att situationen ska bli bättre?

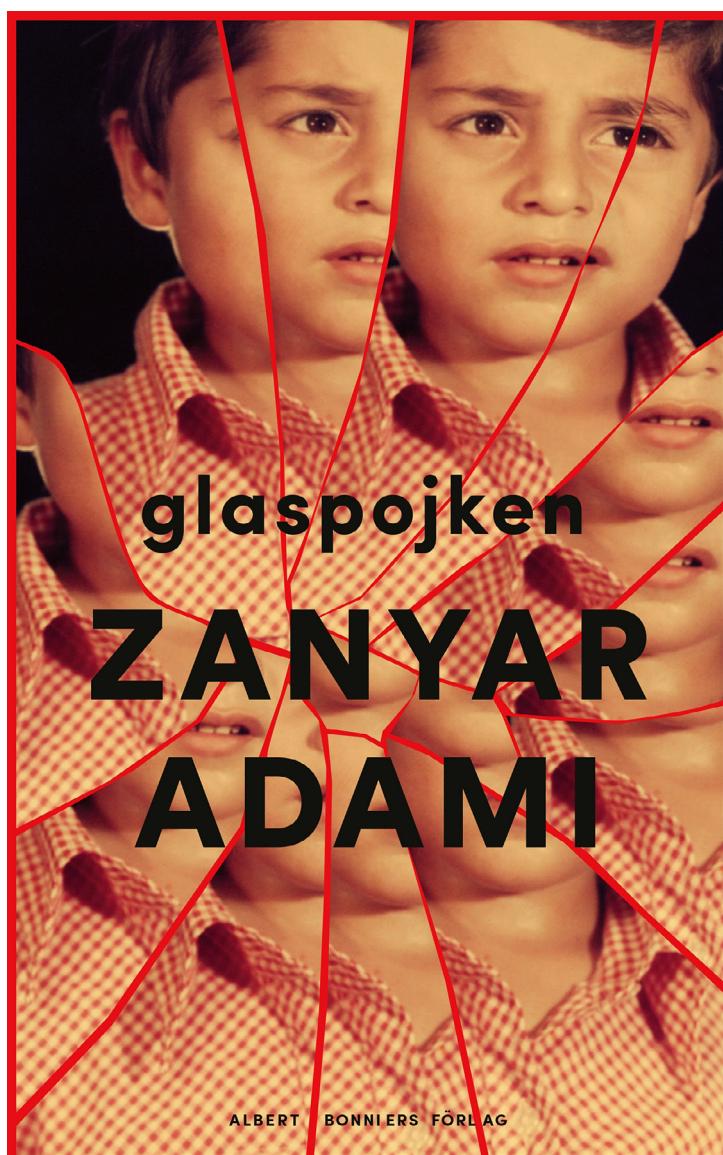
– En satsning på ökade resurser och utbildning. Att det ska finnas fler utbildade psykologer och terapeuter som specialiserar sig på trauma. Fler personer, och att de som idag arbetar med det blir kunnigare. Så en rejäl utbildningsinsats i traumabehandling, det är vad som behövs enligt mig.

Vad är dina förväntningar på den här skriften?

– Jag hoppas att psykisk hälsa kommer mycket högre upp på agendan, både för politiker och de som utbildar. Jag hoppas också att den här skriften ska öka medvetenheten och insikten om vikten av hjälp i ett tidigt skede.

NANDA JANSSON

Samtal med Zanyar Adami
oktober 2021



VAD ÄR

PSYKISK HÄLSA?

Psykisk hälsa definieras enligt Världshälsoorganisationen som “ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle individen lever i. Psykisk hälsa är alltså inte detsamma som frånvaron av psykisk sjukdom.”³

I vardagligt tal syftar man ofta på psykiatriska diagnoser som depression eller ångest när man talar om psykisk ohälsa. Sådana diagnoser är relativt vanliga och cirka 16 procent av befolkningen bedöms vid varje givet tillfälle lida av psykisk ohälsa som uppfyller kriterierna för någon diagnos.⁴ I konfliktområden är dessa siffror högre. Världshälsoorganisationen (WHO) beräknar att omkring en av fem av de som befinner sig i konfliktområden uppfyller kriterierna för någon psykiatrisk diagnos, som mildt till måttligt posttraumatiskt stressyndrom, depression eller ångestsyndrom.⁵ Andra studier har visat att omkring en av tjugo i humanitära katastrofer uppfyller kriterierna för allvarlig psykisk störning, exempelvis svår depression eller psykos.⁶

**Runt en miljard människor
beräknas på olika sätt påverkas av
psykisk ohälsa.**

Runt en miljard människor beräknas på olika sätt påverkas av psykisk ohälsa. Studier visar att omkring sju procent av allt lidande från sjukdomar i världen går att spåra till psykiska sjukdomar, och 21 procent av de år som världens befolkning lever med sjukdom beror på psykiska sjukdomar.⁷ Dessa beräkningar har dock av vissa forskare ansetts vara en underskattning. De menar att problemet är så stort att psykisk ohälsa står för 13 procent av allt lidande och 32 procent av år levda med sjukdom.⁸

Särskilt påverkade är barn och unga. I höginkomstländer är psykisk ohälsa den främsta källan till ohälsa bland barn och unga.⁹



I låg- och medelinkomstländer, där 91 procent av världens barn och ungdomar bor, är problemet ännu större.¹⁰ Förbättrade möjligheter att behandla infektionssjukdomar och förebygga reproduktiv ohälsa har också lett till att psykisk ohälsa står för en större andel av sjukdomsburden. I alla världens länder finns idag ett behandlingsgap, vilket gör att få av de som är i behov av behandling för psykisk ohälsa får det.¹¹ Att minska behandlingsgapet är extra angeläget i låg- och medelinkomstländer och i humanitära kriser, där behoven kan öka snabbt.

Generellt pekar forskningen på att det är ett utbrett problem att människor inte får stöd eller behandling för psykisk ohälsa i tid. Detta då kunskapsläget pekar mot snabba insatser – alltså att man tidigt ingriper i en individs liv.^{12–14} Det finns ingen anledning att någon ska behöva behöva gå med psykisk ohälsa och därmed med lidande och/eller försämrad funktion längre än nödvändigt. Att tidiga insatser är effektiva har bland annat kunnat visas i forskning kring prevention, där man sett att relativt små och billiga insatser kan ha stor påverkan.¹⁵ För många diagnoser riskerar dessutom uteblivna insatser leda till att den psykiska ohälsan kvarstår. Det kan även leda till att ohälsan får konsekvenser i form exempelvis suicidtankar och missbruk, eller, i ett vidare perspektiv, att den drabbade får svårt att komma in på arbetsmarknaden och får sämre ekonomi.

Tidiga insatser kan alltså främja en positiv utveckling hos barn som även får effekter på lång sikt.¹⁵

Trots att psykisk hälsa under senare år hamnat högre på den nationella och internationella agendan finns det fortfarande ett stort behov av mer kunskap – både hos dem som arbetar inom hälso- och sjukvården och hos allmänheten. Brist på kunskap om psykisk ohälsa kan leda till stigma och social exkludering, till exempel på arbetsmarknaden och inom familjen. Personer med psykisk ohälsa kan dessutom bli utsatta för våld och övergrepp. Den typen av stigmatisering går fortfarande att se inom sjukvården i många länder i världen, där personer som mår dåligt kan bli fastkedjade eller fastbundna under lång tid istället för att få den vård de behöver.

BETYDELSEN AV GODA LIVSVILLKOR

De yttre omständigheterna i människors liv har stor betydelse för deras välmående, både när det kommer till fysisk och psykisk hälsa. Sociala missförhållanden som fattigdom, diskriminering och brist på fysisk säkerhet kan vara både psykiskt påfrestande och påverka tillgången till psykosocialt stöd och vård för psykisk ohälsa. På samma sätt är den fysiska miljön viktig. Säkra arbetsförhållanden, tillgång till grönområden och välfungerande vårdinrättningar där man kan få vård när man behöver det är några av de faktorer som påverkar både välbefinnandet i vardagen och risken för att utveckla psykiska sjukdomar. Ojämlika levnadsförhållanden kan därför leda till en så kallad social gradient, där människor upplever fler och större hälsoproblem ju mer utsatta de är socialt och ekonomiskt.

Den här typen av yttre villkor kallas ofta hälsans sociala bestämningsfaktorer. En bestämningsfaktor är inkomst. I både låg-, medel- och höginkomstländer har människor med hög inkomst generellt sett bättre psykisk hälsa än de som är mindre välbeställda.¹⁶ Ett exempel från Sverige på detta är en rapport som publicerades 2014 av Studieförbundet näringsliv och samhälle, och som fastslog att barn som växer upp i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd löper tre gånger så stor risk att skrivas in på sjukhus för psykiatriska besvär.¹⁷ Detta illustrerar att sambandet mellan inkomst och välbefinnande går att se även i Sverige, och att det påverkar människor tidigt i livet. En växande mängd forskning pekar även på att ekonomisk ojämlikhet är en bestämningsfaktor i sig.^{18–20} Det innebär att det har större negativa konsekvenser för psykisk hälsa att leva i fattigdom i ett samhälle med stora ekonomiska klyftor än att ha en motsvarande inkomst i ett samhälle där klyftorna är små.

I Sverige har den sociala gradienten växt i takt med växande sociala klyftor, vilket gjort att befolkningens psykiska hälsa över tid blivit mer ojämlik.²¹ För att vända denna trend måste alla människor erbjudas bra och tillgänglig vård. Samtidigt måste

orsakerna till ohälsan motverkas genom trygga och jämlika livsvillkor, och andra hälsofrämjande insatser.

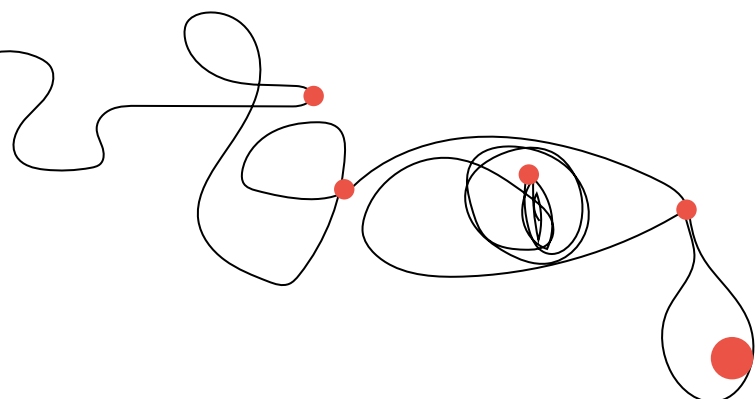
En annan bestämningsfaktor är våldsutsatthet, som har ett starkt samband med risken för att utveckla psykiatriska diagnoser.²² Våld är tyvärr ett vanligt förekommande problem i samtliga världens länder. I flera länder anses våld vara ett folkhälsoproblem.²³ I humanitära kriser är våld än vanligare, och barn på flykt drabbas inte bara av krigs- och konfliktrelaterade negativa upplevelser utan även av omsorgsbrist, fysisk misshandel och sexuella övergrepp.²⁴

► **Över 30 procent av alla flickor i världen har dessutom blivit utsatta för sexuellt våld.** ◀

Ungefär 30 procent av alla kvinnor globalt har utsatts för våld av en partner. I vissa länder anser över 50 procent av ungdomarna mellan 15 och 19 år att det är acceptabelt för en man att slå sin fru. Dessutom är det över 60 procent som upplevt fysiskt våld från vuxna när de var barn, medan över 30 procent av alla flickor i världen dessutom har blivit utsatta för sexuellt våld.^{25,26} Konsekvenserna av våld är omfattande. Det finns koppling mellan utsatthet för våld och alltifrån psykiatriska diagnoser (till exempel depression och posttraumatiskt stressyndrom) till lungcancer och för tidig död.²⁷ Bland personer på flykt är antalet traumatiska erfarenheter den främst studerade riskfaktorn för psykisk ohälsa.²⁸

En tredje faktor är flyktingskap. Att vara på flykt påverkar människor på många olika sätt och av olika anledningar. De som upplevt konflikter och katastrofer kan ha påverkats negativt psykiskt av upplevelserna, men även flykten kan i sig vara påfrestande, och det är ofta en krävande och lång process att skapa sig ett nytt liv på en ny plats.²⁹

PER KÅKS
ULF JOHANSSON
ERICA MATTELIN



PSYKISK HÄLSA OCH PSYKOSOCIALT STÖD I HUMANITÄRA KRISER

Betydelsen av yttre omständigheter för hälsa blir aldrig så tydlig som i humanitära katastrofer där våld, hunger, splittrade familjer och brist på tillgång till vård kan medföra att alla förutsättningar för välbefinnande rämnan. I november 2021 uppskattas över 80 miljoner människor vara på flykt. Nästan hälften av dessa är barn. Beräkningar visar att ett av fem barn i världen bor i områden som är påverkade av krig och konflikter.³⁰

Genom humanitära punktinsatser i samband med exempelvis konflikter och naturkatastrofer går det att säkerställa att de mest basala funktionerna för en stabil och sammanhållen tillvaro finns på plats. I sin mest grundläggande form innebär detta fysisk trygghet, förnödenheter, information och socialt stöd till behövande. En del av de som drabbats kan dock behöva mer anpassade insatser i form av individuellt socialt stöd, psykologiska behandlingar eller i enskilda fall psykiatrisk vård. Då upplevelser av konflikter eller katastrofer ofta sätter djupa spår kan dessa behov bli långvariga.³¹



**Ett av fem barn i världen bor i
områden som är påverkade av
krig och konflikter.**

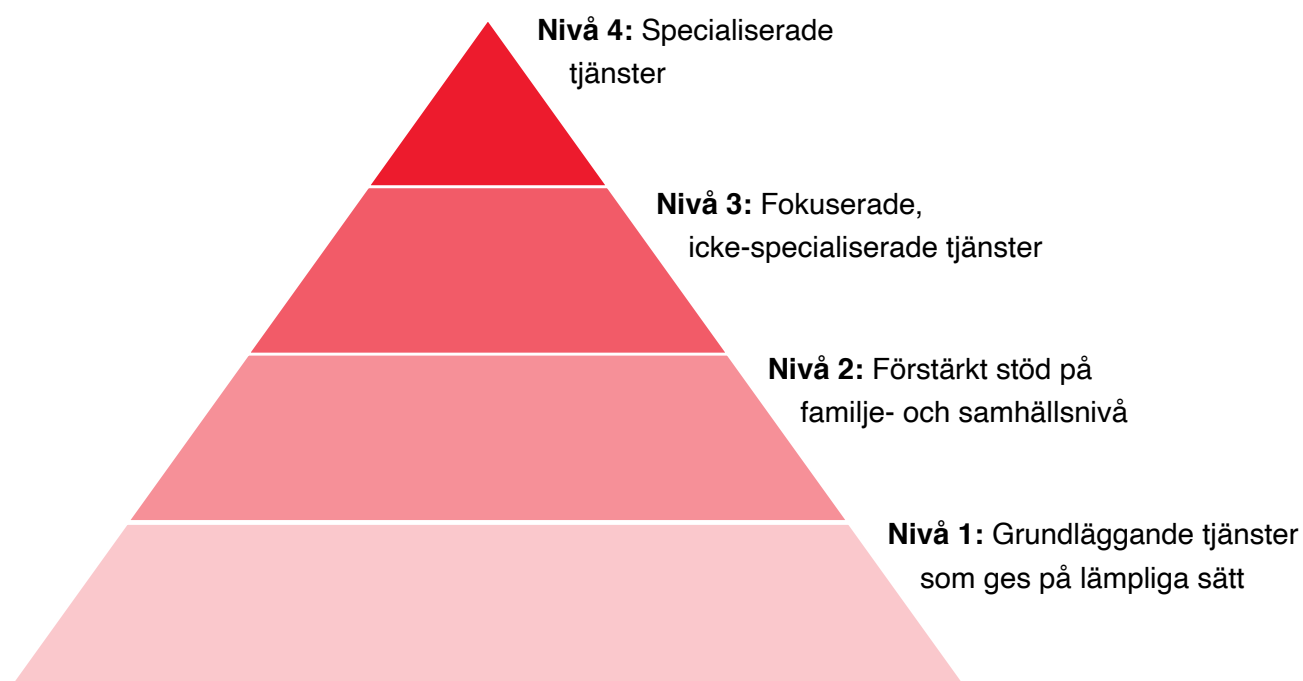


Det spektrum av insatser som behövs för att stötta välbefinnande hos personer i humanitära kriser beskrivs med termen psykisk hälsa och psykosocialt stöd (MHPSS). MHPSS är ett relativt nytt begrepp och fokuset på den psykiska ohälsan i humanitära katastrofer är fortfarande i sin linda. Det innebär att bestämningen av vad som ryms inom MHPSS, vilka begrepp som bör användas och även hur utförandet ska se ut fortfarande är under utveckling. *The Inter-Agency Standing*

Committee (IASC), ett forum för samarbete mellan FN och andra organisationer, publicerade 2007 en skrift för försöka samla fältet kring MHPSS och skapa samsyn kring definitioner och begrepp.³² I samband med den skriften definierades MHPSS som “alla typer av lokalt eller externt stöd som syftar till att skydda eller främja psykosocialt välbefinnande och/eller förebygga eller behandla psykisk sjukdom”. Riktlinjerna som tagits fram fokuserar främst på kriser i låg- och medelinkomstländer men har också viss applicerbarhet i höginkomstländer.

I humanitära kriser har man fram tills nyligen främst fokuserat på grundläggande behov såsom mat, vatten, fysisk säkerhet och kroppslig hälsa. Mindre resurser har gått till psykisk hälsa.³³ Siffror indikerar att så lite som en procent av den totala budgeten för hälsorelaterat bistånd har gått till insatser för psykisk ohälsa globalt.³⁴ Frågan har dock fått ett ökat fokus, bland annat genom en ökad kunskap om psykisk ohälsa hos flyktingar samt kopplingen mellan insatser för psykosocialt stöd (såsom barnvänliga platser) och andra typer av humanitära interventioner. Även länken mellan psykisk hälsa och våldsutsatthet, som beskrivs i föregående kapitel, har i högre grad börjat uppmärksammas, där det sistnämnda varit högt på den humanitära agendan under en längre tid.

I IASC:s modell för att arbeta med MHPSS-frågor i humanitära sammanhang motsvaras olika vanligt förekommande behov av fyra nivåer i en pyramidformad skala. Där utgörs den breda grunden av de basala insatser som krävs för att säkerställa en trygg tillvaro. Den kallas ofta *psykosocialt stöd*. Mer specialiserade psykologiska och psykiatriska behandlingar utgör den mindre toppen på pyramiden, där termen *psykisk hälsa* vanligtvis används för att beskriva vad man vill uppnå.



NIVÅ 1 (DEN LÄGSTA NIVÅN)

De mest grundläggande behoven i kriser och katastrofer utgörs av fysisk säkerhet, mat, vatten, värme, bostäder och primärsjukvård. För att säkerställa att dessa tjänster främjar de drabbades psykiska hälsa krävs att behoven uppfylls på ett säkert, inkluderande och socialt lämpligt sätt som främjar trygghet och värdighet.

NIVÅ 2 (NÄST LÄGSTA)

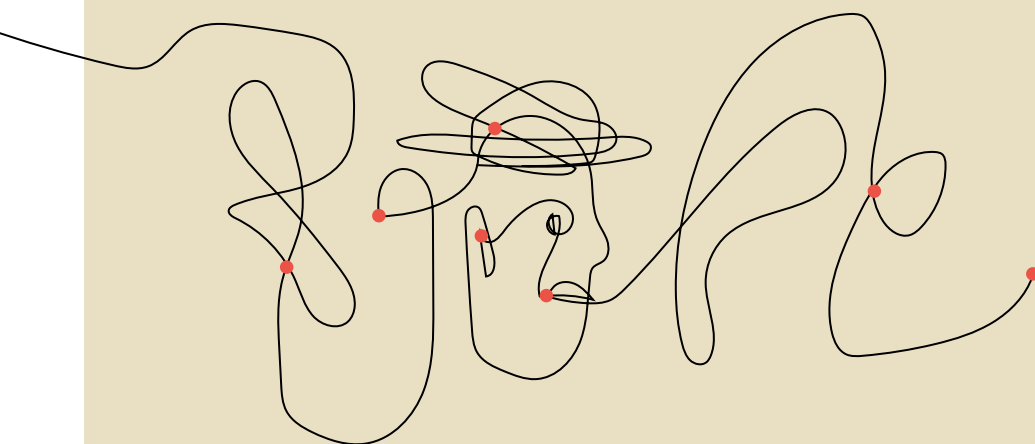
Vissa grupper kan behöva mer stöd på kollektiv nivå. För familjer som splittrats kan man till exempel behöva få hjälp att återskapa kontakten med anhöriga. Det kan också innebära att humanitära aktörer stöttar i att organisera sociala mötessammanhang, utbildningsinsatser eller föräldrastödsprogram.

NIVÅ 3 (NÄST HÖGSTA)

I de fall där personer har psykologiska stödbehov som inte kan tillgodoses genom kollektiva insatser kan det krävas individuellt stöd från personal med grundläggande psykologisk utbildning, exempelvis socialarbetare eller personal inom primärvården. Det kan vara aktuellt för personer som till exempel själva drabbats av våld eller som på andra sätt traumatiserats av den omvälvande kris de upplevt.

NIVÅ 4 (HÖGSTA NIVÅN)

Ett fåtal personer behöver specialiserade tjänster som inte kan tillhandahållas via ramverkets tredje nivå. Dessa personer kan ha drabbats hårt av den humanitära kris de upplevt, eller så kan de ha lidit av psykisk ohälsa sedan tidigare. Då kan behandlingar som ges av specialister, såsom psykologer, psykiatrisjuksköterskor eller psykiatriker behövas. Eftersom det är vanligt med brist på dessa personalkategorier i lågresursmiljöer används ibland task-shifting eller task-sharing, vilket innebär att dessa behandlingar ges av icke-medicinsk personal som fått kortare utbildningar inom psykologiska behandlingsmetoder.



Ofta tillhandahålls dessa vitt skilda insatser av olika aktörer med egna fokusområden. Det stora antalet aktörer som arbetar med MHPSS-frågor i humanitära sammanhang medför att många av behoven inom ramverkets olika nivåerna ofta kan tillgodoses. En förekommande kritik är dock att många smala fokusområden leder till en fragmentering av stödsystemet i sin helhet.³² Därför finns det fortfarande ett behov av att ta ett helhetsgrepp kring frågor som berör MHPSS, för att alla som drabbats av humanitära kriser ska få tillgång till det psykosociala stöd och de insatser för psykisk hälsa som just de behöver.

Vissa grupper har högre risk av att drabbas av psykisk ohälsa i samband med kriser. Flyktingar, äldre och personer med tidigare sjukdomar tillhör alla riskgrupper. Det gör även barn som är föräldralösa, som har separerats från sina föräldrar eller som utsatts för våld eller människohandel. För dessa kan det krävas mer intensivt stöd. För att MHPSS-insatser ska kunna levereras på ett respektfullt och effektivt sätt måste de som tar del av stödet ses som aktiva mottagare. När mottagarna får möjlighet att definiera sina egna behov ökar sannolikheten att insatserna passar in i de kulturella och sociala sammanhang där de erbjuds. I praktiken kan det innebära att MHPSS-aktörer samarbetar tätt med lokala regeringar och organisationer, involverar föräldrar i insatser till barn och unga och anpassar aktiviteter efter kollektiva önskemål.^{35,36} För att öka sannolikheten att aktiviteterna levereras på ett respektfullt sätt måste man även ta hänsyn till stigma kring psykisk ohälsa i den lokala kontexten.³⁷

Det finns ett växande antal studier som utvärderat MHPSS-insatser under humanitära kriser, där man studerat alltifrån psykosocialt stöd till olika former av psykiatriska behandlingar. Det är positivt att man i högre utsträckning studerar de insatser som genomförts, men det finns fortfarande förbättringspotential i kvaliteten på forskningen, vilket gör att det är svårt att uttala sig med säkerhet om effektiviteten för olika typer av insatser.³⁸ Ett exempel på detta är studier på preventiva program som använt sig av mått på psykisk ohälsa för att mäta utfall snarare än de förmågor man försökt främja (exempelvis problemlösningssförmåga).

Forskningsläget skiljer sig mellan olika typer av problem. Ett område inom psykisk hälsa där man har studera behandlingarna relativt ingående är posttraumatiskt stressyndrom. För psykosocialt stöd finns det däremot få studier med pålitliga resultat. Det är problematiskt eftersom psykosocialt stöd är den vanligaste insatsen i humanitära kriser.³⁹

SVERIGES ROLL INOM MHPSS

Det finns åtskilliga svenska aktörer som arbetar med MHPSS-frågor internationellt. Detta sker bland annat genom forskning, ideella organisationer som driver internationella projekt och Sveriges internationella utvecklingssamarbete som bidrar till att stötta lokala aktörer i andra länder. I mindre utsträckning genomförs även MHPSS-projekt inom Sveriges gränser, till exempel i form av psykosocialt stöd till personer på flykt – i huvudsak via den idéburna sektorn. Även projekt som tidigare inte ansetts rymmas inom MHPSS har i ökande grad börjat använda denna terminologi. Sådana projekt involverar inte bara krishantering utan även förebyggande arbete, exempelvis psykosocialt stöd till personer som lever i social isolering eller som upplevt påfrestande händelser tidigare i livet.

I Sverige används inte begreppet MHPSS särskilt ofta inom offentliga verksamheter ännu, trots att psykosociala insatser och behandlingar för psykisk ohälsa givetvis sker varje dag. Hälso- och sjukvården har inte heller använt terminologin när vi tvingats hantera situationer med mer omfattande utmaningar, som hösten 2015 med ett temporärt ökat inflöde av asylsökande. Ideella organisationer som redan under en längre tid har haft internationellt verksamhetsfokus har dock anammat begreppet.

IASC:s MHPSS-ramverk kan användas för att förstå det samlade arbete som sker för att förbättra den svenska befolkningens psykiska hälsa, där de högre nivåerna motsvaras av hälso- och sjukvården och de lägre nivåerna i huvudsak av aktörer inom civilsamhället.

En alltmer globaliserad värld kommer i framtiden ställa än högre krav på Sveriges förmåga att kunna tillhandahålla insatser för psykisk hälsa. En viktig del i detta arbete är bättre koordinering mellan de många olika aktörer som finns, för att olika typer av behov ska kunna tillgodoses på ett effektivt och samordnat sätt i samband med eventuella kriser.

I flera av de statliga utredningar som gjorts den senaste tiden – och främst i utredningen För att göra något nytt så måste man sluta med något gammalt – har Sveriges roll som forskningsfrämjare, internationell samarbetspart och vägvisare belysts.⁴⁰ Vilken roll Sverige tar globalt i framtiden är ännu inte helt klart men en fortsatt bevakning av dessa frågor anser vi är viktigt.

PER KÅKS
ULF JOHANSSON
ERICA MATTELIN



VÅRDSYSTEMET

CETA

I följande kapitel presenteras ett konkret exempel på hur psykisk hälsa kan främjas genom enkla medel.

“Common elements treatment approach (CETA) uppstod ur ett behov vi stötte på när vi handledde behandlare i enskilda metoder. Gång efter annan så fick de fantastiskt fina resultat för behandling av en diagnos eller ett problem, men efter behandlingen återkom de till oss med frågor om hur man ska göra när barnet ska hem till föräldrar som utövar våld eller personer som inte längre hade PTSD men nu behövde hjälp med sitt alkoholberoende. I de flesta länder finns det ingen att hänvisa till och vi såg att vi behövde jobba med ett system av vård snarare än enskilda behandlingar”, säger Laura Murray - Assistant professor på Johns Hopkins School of Public Health och en av grundarna av CETA.

Det är åtta år sedan jag träffade Laura Murray, psykolog och forskare, på en utbildning för svenska behandlare i traumabehandling för barn, traumafokuserad kbt. Redan då slogs jag och flera andra deltagare av vilket driv Laura visade för att tillgängliggöra behandling för barn som utsatts för olika former av våld eller skrämmande händelser. Laura berättade engagerat om hur man möjliggjorde behandling för barn som förlorat sin föräldrar i terrorattacken mot World Trade Center i New York i september 2001 eller för barn som bor i familjer där det förekommer våld i hemmet. Aldrig var ett ärende för svårt utan frågan var alltid hur.

Åtta år senare berättar Laura om den metod som hon och hennes kollegor på Johns Hopkins School of Public Health har tagit fram för att hantera flera av de här problemen: *common element treatment approach* (CETA). Det är en behandling som på alla sätt verkar omfatta allt det Laura arbetat med så länge jag känt henne: att göra behandling tillgänglig för så många barn som möjligt och att söka lösningar på komplexa problem.

CETA, beskriver Laura, är ett vårdsystem som försöker åtgärda flera av de problem som är kopplade till hur vi levererar behandlingar med fokus på humanitära kriser,

men som samtidigt hanterar problem som vi ser i länder med välutvecklade sjukvårdssystem.

Laura berättar att en av fördelarna med CETA är att den har tagit vara på de mest effektiva komponenterna i de behandlingar som finns just nu. Istället för att bestämma exakt vilken ordning som komponenterna ska ges så kan de istället blandas för att kunna användas för flera olika problem och diagnoser. Det innebär att CETA i dagsläget används för att behandla allt från depression till alkoholmissbruk och trauma.

Förutom att man behandlar flera olika symptom med samma behandling är CETA unikt på så sätt att man använder sig av *task-shifting*. *Task-shifting* har olika namn i olika fält men betyder i korthet att man låter personer utan någon formell utbildning i behandling av psykisk ohälsa genomföra behandlingen. *Task-shifting* är idag ett växande sätt att sprida behandlingar i länder där bristen på psykologer och psykiatriker är påtaglig. Fördelarna med task-shifting är många. En av de främsta är förstås att man då kan nå ut med behandling i delar av världen där tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal är låg och därmed kan använda den personal som finns. Andra fördelar är att behandling kan utföras av personer som kommer från samma kulturella kontext som patienten och som pratar samma språk, vilket som är långt ifrån självklart i MHPSS-arbete generellt. Ytterligare en fördel är att kostnaden blir lägre.

Enligt Laura är ett av de stora problemen idag att de flesta metoder som finns bara fungerar för en diagnos. Det innebär att de stora finansörerna för program mot psykisk ohälsa enbart kan satsa på en eller ett par behandlingar, eftersom någonting annat blir för dyrt. Det problemet åtgärdas genom CETA, eftersom metoden täcker behandling för flera tillstånd och åldersgrupper. Utöver att kosta mindre underlättar det också för personerna som genomgår behandlingen, eftersom den är mer heltäckande. Risken för att problem som inte är direkt kopplade till en specifik diagnos eller sjukdom kvarstår efter avslutad behandling är därför mindre.

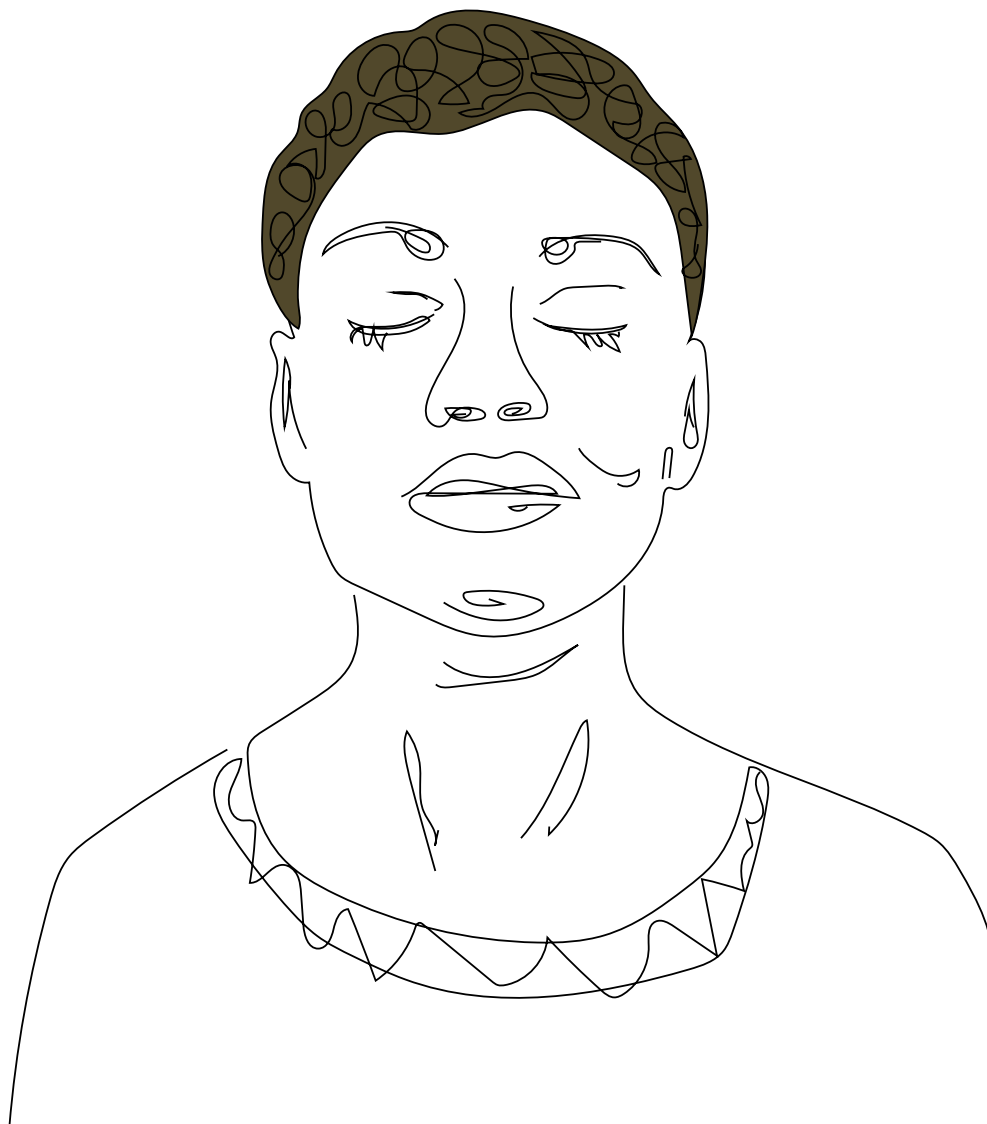


Frågan som kvarstår är därför om vi verkligen är redo att överge vårt nuvarande förhållningssätt, där vi delar upp människor i olika grupper baserat på diagnos och ålder.



CETA finns idag i alla världsdelar utom Oceanien. Den har visat framgångsrika resultat i många olika miljöer och länder, och för ett brett spann av diagnoser, som depression, PTSD, våld i nära relation och alkoholproblem. I dagsläget är det den enda behandlingsmetod som har så brett stöd. Laura Murray pekar också på möjligheten att efter ett utbildningstillfälle kunna erbjuda en behandling som funkar för flera diagnoser, svårighetsgrader på diagnos och flera åldrar kommer åt ett grundläggande problem: att evidensbaserade behandlingar sällan används i humanitära kriser och att de därför är svåra att sprida globalt. Att metoden dessutom är avsevärt mycket billigare än många andra typer av stöd för psykisk hälsa är mycket positivt, eftersom de ekonomiska resurserna ofta är små.

Samtidigt påpekar Laura att det tar tid att ändra ett existerande system och tankesätt. Frågan som kvarstår är därför om vi verkligen är redo att överge vårt nuvarande förhållningssätt, där vi delar upp människor i olika grupper baserat på diagnos och ålder.



KÄRNKOMPONENTERNA ÄR I CETA ÄR:

► Engagemang och utbildning

Innebär att man arbetar med så kallad psykoedukation, alltså utbildning om sjukdomen, behandlingsmöjligheter och återfallsprevention. Psykoedukationen inkluderar även tekniker för att minska stigma och för att öka sannolikheten att man genomför behandlingen.

► Ändrat tankemönster

Arbete med hur man i syfte att må bättre och inte fastna i ohjälpsamma mönster kan ändra sina tankar i situationer som inte går att förändra.

► Beteendeaktivering

När människor utsätts för stress slutar de ofta ta hand om sig själva och göra saker som de mår bra av. Beteendeaktivering är ett sätt ändra dagliga beteenden för att i förlängningen må bättre.

► Möta rädslor och traumaminnen

Många människor har varit med om svåra händelser som kan skapa obehagliga upplevelser efteråt, som mardrömmar eller tillbakablickar. Den här modulen hjälper klienter att tänka på och prata om de saker de varit med om utan att känna obehag.

► Säkerhetsbedömning och planering

Att bli utsatt för våld eller otrygghet i hemmet eller samhället, och att fundera på att skada sig själv är vanligt. Genom att lära sig bedöma allvarlighetsgraden av säkerhetsproblem och att planera utifrån det kan man minska sannolikheten att någon skadas.

► Insatser mot narkotikabruk

Den här delen inkluderar bedömning av pågående narkotikaanvändning och målsättningsarbete för minskad användning.

► Problemlösning

Genom att öka klientens agens och minska de ohjälpsamma känslor som omgärdar situationen kan klienten stöttas att lösa sina problem.

► Ängesthantering

Många av de rädslor människor bär på är helt ofarliga. Utbredd oro kan leda till kroppsliga spänningar. Den här delen hjälper därför klienten att närma sig rädslor utan ångest, och olika tekniker för att hantera spänningar i kroppen lärs ut.

► Förmågor hos vårdnadshavare

Genom den här modulen ges vårdnadshavare utbildning i olika förmågor och tekniker, som beröm, konsekvenser, positiv uppmärksamhet och selektiv uppmärksamhet.

Adapterade och översatta från CETA:s hemsida www.cetaglobal.org

ERICA MATTELIN

FÖRÄLDRA- UTBILDNING: ETT SÄTT ATT FRÄMJA BARNNS VÄLMÅENDE

Det finns en växande kunskapsbank om hur man kan arbeta med psykosocialt stöd och samtidigt behålla fokus på psykisk hälsa. Båda delarna behövs för att säkerställa att stöd ges så tidigt som möjligt. Samtidigt ökar det kapaciteten att ge specialiserat stöd till dem som behöver det.

I detta kapitel redogörs för ett exempel på en framgångsrik insats om hur man kan ge psykosocialt stöd. Insatsen har genomförts av War Child i norra Libanon. Fokus har varit på att stärka föräldrarollen för en målgrupp som lever i svår utsatthet, huvudsakligen flyktingar från det syriska inbördeskriget. En redogörelse för arbetet publicerades i den vetenskapliga publikationen *Child Abuse & Neglect* i augusti 2020.⁴¹

Det finns stark evidens för hur viktigt det är med fungerande föräldraskap, särskilt i situationer av svår yttre stress. Därför bör stöd till föräldrar och vårdnadshavare prioriteras högre i insatser för att främja barns mående. I denna studie analyserades hur en insats riktad till föräldrar förstärkte förmågan att vara goda föräldrar, trots omständigheterna. Resultatet undersöktes med hjälp av en slumpmässigt vald kontrollgrupp. Vid jämförelsen med kontrollgruppen kunde man konstatera signifikant förbättrade resultat för den grupp som deltog i föräldrautbildningen.

Insatsen genomfördes på gruppnivå under nio tillfällen för föräldrar till barn i åldern 3-13 år. Målgruppen hade drabbats av en yttre våldsam konflikt, med bakgrund av inbördeskriget i Syrien. Syftet var att stärka föräldraskapet både indirekt, genom att minska stressen och förbättra det psykosociala välbefinnandet bland par, och direkt, genom att öka kunskapen och skickligheten relaterad till positivt föräldraskap.

78 föräldrapar, totalt 151 föräldrar, deltog i föräldrautbildningen och resultatet jämfördes med en lika stor kontrollgrupp. De som var med i kontrollgruppen blev också från början informerade om att de skulle stå på en väntelista för den

andra omgången av föräldrautbildningen. Både de som deltog i första omgången i utbildningen och de som utgjorde kontrollgrupp i utbildningens första omgång hade skriftligen godkänt att de data som samlades in skulle användas statistiskt i jämförelsesyfte. En extern etikkommitté övervakade att forskningsinsatsen genomfördes enligt vedertagna vetenskapliga metoder.

När utbildningen togs fram lades stor vikt vid utvecklingen av metoden, och man lärde sig genom feedback från målgruppen. Det här förhållningssättet gjorde att metoden fick ökad legitimitet allteftersom utbildningen fortskred, eftersom föräldrarna upplevde att de lyssnades på. Mycket arbete lades på att säkerställa att även pappor deltog aktivt, vilket sågs som en viktig framgångsfaktor för insatsens bestående värde.



WAR CHILDS CARE SYSTEM

War Childs forskningsavdelning har sedan starten 2015 publicerat ett 30-tal studier i vetenskapliga tidskrifter. Utöver den forskning som har gjorts med fokus på insatser riktade mot vårdnadshavare har man också tagit fram ytterligare ett drygt halvdussin insatser som utgör ett helhetligt stöd för hur man kan arbeta på de olika nivåerna i IASC-triangeln (se triangeln på sida 14).

På hemsidan warchildholland.org/care-system-overview finns en mer detaljerad översikt för de olika komponenterna i War Childs Care System.

UD:S OCH SIDAS ARBETE FÖR ATT FRÄMJA MHPSS

MHPSS utgör ett växande internationellt engagemangsområde för Sverige. Den viktigaste svenska aktören för internationella MHPSS-insatser är Sida, som i sitt arbete styrs av regeringens olika strategier. Sida stödjer globala, regionala och lokala partnerorganisationer som arbetar för att förbättra psykisk hälsa och psykosocialt stöd runt om i världen.

På global nivå stödjer Sida partnerorganisationer som exempelvis WHO och UNICEF. Ett exempel på en insats kan handla om att bidra till framtagandet av vägledande regelverk och verktyg, där syftet kan vara att förstärka såväl socialt som emotionellt lärande för barn och ungdomar, inom ramen för befintliga nationella skolsystem.

På regional nivå stödjer Sida partnerorganisationer som exempelvis REPSSI som sedan 2002 har gett holistisk psykosocial vård och stöd till flickor, pojkar och ungdomar i 13 länder i östra och södra Afrika. REPSSI arbetar på alla nivåer från forskning och politiskt förändringsarbete till kapacitetsuppbyggnad. Det handlar om utveckling av hälso- och sjukvård, sociala tjänster och utbildningssystem, för att bidra till bättre vård och stöd till ungdomar. Deras arbete har bidragit till att olika aspekter av psykisk hälsa eller psykosocialt stöd har integrerats i nationella policydokument i till exempel Malawi, Namibia och Uganda.

Sida stödjer även psykisk hälsa och psykosocialt stöd i humanitära kontexter genom partnerorganisationer som IOM, UNFPA och UNICEF. Dessa program är viktiga för att möta omedelbara traumabehov men också långsiktiga behov såsom child friendly spaces. Att fokusera på särskilt utsatta grupper som barn på flykt är särskilt viktigt, där vi vet att den genomsnittliga flyktingen bor 17 år i ett flyktingläger.

Sida är också del av det svenska MHPSS-nätverket (se sida 29) och har via ForumCiv bidragit till att finansiera denna skrift.

INTERVJU MED ANDERS NORDSTRÖM, AMBASSADÖR FÖR GLOBAL HÄLSA PÅ UTRIKESDEPARTEMENTET

Anders Nordström är en välkänd profil i det globala hälsoarbetet. Han är ursprungligen läkare, utbildad vid Karolinska Institutet. Anders Nordström har mångårig erfarenhet av internationellt arbete inom hälsosektorn, och har arbetat på olika befattningar i svensk utrikesförvaltning, Röda Korset och FN, bland annat som biträdande generaldirektör för WHO. Anders Nordström är idag Stockholmsbaserad ambassadör för global hälsa och en central aktör för att främja Sveriges globala engagemang för global hälsa.



Varför är MHPSS viktigt, ur ett mer övergripande perspektiv?

- MHPSS är ett viktigt koncept för att belysa att människors välmående måste ses med ett holistiskt angreppssätt. Det är särskilt viktigt när det sätts i ett globalt humanitärt perspektiv. Psykisk ohälsa är en av de stora hälsoutmaningarna, både i Sverige och globalt. Det går inte att bara se till människors fysiska hälsa, utan den mentala hälsan måste också tas med i beräkningen.

-Tyvärr ser vi idag en negativ trend vad gäller den psykiska hälsan och då behövs det insatser från en bredare aktörskrets. Detta är särskilt relevant i låginkomstländer. Där kommer MHPSS som koncept in på ett mycket relevant sätt. Inte minst viktigt är det preventiva perspektivet, genom tidiga insatser kan man använda begränsade resurser på ett sätt så att det gynnar så många som möjligt.

Vad ser du som svenska mervärden för att främja MHPSS globalt?

-Sverige har ju en lång tradition av internationellt engagemang och generellt sett har vi god samordning och starka institutioner. Det gör det enklare att samordna hela spektrumet av insatser, från myndigheter, civilsamhälle och det privata näringslivet. En viktig aspekt i sammanhanget är att Sverige har mycket

gott renommé internationellt. Det ger oss en god grund att stå på för att vara en pådrivande aktör för att främja MHPSS i utvecklingssamarbetet. Det arbetet kräver bredd i responsen för att komma åt alla aspekter av psykisk ohälsa och psykosocialt stöd.

-Det finns många exempel där svensk know-how kan komma väl till pass. Ett sådant område där jag ser spännande möjligheter för Sverige att bistå är dataanalys. Sverige har ett starkt engagemang i att bidra till tillförlitliga rapporteringssystem för de 17 hållbarhetsmålen finns på plats, inte minst genom Statistiska Centralbyrån. Jag kan se att förbättrade metoder för att samla in, analysera och visualisera data kan bidra till att utveckla det globala hälsoarbetet med bäring på MHPSS.

Jag tror också att den svenska traditionen av innovativa förhållningssätt och styrkan i att hitta digitala lösningar kan vara viktiga svenska bidrag i för att främja MHPSS-agendan globalt.

Grundtanken i Agenda 2030 är “Leave No One Behind”, vad ser du för särskilt viktiga sektorsövergripande utmaningar och möjligheter för att nå ett helhetligt förhållningssätt i relation till MHPSS-begreppet?

-Det finns mycket att göra för att utveckla nya samarbetsformer, särskilt vad det gäller den senare delen av förkortningen, alltså det psykosociala stödet. Vi behöver bli bättre på att förstå hur frågor som till exempel utbildning (mål 4), gender (mål 5), fredlig samhällsutveckling (mål 16) och inte minst det sista målet om partnerskap (mål 17) alla kan bidra till att säkerställa att vi fångar hela spektrumet av MHPSS.

-Vi vet att ökade klyftor och ett polariserande samhällsklimat inte är bra för människors psykiska välbefinnande. Det har den nuvarande pandemin tydliggjort ytterligare. Det handlar här om både det kurativa och det preventiva arbetet. I slutändan handlar det om att säkerställa alla människors lika rätt till god hälsa, inklusive psykisk hälsa, oavsett livssituation.

PETER BRUNE



DET SVENSKA

MHPSS-NÄTVERKET

God psykisk hälsa är viktigt för vårt välbefinnande, vår allmänna hälsa och vår livskvalitet, men också för världens gemensamma välbefinnande. Eftersom MHPSS innefattar både förebyggande arbete och kvalitetsvård för människor som drabbats av psykisk ohälsa och psykiska störningar är det nära kopplat till möjligheten att uppnå Agenda 2030.

I Sverige har globala MHPSS-aktörer identifierat ett behov av att träffas och gå samman för att bygga synergi och vidareutveckla arbetet, genom att dela och använda sig av erfarenheter. Målet är att bidra till att det globala arbetet för psykisk hälsa och psykosocialt stöd utvecklas genom att koppla ihop människor, idéer och resurser. Därför har Swedish Institute for Global Health Transformation (SIGHT) fått i uppdrag av Utrikesdepartementet att underlätta upprättandet av ett svenskt MHPSS-nätverk, för att stödja genomförandet av Agenda 2030. Nätverket är ett av åtta hälsorelaterade nätverk som SIGHT är värd för. Alla nätverk har ett globalt perspektiv på hälsofrågor.

MHPSS-nätverket är fortfarande under uppbyggnad, men samlar redan idag ett trettiotal aktörer från den akademiska sfären, departement och myndigheter, det civila samhället och den privata sektorn. Syftet med MHPSS-nätverket är att sammanföra en mängd olika aktörer från med ett gemensamt intresse: att öka effekten av svenskt agerande för global hälsa. Eftersom aktörer som arbetar globalt ofta jobbar i samma sammanhang och länder, men inom olika sektorer och inte alltid kan komplettera varandras insatser behövs en mötesplats där erfarenhet och kunskap kan delas. Alla aktörer utgår ifrån sina skilda uppdrag och mandat.

Utöver det övergripande målet att vidareutveckla de redan existerande insatserna för psykisk hälsa kommer ett av nätverkets viktigaste mål vara att skapa samarbete mellan de aktörer som arbetar med psykisk hälsa (i huvudsak hälso- och sjukvårdspersonal) och de som arbetar med psykosocialt stöd (aktörer som arbetar med utbildning, skydd av civilbefolkning och liknande). Alla aktörer som arbetar för global psykisk hälsa och psykosocialt stöd, som representanter från det svenska

civilsamhället, akademien, statliga institutioner, praktiker och privata aktörer, kan välja att bli del av nätverket.

Slutligen arbetar nätverket för att förbättra tillgången till högkvalitativ vård och prisvärt stöd för psykisk hälsa och psykosocialt stöd.

Några av aktörerna som ingår i MHPSS-nätverket är Svenska Röda Korset, Sida, Karolinska Institutet, MSB, föreningen Nätverket för global psykisk hälsa och War Child Sverige.

MHPSS-nätverket samordnas av Anna-Theresia Ekman, doktorand vid Karolinska Institutet tillsammans med Peter Brune, generalsekreterare för War Child Sverige.
För mer information om nätverket, besök sight.nu/networks/

INTERVJU MED ANNA-THERESIA EKMAN

I en post-pandemisk värld kommer vi att se ett ökat behov av psykisk hälsa och psykosocialt stöd (MHPSS) bland barn och ungdomar. Får detta tillräcklig uppmärksamhet när det gäller humanitärt arbete?

– Definitivt inte. MHPSS behöver prioriteras i det globala samarbetet. Det är uppenbart att psykisk hälsa är centralt när det gäller att genomföra många av målen, inte bara SDG 3 – God hälsa och välbefinnande. Tidigare har psykisk hälsa ibland betraktats som en del av det tematiska området icke-smittsamma sjukdomar, men nu ses det äntligen som ett område i sig, vilket är bra.

Genom ett fördjupat samarbete kan det svenska MHPSS-nätverket bidra



till att både bekämpa stigmat kring psykisk ohälsa och sjukdom och att på internationell nivå sprida kunskap om hur man förebygger psykisk ohälsa genom tidiga insatser för psykosocialt stöd.

– Ungefär var fjärde person kommer att uppleva psykisk ohälsa någon gång under sitt liv. När psykisk ohälsa

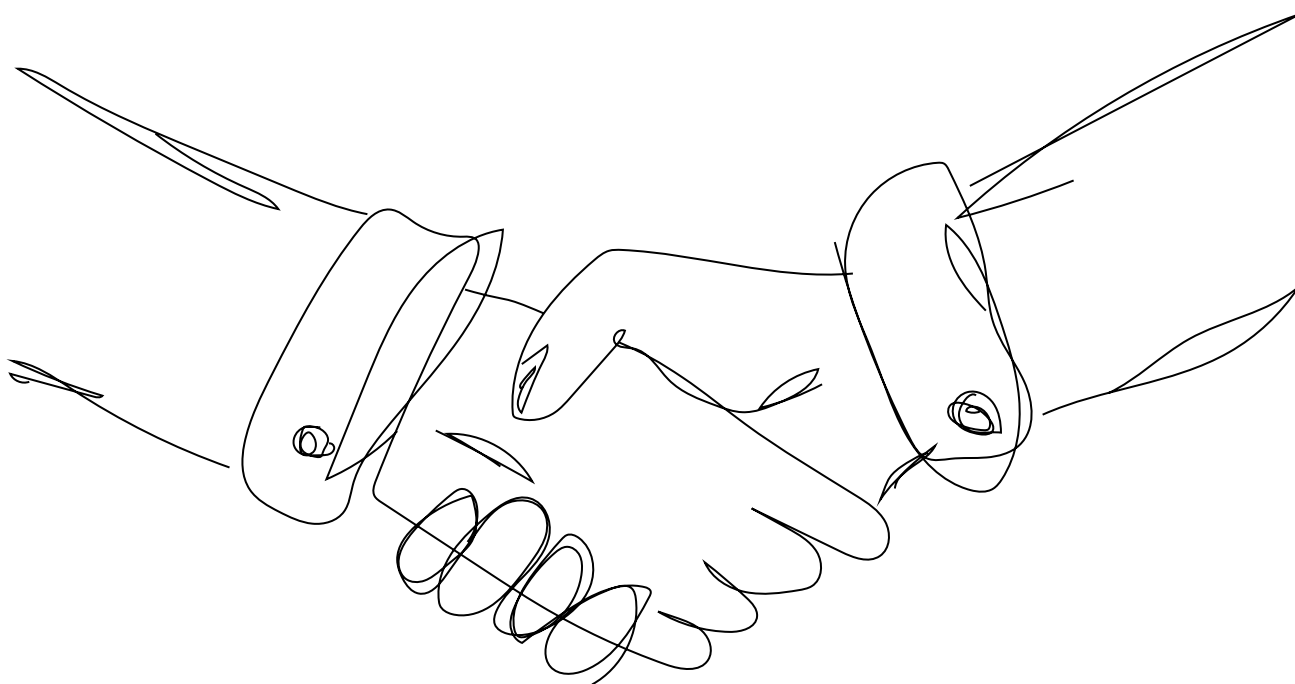
förknippas med stigma lämnas människor oftare ensamma med sin sjukdom istället för att få det stöd de behöver. Symptom på psykisk ohälsa tar sig ofta uttryck innan en person når vuxen ålder, så ju tidigare en person får stöd och intervention, desto större är sannolikheten för många fler friska år framöver.

Vad kan ett svenskt MHPSS-nätverk bidra med i ett globalt sammanhang?

Anna-Theresia är övertygad om att det behövs mer sektorsövergripande samarbete. Under kriser, naturkatastrofer

och pandemier fokuserar vi ofta på de mest akuta praktiska och politiska frågorna. Det är viktigt, men samtidigt riskerar vi betalar vi ett högt pris om vi inte omedelbart se till den psykiska ohälsa som kriser för med sig.

– Tidigt ingripande och psykosocialt stöd är kostnadseffektivt när det gäller psykisk hälsa. I slutändan handlar det också om att skydda utsatta grupper, och att öka samhällets möjligheter för att hämta sig från krissituationer.



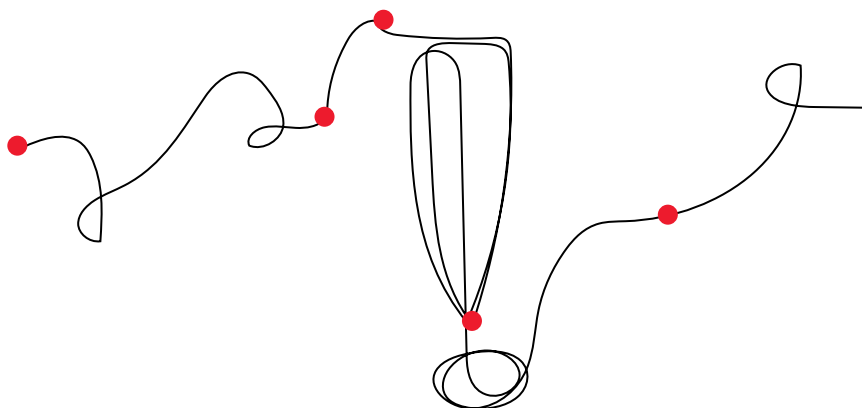
FRAMTIDA

UTMANINGAR

Det finns, trots de stora framsteg och förbättringar som gjorts inom området psykisk hälsa och psykosocialt stöd de senaste åren, ett fortsatt behov av utveckling.

En stor utmaning är att tydliggöra och förstärka kopplingen mellan psykisk hälsa och psykosocialt stöd. Utmaningen finns återspeglad i ett flertal av texterna i denna publikation. Svårigheten ligger i att få ihop de interventioner som fokuserar på psykosocialt stöd, till exempel i form av förebyggande projekt eller insatser som främjar individers eller grupper motståndskraft, med de insatser som fokuserar på biologiska eller psykoterapeutiska aspekter av psykisk ohälsa, inte sällan med fokus på PTSD. Historiskt har det funnits en konflikt mellan dessa två perspektiv. Trots att båda sidor har lagt ned stridsyxan och bekräftat att båda typerna av arbete är viktigt för att skapa god psykisk hälsa återstår arbetet för att fullt ut kombinera perspektiven.

Vidare krävs det fortsatt betydligt bättre utvärderingar av de MHPSS-insatser som görs, framförallt inom området psykosocialt stöd. Dessa utvärderingar måste hålla hög vetenskaplig kvalitet för att det ska gå att dra slutsatser kring vilka effekter insatserna har och varför. För att tydliggöra vilka förändringsåtgärder som avses med en insats och hur de kan förbättra för insatsens mottagare bör det till exempel beskrivas tydligare vilka grundläggande antaganden som görs.⁴² Genom ökad tydlighet skapas en större möjlighet att mäta vad man avser förändra. Det blir viktigare och viktigare, eftersom finansiärer numera ställer höga krav på mätbara resultat. Trots att MHPSS-området över tid successivt blivit mer integrerat, koordinerat och systematiskt, kvarstår alltså behovet av vidare utveckling av området.



WAR CHILD SVERIGE HAR TAGIT FRAM FÖLJANDE ÅTGÄRDSLISTA:

1.

Det behövs helt uppenbart mer resurser för att möta det ökande behovet av insatser inom MHPSS-området. Dessutom - vi är övertygade om att förbättrad samordning och förstärkt kollektiv kapacitet är en samhällsvinst, särskilt på längre sikt.

2.

Vi ser behov av bättre koordinering och förstärkt dialog. Det finns mycket kompetens och starkt engagemang i Sverige för MHPSS-agendan. Men för att den fulla potentialen ska tas tillvara behövs en bättre och mer systematisk samordning mellan de olika aktörerna. Det är viktigt inte minst avseende bättre samordning mellan dem som fokuserar mer på MH-aspekten och de som arbetar med PSS-delen. Detta gäller både för det preventiva som det kurativa arbetet.

3.

Ett prioriterat område är att belysa vikten av att agera tidigt (early action), särskilt med fokus på unga människor. Att vänta tills dess att läget är mer akut för de drabbade är både mänskligt oförsvarligt och kostsamt ur ett samhällsperspektiv.

4.

Vi behöver skapa mer kunskap och den behöver föras ut till fler. Vidare behövs mer strukturerat samarbete och samordning mellan akademi och de som arbetar globalt med dessa frågor.

5.

För att komma vidare i utvecklingen av den globala MHPSS-agendan behövs nytänkande, nya samarbeten och innovativa lösningar som skapar nya bryggor till nya samhällssektorer.

6.

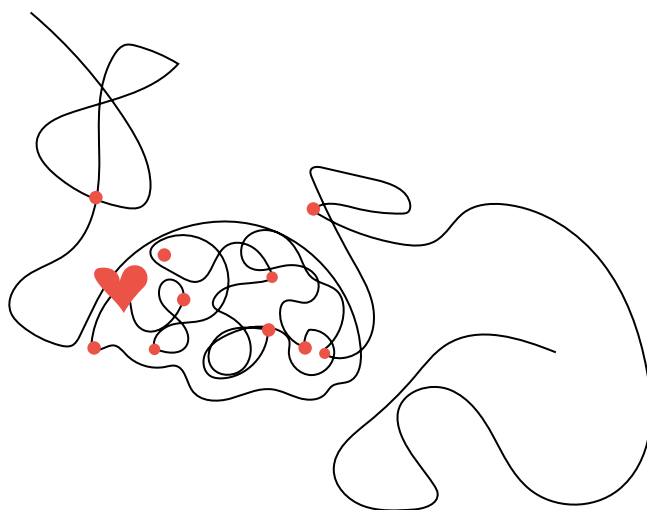
En form av genväg för att stärka Sveriges roll och samtidigt stödja utvecklingen av det globala engagemanget för MHPSS är att söka samarbeten med likasinnade länder och aktörer. En särskilt spännande väg är sannolikt att söka ökat nordiskt samarbete.

Vår ambition med denna skrift är att bidra till att samtliga punkter ges högre prioritet under de kommande åren. Av särskild vikt är hur vi ska kunna säkerställa att vi faktiskt kommit en bra bit längre på vägen när det handlar om att fylla Agenda 2030 med innehåll avseende social hållbarhet.

Det är dags att MHPSS-agendan får den uppmärksamhet den förtjänar.

Lösningarna finns där.

► **Vi behöver tillsammans verka för att bryta stigmat som omger området psykisk ohälsa och våga tala om hur viktig vår psykiska hälsa är.** ◀



PRESENTATION AV

FÖRFATTARNA

Erica Mattelin

Legitimerad psykolog och doktorand, ordförande för Nätverket för global psykisk hälsa.

info@globalpsykiskhalsa.org

Per Kåks

Legitimerad läkare och doktorand, styrelseledamot i Nätverket för global psykisk hälsa.

per.kaks@kbh.uu.se

Ulf Johansson

Forskningsassistent hos Region Örebro län. Folkhälsovetare. Styrelseledamot i Nätverket för global psykisk hälsa.

ulf-olof.johansson@regionorebrolan.se

Anna-Theresia Ekman

Doktorand samt medsamordnare för SIGHT-nätverket för MHPSS.

anna-theresia.ekman@ki.se

Nanda Jansson

Communication manager (interim) för War Child Sverige. Kommunikationskonsult.

nanda.jansson@warchild.se

My Ahlkvist

Project officer för War Child Sverige.

my.ahlkvist@warchild.se

Peter Brune

Generalsekreterare för War Child Sverige samt medsamordnare för SIGHT-nätverket för MHPSS.

peter.brune@warchild.se

Formgivning och illustrationer:

Linnea Åberg

Foton:

Unsplash

REFERENSER

1. Kessler, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 593–602 (2005).
2. Evans-Lacko, S. et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol. Med.* 48, 1560–1571 (2018).
3. Vad är psykisk hälsa? Folkhälsomyndigheten <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs-villkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/> (2021).
4. Mental Health. Our World in Data <https://ourworldindata.org/mental-health> (2021).
5. Mental health in emergencies. World Health Organisation <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.
6. Charlson, F. et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 394, 240–248 (2019).
7. Vos, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 386, 743–800 (2015).
8. Vigo, D., Thornicroft, G. & Atun, R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 3, 171–178 (2016).
9. Erskine, H. E. et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol. Med.* 45, 1551–1563 (2015).
10. Division, U. N. P. World population prospects: the 2010 revision. File 1: Total Population (Both Sexes Combined) by Major Area, Region and Country, Annually for 1950–2100 (Thousands) (2011).
11. Patel, V. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 392, 1553–1598 (2018).
12. McGorry, P. D., Ratheesh, A. & O'Donoghue, B. Early Intervention-An Implementation Challenge for 21st Century Mental Health Care. *JAMA psychiatry* vol. 75 545–546 (2018).
13. McGorry, P. D. & Mei, C. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Evid. Based. Ment. Health* 21, 182–184 (2018).
14. Colizzi, M., Lasalvia, A. & Ruggeri, M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *Int. J. Ment. Health Syst.* 14, 23 (2020).
15. Heckman, J., Pinto, R. & Savelyev, P. Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes. *Am. Econ. Rev.* 103, 2052–2086 (2013).
16. Gresenz, C. R., Sturm, R. & Tang, L. Income and Mental Health: Unraveling Community and Individual Level Relationships. *J. Ment. Health Policy Econ.* 4, 197–203 (2001).
17. Mörk, E., Sjögren, A. & Svaleryd, H. Hellre rik och frisk: Om familjebakgrund och barns hälsa. (2014).
18. San Sebastián, M., Mosquera, P. A. & Gustafsson, P. E. Whose income is more important: mine, yours or ours? Income inequality and mental health in northern Sweden. *Eur. J. Public Health* 28, 1056–1061 (2018).
19. Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. Inequality: an underacknowledged source of mental

- illness and distress. *Br. J. Psychiatry* 197, 426–428 (2010).
20. Ribeiro, W. S. et al. Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 4, 554–562 (2017).
 21. Linder, A., Spika, D., Gerdtham, U.-G., Fritzell, S. & Heckley, G. Education, immigration and rising mental health inequality in Sweden. *Soc. Sci. Med.* 264, 113265 (2020).
 22. Gilbert, R. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373, 68–81 (2009).
 23. Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A. & Kress, H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 137, e20154079 (2016).
 24. Jud, A., Pfeiffer, E. & Jarczok, M. Epidemiology of violence against children in migration: A systematic literature review. *Child Abuse Negl.* 108, 104634 (2020).
 25. World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. (2021).
 26. Cahill, H. & Romei, K. Preventing gender-based violence in schools in East and Southern Africa: from consultation to capacity building. https://education.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0007/3090922/ESA-Reserach-Report-2019.pdf (2019).
 27. Felitti, V. J. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am. J. Prev. Med.* 14, 245–258 (1998).
 28. Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. & Stein, A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet* 379, 266–282 (2012).
 29. Bronstein, I. & Montgomery, P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 14, 44–56 (2011).
 30. United Nations High Commissioner for Refugees. UNHCR – Figures at a Glance. <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>.
 31. Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int. Health Hum. Rights* 15, 29 (2015).
 32. The Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf> (2007).
 33. United for Global Mental Health. Briefing: Analysis of Funding Mental Health in Humanitarian Settings. <http://unitedgmh.org/sites/default/files/2020-09/Brief%2B%2BFunding%2Bof%2BMH%2Bin%2BHumanitarian%2BSettings%2B%2BFINAL%2B.pdf> (2020).
 34. Introduction of the Mental Health in International Development and Humanitarian Settings (MINDS) Act is a Critical Step for U.S. Foreign Aid. Save the Children <https://www.savethechildren.org/us/about-us/media-and-news/2021-press-releases/introduction-of-the-minds-act-is-critical-step-for-foreign-aid>.
 35. Dickson, K. & Bangpan, M. What are the barriers to, and facilitators of, implementing and receiving MHPSS programmes delivered to populations affected by humanitarian emergencies? A qualitative evidence synthesis. *Glob Ment Health (Camb)* 5, e21 (2018).
 36. Mukdarut, B., Chiumento, A., Dickson, K. & Felix, L. The impact of mental health and psychosocial support interventions on people affected by humanitarian emergencies: A systematic review. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/handle/10546/620214> (2017) doi:10.21201/2017.8937.
 37. Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E. & Roberts, B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy* vol. 123 851–863 (2019).
 38. Kamali, M. et al. Delivering mental health and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. *BMJ Glob Health* 5, e002014

(2020).

39. Blanchet, K. et al. Evidence on public health interventions in humanitarian crises. *Lancet* 390, 2287–2296 (2017).
40. Statens offentliga utredningar. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt: förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-omradet-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf (2018).
41. Miller KE, Ghalayini H, Arnous M, Tossyeh F, Chen A, van den Broek M, Koppenol-Gonzalez GV, Saade J, Jordans MJD (2020). Strengthening parenting in conflictaffected communities: development of the Caregiver Support Intervention. *Global Mental Health* 7, e14, 1–10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2020>

Skriften har finansierats av Sida genom ForumCiv.
Sida/ForumCiv delar inte nödvändigtvis de åsikter som här framförs.
Ansvar för innehållet är uteslutande producentens/författarens.



Nätverket för global psykisk hälsa

