

Lavterskeltilbud i praksis

Britisk storsatsing på psykologisk behandling



Bjørnar Olsen
Sjefredaktør

Torkil Berge
Norsk Psykologforening
torkil.berge@diakonsyk.no

Psykologisk behandling er ikke en begrenset ressurs, men et gode alle har nytte av. For å oppnå dette tenker britene nytt og radikalt: Assistert selvhjelp, selvhenvising, telefonoppfølging og 3600 nye behandlere skal årlig gi hjelp til nær en million personer med angst og depresjon.



DE TOK BESLUTNINGEN: Det var daværende finansminister Gordon Brown og daværende statsminister Tony Blair som tok den historiske beslutningen om å skyte friske penger inn i dette omfattende lavterskeltilbudet.

Foto: Scanpix/PA Wire/PA Photos/Danny Lawson

I England skjer det mye nytt, sang Raga Rockers for 25 år siden. Og fortsatt skjer det mye nytt der, ikke bare innenfor populærkultur, men også i psykisk helsevern. For bak forkortelsen IAPT

(Improving Access to Psychological Therapies) jobbes det med å gjøre psykologisk behandling av angst og depresjon tilgjengelig for flest mulig. Støtten er stor: Røde og blå politikere, brukergrupper og terapeuter, forskere og økonomer står alle bak satsingen. For brukergruppene er den første store utbyggingen av IAPT i halve landet bare en oppfølging av hva undersøkelser viser, nemlig at over 90 prosent ønsker samtaleterapi, enten alene eller i kombinasjon med medikamenter. For myndighetene dreier det seg om å følge opp egne kliniske retningslinjer, som forteller at strukturert psykologisk behandling er dokumentert virksom og skal være et tilbud for personer med psykiske lidelser.

Jo, det er all mulig grunn til å se litt nærmere på hva som skjer i Storbritannia. Hvorfor seiler psykologisk behandling med ett i kraftig medvind?

Et spørsmål om penger?

Ved første øyekast er det fristende å forklare det hele med at myndighetene har satt av nær to milliarder kroner årlig for å gjøre psykologisk behandling tilgjengelig for flest mulig. Dette er midler som kommer i tillegg til de pengene som alt finnes i systemet, så det *er* snakk om en nysatsing. Når man så i tillegg leser at britene skal videreutdanne 3600 terapeuter de neste tre årene som skal tilby evidensbasert psykologisk behandling til 900 000 personer med angst og depresjon, er det lett å se seg blind på tallene. Og når man får vite at målet er å videreutdanne 8000 terapeuter innen 2014 for årlig å kunne tilby to millioner mennesker psykologisk behandling, bare forsterkes opplevelsen av en nærmest ufattelig satsing.

Men ser vi nærmere på tallene, finner vi at penger er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse. Psykiske lidelser antas å koste det britiske samfunnet mer enn 800 milliarder kroner i året, som er mer enn totalkostnadene knyttet til kriminalitet og mer enn hva man til sammen bruker på sosial- og helsevesen. Sett i denne sammenhengen utgjør to milliarder kroner kun en kvart prosent av kostnadsbildet. Til sammenligning var bare *økningen* i sikkerhetstjenestens midler ti ganger så stor, og man brukte 200 milliarder kroner på offentlige IT-løsninger.

Effekten synes derfor først og fremst å henge sammen med *måten* midlene anvendes på, med engasjementet til menneskene som er involvert, med den systematiske implementeringen, med viljen til å monitorere og dokumentere effektene – men også med radikalt nye måter å gjøre psykologisk behandling tilgjengelig på. Enten du er helsearbeider eller helsebyråkrat, politiker, pasient eller pårørende, vil du kunne forundres, inspireres og forarges over måten IAPT organiseres på. Men la oss ikke gå for fort frem, la oss først slippe til en av de sentrale personene bak IAPT.

– Vi får ikke denne muligheten igjen!

Det er lett å skjønne hvorfor ikke bare psykologer, men også politikere, embetsmenn og økonomer vil spille på lag med professor David Clark, en av verdens ledende eksperter på angst og posttraumatisk stress, og mannen som sammen med Lord Layard (se egen boks) sto bak «The Depression Report» som var grunnlaget for IAPT-utprøvingen. Hans vennlighet kombinert med ryddighet og sjenerøsitet inviterer til umiddelbar tillit der vi møter ham på King's College i London. Fra hans kontor i toppetasjen kan vi nyte synet av St. Paul-katedralen, The Gherkin og andre deler av Londons skyline i det ikke altfor fjerne, mens Clark forsvinner ut av kontoret for å hente enda flere stoler for å gi plass til den syv personer sterke norske delegasjonen.

– En av grunnene til at vi har fått myndighetene med på dette, sier Clark, er at vi kan dokumentere at strukturert psykologisk behandling virker. Ikke for alle, men for veldig mange.





Viktigheten av dokumentasjon av behandlingsresultater erfarte han mens han jobbet med ettervirkninger av bombing i Nord-Irland. – Vi var verken de eneste eller de første som ønsket å gi hjelp, støtte og omsorg. Men vi var de første som gjennom empiri kunne vise at våre tiltak hadde en betydning. Myndighetene hadde hele tiden tenkt at det var riktig å gi penger til denne type tiltak, men siden de ikke visste om det virket eller ikke, ble det til at alle gruppene fikk *litt* penger. Når vi viste frem våre tall, var det ikke slik at de andre gruppene nødvendigvis fikk mindre midler, men myndighetene var med ett villige til å sette av atskillig med friske penger til vårt tilbud. Det ble rett og slett en helt annen satsing på dette. Vi fikk midler til å etablere et senter som har som oppgave å gi et behandlingstilbud til alle nordirlendere som har opplevd traumer de siste 30 årene, og det er jo en del.

David Clarks tro på betydningen av monitorering av effekter ble med inn i IAPT. Det betyr at klientene og behandlerne i hver eneste behandlingstime forholder seg til kortfattede skjemaer hvor man kan følge utviklingen av kliniske skårer på angst og depresjon. Dessuten fyller klientene jevnlig ut et spørreskjema om sin arbeids- og utdanningssituasjon.

– Lord Richard Layard (se egen boks) har vært viktig for å nå frem politisk, med sin nære kontakt med statsministeren, finansministeren og andre sentrale politikere. Trolig er det også viktig at vi lever i en tid da det psykologiske får større betydning, og livskvalitet inngår i alle de politiske partienes retorikk. Vi har derfor fått bred støtte.

– Det er godt å ha vunnet den politiske kampen, men tenk hvis vi ikke får det til! Det er nå jeg blir nervøs, for vi får neppe denne muligheten igjen, i hvert fall ikke i min levetid, avslutter Clark. Men trolig sover han ikke dårlig ennå. For hvis tallene fra IAPTs pilotklinikker i Newham og Doncaster står seg også i neste runde, er det grunn til å være betinget optimist på vegne av den kliniske psykologiens nytteverdi i samfunnet.

Et paradigmeskifte

To dager etter vår samtale er helseministeren Alan Johnson på King's College og offentliggjør myndighetenes planer for satsingen fremover. David Clark sender oss de omfattende plandokumentene per e-post (se egen boks for nettsadresser). I sitt forord skriver direktør for helsevesenet, David Nicholson, at IAPT innebærer et paradigmeskifte fordi en for første gang vil gjøre psykologisk behandling tilgjengelig for store grupper av befolkningen. Det skal ansettes 3600 helsearbeidere, og det er utarbeidet detaljerte planer for utdanning og veiledning av dem, og for hvilke konkrete ferdigheter de skal inneha. Det presiseres at enkelte klientgrupper skal vies spesiell oppmerksomhet ved å kartlegge utbytte, utvikle fleksible tilnærminger og sikre like muligheter: unge og eldre, etniske minoriteter, nybakte mødre, mennesker med funksjonshemning og seksuelle minoriteter.

Det satses på to fronter: høyintensivbehandling, som tilsvarer vanlig psykoterapi opp mot 20 timer, og lavintensivbehandling, med inntil syv timers psykologisk rådgivning, og utstrakt bruk av telefonrådgivning, assistert selvhjelp, selvhjelpslitteratur og interaktive computerprogrammer for angst og depresjon. Begge variantene bygger i stor grad på kognitiv atferdsterapi, men det understrekes at andre terapiformer vil trekkes inn i tråd med den evidensbasen som foreligger. Senteret i Newham er i stor grad bygget på høyintensivbehandling, mens Doncaster-senteret hovedsakelig tilbyr rådgivning over telefon. Myndighetens planer er bygget på at fremtidige sentre skal kunne tilby begge typer av behandling.

Men det er ikke slik at alle vil få midler bare fordi de finnes. – Det er avgjørende at vi får med oss pionerånden, entusiasmen og gløden som preger pilotsentrene i Newham og Doncaster også inn

i de nye sentrene, sier David Clark. En måte å sikre dette på er at de nye klinikkene må konkurrere om midlene. Det betyr at de – akkurat som Newham og Doncaster i sin tid – lokalt må kunne dokumentere at de virkelig vil satse på psykisk helsevern, og bare de beste søknadene vinner frem.



Eastenders

Newham i Øst-London ble i stor grad bygd ut under industrialiseringen. Her finner vi rundt 250 000 innbyggere som taler over 130 ulike tungemål. Ikke bare er det et av de aller fattigste områdene i Storbritannia, med lavest gjennomsnittlig levealder; Newham ligger også på topp ti når det gjelder behov for psykiske helsetjenester, mer enn 40 prosent over landsgjennomsnittet.

– Får vi det til her, vil IAPT fungere overalt, forteller Julian Clarke oss. Han er ansatt ved Newham IAPT med særskilt ansvar for jobbstøtte til de som tar kontakt med senteret.

Bygningen Newham IAPT holder til i, bærer navnet til filantropen, journalisten og arbeiderklassens forkjemper, John Passmore Edwards (1823–1911). Først og fremst er han kjent for sin veldedighet, og mange av de mer enn 70 bygningene han fikk reist i sitt navn, benyttes fortsatt til sine opprinnelige formål: sykehus, bibliotek, skoler og kunstgallerier. Ja, faktisk er det så mange Passmore Edwards-bygninger i Newham-området, at de ansatte ved Newham IAPT forteller at de rett som det er får telefon fra klienter som står ved feil Passmore Edwards-bygning.

Det er trolig i Passmore Edwards ånd når Newham IAPT velger å ikke se psykologisk behandling som en begrenset ressurs, men som et gode som skal nå flest mulig. Dermed blir det viktig å nå ut, overtale, informere og selge inn tilbudet til alle i lokalsamfunnet de opererer i. For en rekke av de ulike etniske gruppene i denne delen av London har ingen tradisjon for å gå til fastlegen for psykiske og sosiale problemer. Derfor var det helt nødvendig å tilpasse tjenestene for disse gruppene, reklamere sterkt for det nye tilbudet og å ha en åpen dør for alle som henvender seg. Eller snarere: åpne dører, for skal du nå mange, må det finnes flere innganger enn gjennom fastlegen, slik som muligheten til å kunne henvise seg selv.



EAST LONDON: Ett av de to senterne ligger i hjertet av Londons østkant, blant de aller fattigste, med lav gjennomsnittlig levealder og med skyhøye behov for psykiske helsetjenester. Her fra et gatemarked i bydelen.

Foto: Scanpix/Reuters/Alessia Pierdomenico

– Selvhenvisning er strålende!

– Vi har latt folk henvise seg selv i økende grad, forteller psykiater Ben Wright, leder for IAPT Newham. –Mange trodde at dette ville gi oss klienter som kom for litt koseprat, men det er ikke det som skjer. Faktisk skiller ikke denne gruppen seg det minste fra de klientene legene henviser når det gjelder symptombildets alvorlighetsgrad. Vi finner derimot en forskjell mellom de to gruppene, og den går på hvor lenge de har hatt problemene. Folk som henviser seg selv, har i snitt gått dobbelt så lenge med sin psykiske lidelse! Selvhenvisning gjør at vi får tak i en gruppe mennesker som synes å ha gitt opp det tradisjonelle tilbudet.

– Funnene fra Newham gjør at vi fremover vil legge selvhenvisning til grunn når IAPT skal bygges ut, spesielt i områder med en høy grad av etniske minoriteter, sier David Clark. Dette sier igjen hvor viktig det er å dokumentere effekten av det man holder på med. Når vi kan vise politikerne hvilke erfaringer Newham har hatt med at folk kan ta direkte kontakt, er det vanskelig for politikerne å argumentere imot. Eller som en av klientene uttrykker det: – Self referral is brilliant!

Vi sitter i et litt nedslitt kjellerlokale i Newham IAPT, og ser på Ben Wrights power point-presentasjon direkte på veggen. Det fremgår av lysarkene at personene som tar kontakt med senteret, ofte har hatt sine problemer i mange år, som regel en kombinasjon av angst og depresjon. Graden er

vanligvis fra moderat til alvorlig, og en tredjedel står uten arbeid. Det er altså en sterkt problembelastet gruppe mennesker som tar kontakt, mange av dem med komplekse og til dels kroniske lidelser.



EKSPERTEN OG POLITIKEREN: Alle vil spille på lag med den karismatiske professoren David Clark (t.v.), også helseministeren, Alan Johnson.

Foto: Greg Funnel

Lord Richard Layard

Den kjente britiske økonomen Lord Richard Layard, London School of Economics, er adlet for sin innsats som strateg i Labour Partys kamp mot arbeidsløshet. Hans «The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders» viser de enorme samfunnsmessige omkostningene ved disse lidelsene.

Layard peker her på at det finnes psykologisk behandling som ifølge de offisielle retningslinjene til National Institute for Clinical Excellence (NICE) har dokumentert gode resultater. Kun et fåtall av dem som rammes, tilbys imidlertid slik behandling. Ved andre sykdommer, for eksempel kreft, ville det vært utenkelig ikke å tilby befolkningen behandling som er dokumentert virksom.

I rapporten regnes behandlingskostnadene å være 750 pund, noe som vil dekkes inn allerede etter en måned hvis en tidligere trygdet kommer tilbake i arbeid. Konklusjonen i rapporten ble tatt med i Labour Partys valgmanifest, og dannet utgangspunkt for IAPT.

Sentralt i Lord Layards argumentasjon er at psykiske vansker er nær knyttet til redusert livskvalitet. Han viser til undersøkelser som tyder på at det å ha hatt en psykisk lidelse de siste ti år predikerer lav livskvalitet bedre enn fattigdom. I og med at depresjon og angst er så utbredt, er tiltak direkte rettet mot disse lidelsene nødvendig for å kunne heve livskvaliteten i den totale befolkningen.



Aktivt innsalg og tett oppfølging

– Vi er opptatt av å komme rundt stigmaet forbundet med psykiske lidelser, sier Wright. – Derfor ønsker vi å gå ut med tjenestene våre, ut der hvor folk befinner seg. Våre terapeuter har også kontor plass på legesentre og andre offentlige møteplasser ute i lokalsamfunnet, og vi drar gjerne på hjemmebesøk. Vi har en samarbeidsavtale med en av bydelens største arbeidsplasser, Tate & Lyle Sugars. Dessuten har vi publikumsvennlige åpningstider, 08 til 20 hverdager, og vi har søndagsåpent. I løpet av et år har vi hatt kontakt med 2300 klienter.

Troen på at folk har nytte av og trenger psykologisk behandling, reflekteres ikke bare i det aktive innsalget og tilgjengeligheten til tjenestene. Også oppfølgingen er aktiv. Ben Wright forteller at terapeutene ofte ringer gjentatte ganger til klientene og oppfordrer dem til å ta kontakt når de uteblir. Julian Clarke sier de også kan oppsøke klientene på offentlige steder, men at de ikke går hjem til folk. Wright vil gjerne ha våre synspunkter på hvor grensen går for å gi slipp på personer som unndrar seg behandling, for dette er et spørsmål de er svært opptatt av. Men foreløpig har de ikke funnet noe godt svar på spørsmålet. Akkurat da ser de litt slitne ut, og det aner oss at det sterke engasjementet har sin pris. Desto større blir vår beundring for hva de har oppnådd. Vi er imponert.

Happier Doncaster

Kullstreikene på 1980-tallet, og etter hvert nedleggelsen av 15 av områdets 17 kullminer, har preget Doncaster, en by som ligger en halvtime sør for Leeds (men bare halvannen time med tog fra London). Selv om vi i dag finner både tilflytting og optimisme i området, er de rundt 300 000 innbyggerne fortsatt blant de ti prosent dårligst stilte i Storbritannia. Her finner vi høyere arbeidsledighet, dårligere helse og lavere utdanning enn landsgjennomsnittet. – Doncaster lider av klassisk sosial deprivasjon, sier Dawn White ved Doncaster IAPT. I juli 2007 var Doncaster et av områdene som ble rammet av den kraftige flommen, og selv mer enn et halvt år senere venter fortsatt flere på å kunne vende tilbake til sine boliger.



TELEFONSENTERET I DONCASTER: Her går det unna. Hver av medarbeiderne her har rundt 75 saker gående, og minst to klientsamtaler i timen. Journalen føres med klienten på øret.

Foto: Andreas Joner

Ved ankomst med toget er det ikke stort som tilsier at det er noe spesielt ved byen: et kjøpesenter dominerer sentrum, ikke ulikt Domus-ene som brer seg i norske bygdebyer, tilførselsveier som tar unna trailere og privatbilisme hegner inn bysentrum, mens lagerhaller og distribusjonssentraler ligger som folketomme hangarer i de store, flate områdene rundt. Men det er her i Doncaster vi kanskje finner den mest radikale løsningen på hvordan en kan gjøre psykologisk behandling tilgjengelig for folk flest.

«Now for something completely different»

– Vi hadde 21 000 trygdede i området, forteller White. – 7000 av disse sto utenfor arbeidslivet, primært på grunn av psykiske lidelser, og halvparten av den gjenværende gruppen utviklet psykiske problemer etter hvert som tiden gikk. Det ga oss 14 000 mennesker som trengte psykologisk hjelp. Noe måtte gjøres!

Og noe ble gjort. Man bygde på eksisterende strukturer, men gjorde også kraftige endringer. Med utgangspunkt i retningslinjene for «stepped care» (se egen boks), redesignet man hele tjenesten. I løpet av seks uker var man i gang.

Det første man gjorde, var å informere allmennlegene om IAPTs eksistens, gi dem opplæring i hvordan de kunne bruke IAPT, og motivere dem for samarbeid. Man har vært nøye med å ikke sende klienter direkte tilbake til allmennlegene: Har man tatt ansvaret for en person, får man holde fast til

han eller hun har fått den nødvendige hjelpen. Og en viktig del av jobben ved IAPT er å vite hvilke tilbud som finnes, og hva man kan tilby: selvhjelpsmateriale, hjelp og støtte fra frivillige organisasjoner og selvhjelpsgrupper, bøker på blå resept, rådgivning, trening, osv.



Men før man kan gi hjelp, trenger man en henvendelse, noe som skjer via allmennlegen i all hovedsak (men også her er andelen selvhenvisninger på vei opp, om ikke i samme monn som i Newham). Allmennlegen fyller ut et henvisningsskjema hvor kliniske skårer på depresjon, angst og selvmordsfare inngår, og fakser dette til IAPTs kontorer. Her tas de imot av en «duty manager», som kartlegger og fordeler saker til «case managers», eller til en psykoterapeut der det er nødvendig. Man ringer klienten innen 48 timer for å informere om tilbudet, og er man enig om videre samarbeid, tar det i snitt 20 dager før man får første samtale – enten det skjer ved hjemmebesøk eller ved møte på bibliotek, samfunnshus eller helsesentre.

Assistert selvhjelp

Sentralt i Doncaster-modellen står de såkalte *case managers*. De monitorerer utviklingen og bidrar til problemløsning og assistert selvhjelp for depresjon og angstlidelser. – Det første møtet er alltid ansikt til ansikt, men så skjer mye av kontakten via telefon, noe som har vært en overgang for mange, forteller case manager Abigail Coe. For selv når man foreskriver selvhjelpsbøker eller IT-baserte selvhjelpsprogrammer, følger man alltid opp via en serie med telefonsamtaler, derav navnet *assistert selvhjelp*. Ifølge Coe har telefonkontakt minst to fordeler: – Det ene er at vi bruker halvparten så lang tid per konsultasjon, og derigjennom øker volumet. Det andre er at vi aldri sitter og venter på klienter som ikke møter opp. Tar de ikke telefonen, ringer vi bare til den neste på listen.

Hver case manager får målrettet opplæring, med stor vekt på praktisk trening og rollespill. De mottar regelmessig veiledning etter fastsatte kriterier: etter hver fjerde samtale, hvis riskovurderingen tilsier det, eller for eksempel hvis utviklingen ikke er som ønsket.

Ansettelsespolitikken i IAPT Doncaster tar hensyn til det Harvard-økonomen Jeffrey Pfeffer mener er grunnleggende for de organisasjonene som har størst verdiskaping over tid: nøye gjennomtenkte rekrutteringsprinsipper kombinert med investering i de ansattes kompetanse og muligheter for videre karriere. Om Pfeffers kriterium om lavt gjennomtrekk av personale også vil bli oppfylt, gjenstår å se. Det har reist seg kritiske røster om hva som vil skje med ansatte som må jobbe så mye per telefon opp mot så mange klienter. På sikt blir også dette et empirisk spørsmål, slik mange andre problemstillinger innenfor IAPT avklares.

Sentralt i den empiriske, forskningsmessige legitimeringen ved Doncaster står professor Dave Richards ved University of York. Richards ønsker å tilby psykologisk behandling til *alle*, ikke bare middelklassen. Denne behandlingen må være både effektiv og tilpasset den enkeltes behov. – Grovt sett har man økt tilbudet på to måter: enten ved å lære opp allmennleger til å tilby enda en form for behandling, eller ved å bygge ut spesialisthelsetjenesten. Men problemet er at det er for få spesialister, slik at vi får ventetid. Vårt alternativ er en variant av den første modellen, hvor allmennlegens tilgjengelighet benyttes for å henvise pasienter videre til case managers, som da oftest vil stå for behandlingen, sier Richards.

– IT gjør hjelpen bedre

IAPT Doncaster har behandlet 5500 personer fra juni 2006 til februar 2007. Smarte IT-systemer er limet som får det hele til å fungere. Når vi besøker Doncasters telefonsenter, ser vi hvordan de ansatte

fører journal mens de snakker med klienten på telefon. På et kontor på rundt 25 kvadratmeter, et kontor de rett nok innrømmer er i minste laget, sitter 8–9 personer foran pc-er med headset. Hver av dem har rundt 75 saker gående, og minst to klientsamtaler i timen. En av personene i lokalet er veileder, en annen en terapeut som case managerne kan henvende seg til om nødvendig.

Veiledningen skjer også ved hjelp av IT-systemets fastlagte kriterier: Med så mange saker er det helt nødvendig at man har et system som holder oversikten. Programmet heter PC-Mis®, et evidens- og nettbasert system for informasjonshåndtering, spesielt rettet mot å håndtere store saksvolum innenfor psykisk helse. Newham IAPT har utviklet et tilsvarende datasystem. – Vi vet at systemene gjør hjelpen bedre, og at systemet er sikkert, sier Richards. Det gir informasjon i sanntid om kliniske valg, og man kan følge klientens utbytte av behandlingen og kontakten med behandleren. Utviklingen kan følges på skjermen, og dette brukes for videre behandlingsvalg – alene eller i samarbeid med veileder. Man får også automatisk påminnelser om å evaluere de kliniske valgene, og rutinemessig innsamling av utfalls- og prosessdata.

Egne valg og brukerstemmer

– Folk er selv best i stand til å håndtere sitt eget liv, sier David Richards. Og det er slående hvilken tro de involverte i IAPT-senteret har på klientens valg – så lenge det er informert. Å legge til rette for kloke valg er imidlertid bare første steg; deretter skal man følge opp valgene klienten har tatt.

– Behandling skal ikke være en byrde for pasienten, man bør derfor velge enkleste vei, fortsetter Richards. I hans selvhjelpsmanual for depresjon, skrevet sammen med Karina Lovell, gir han uttrykk for lidenskapelig tro på at mennesker som lider, selv er best i stand til å håndtere sine vansker. I IAPT Doncasters brosjyre med tittelen *Skills for life: Help yourself to good mental health*, leser vi: «Du kan spille en aktiv rolle i arbeidet med å bli bedre.» Også Newham IAPT rapporterer at brukerne opplever reelle muligheter til å velge behandling: over 90 prosent sier de er fornøyd med informasjon om behandlingsvalg og med bredden i behandlingstilbudet.

– Jeg var klinisk deprimert, og depresjonen fikk spise en så altfor stor del av livet mitt, forteller Anne Bowling oss når vi besøker Doncaster IAPT. – Jeg sverget på at hvis jeg kom meg ut av dette mørket, skulle jeg hjelpe andre slik at de slapp å vente så lenge som meg på hjelp. Med IAPT fikk hun sin sjanse til å følge opp sitt forsett. Hennes stolteste øyeblikk i den foreløpig relativt korte suksessen var da fokusgruppen med brukerrepresentanter kunne feire sitt ett års jubileum. Bowlings jobb er å minne på og formulere brukerperspektivet, både i kraft av seg selv og gjennom markedsundersøkelser. Innlegget hun holdt for oss norske besøkende, var følelsesladet, optimistisk og medrivende.

– Det er en suksess, avslutter hun. Fortell *det* til Norge!

FAKTA: Depresjon og angst

Omfanget

I Storbritannia er det anslått at en av seks i løpet av livet vil få diagnostisert depresjon eller kronisk angst, og at ca. hver tredje familie rammes. Kun en av fire får behandling. En million briter mottar uføretrygd på grunn av psykiske lidelser. I en stor britisk undersøkelse for aldersgruppen 16–75 år var 2,6 prosent deprimert, 4,4 prosent hadde generalisert angst, og 8,8 prosent hadde blandingstilstander av depresjon og angst. Legger en til panikkklidelse



(0,7 %), tvangslidelse (1,1 %) og fobisk angst (1,8 %), viste denne undersøkelsen at 16,4 prosent til enhver tid er plaget av depresjon og/eller angst (Psychiatric Morbidity Survey, 2000). Tilsvarende tall er funnet i norske undersøkelser.

Kostnadene

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på fjerdeplass over de ti sykdommer i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Murray & Lopez, 1997a, 1997b). Nyere analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige del av verden (Sartorius, 2001; Ürstün & Kessler, 2002). I tillegg til store personlige lidelser medfører depresjon enorme økonomiske og samfunnsmessige omkostninger, først og fremst i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og trygdeutgifter (Berto et al., 2000; NICE, 2004; Steward, Ricci, Chee, Hahn & Morganstein, 2003). En norsk studie viser at depresjon og angst er sterke risikofaktorer for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid, og er en viktig medvirkende faktor for uførhet, antakelig også når slik ytelse er innvilget for ikke-psykiatriske diagnoser (Mykletun et al., 2006).

I Storbritannia er depresjon og angst viktigste årsak til alt arbeidsfravær. Kostnadene er, inklusive trygdeutgifter og redusert produktivitet og skatteinntekt, anslått til 12 milliarder pund årlig (Centre for Economic Performance, 2006).

Investeringene

De engelske myndighetene vil bruke 33 millioner pund til IAPT i 2008/09, 103 millioner pund i 2009/10 og 173 millioner pund per år fra og med 2010/11. Fullt utbygd vil dette beløpet måtte omtrent fordobles. En tilsvarende satsing i Norge vil anslagsvis bety at rundt 225 millioner kroner settes av årlig de første tre årene, og rundt 400 millioner i årene som følger. Dette utgjør i underkant av 100 kroner per nordmann. Kanskje ikke all verden når nordmenn årlig bruker rundt 40 000 kroner hver på helse?

Referanser

Aktuelle nettsider

www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPoli...

www.mhchoice.csip.org.uk/psychological-therapies/.html

http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/nimhe/component/option,com_frontpa...