



World mental health report

Transforming mental health for all

World mental health report: transforming mental health for all. © Światowa Organizacja Zdrowia 2022. Niektóre prawa zastrzeżone. Ta praca jest dostępna na licencji Creative Commons-Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne- licencja IGO 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). „Tłumaczenie to nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść lub dokładność tego tłumaczenia. Oryginalna wersja angielska jest wersją wiążącą i autentyczną”. Zarówno tekst oryginalny, jak również tłumaczenie na język polski uległo zmianie redakcyjnej poprzez pominięcie treści niestanowiących merytorycznej części raportu. Tekst źródłowy oryginalny ISBN 978-92-4-004933-8 (electronic version) HYPERLINK “<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338%5b>”<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [dostęp na dzień 27.09.2022 r.] Światowa Organizacja Zdrowia.



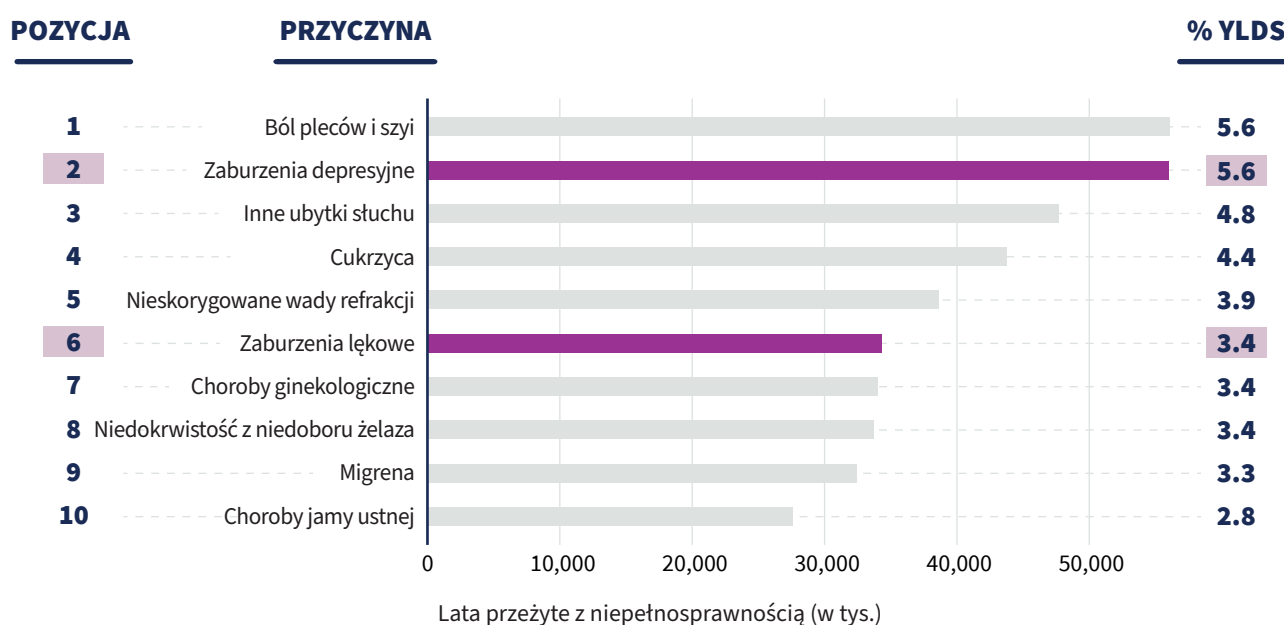
World Health Organization

Same zaburzenia depresyjne są drugą wiodącą przyczyną YLDs na świecie, stanowiąc 5,6% wszystkich YLDs w 2019 r. (zob. rys. 3.7). Dwa ważne czynniki ryzyka tych powszechnych zaburzeń psychicznych zostały określone ilościowo w ramach GBD 2019. Są to: wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie (narażenie przed 15. r.ż. na niechciany kontakt seksualny) oraz prześladowanie przez

rówieśników (celowe i powtarzające się u dzieci i młodzieży uczęszczających do szkoły). W 2018 i 2019 r. poziom narażenia na świecie na wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie i znęcanie się wyniosły 9,4% i 7,4% (130). Łącznie te modyfikowalne czynniki ryzyka stanowiły 7,1% wszystkich DALYs związanych z zaburzeniami lękowymi i 9,9% wszystkich DALYs na całym świecie.

Rys. 3.7

Dziesięć głównych przyczyn lat przeżytych z niepełnosprawnością na świecie (YLDs), 2019



Źródło: WHO, 2019 (129).

3.2 Konsekwencje ekonomiczne

Oprócz bezpośrednich kosztów leczenia choroby psychiczne wiążą się z różnymi kosztami pośrednimi związanymi ze zmniejszoną produktywnością ekonomiczną, wyższymi wskaźnikami bezrobocia i innymi skutkami ekonomicznymi.

Te koszty dla społeczeństwa mogą być znaczące, często znacznie przewyższają koszty opieki zdrowotnej. Naukowcy ze Światowego Forum Ekonomicznego obliczyli, że szeroko zdefiniowane zaburzenia zdrowia psychicznego kosztowały

światową gospodarkę ok. 2,5 USD w 2010 r., obejmując utraconą produktywność (1,7 bln USD) i bezpośrednio koszty opieki (0,8 bln USD) (131). Przewidywano, że ten całkowity koszt wzrośnie do 6 bln USD do 2030 r. wraz ze wzrostem kosztów społecznych. To więcej niż naukowcy przewidywali na koszty nowotworów, cukrzycy i przewlekłych chorób układu oddechowego łącznie. Przewiduje się, że kraje o niskich i średnich dochodach poniosą 35% kosztów tych chorób psychicznych.

Koszty pośrednie związane ze zdrowiem psychicznym mogą być również istotne dla poszczególnych krajów. Na przykład na Filipinach przeprowadzono analizę, w której obliczono, że w 2019 r. sześć schorzeń (psychoza, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, uzależnienie od alkoholu i padaczka) kosztowały gospodarkę krajową około 1,3 mld USD w utraconej zdolności do pracy z powodu przedwczesnego zgonu, niepełnosprawności i zmniejszonej produktywności podczas pracy (132). W połączeniu z bezpośrednimi kosztami opieki zdrowotnej (około 53 mln USD) stanowi to 0,4% produktu krajowego brutto.

Najnowsze, przeprowadzone w 2020 r., systematyczne badania kosztów chorób na całym świecie wykazały, że średni roczny koszt społeczny chorób psychicznych – skorygowany o parytet siły nabywczej do poziomu cen w USA – waha się między 1180 USD a 18313 USD na leczenie jednej osoby, w zależności od schorzenia (133). Koszt ten obejmuje zarówno bezpośrednie koszty leczenia i innych świadczeń, jak i inne koszty, takie jak utracona produkcja i dochody.

Schizofrenia okazała się najbardziej kosztowną chorobą psychiczną na świecie w przeliczeniu na osobę. Zaburzenia depresyjne i lękowe były znacznie mniej kosztowne w przeliczeniu na leczoną osobę, ale z powodu ich dużego rozpowszechnienia w znacznym stopniu przyczyniają się do wzrostu całkowitych kosztów chorób psychicznych w kraju. Stwierdzono, że we wszystkich zaburzeniach prawie połowa całkowitych kosztów społecznych wynika z kosztów pośrednich, takich jak zmniejszona produktywność (133).

Niestety, nawet analizy kosztów chorób nie oddają pełnego obrazu społecznych kosztów chorób psychicznych. Zazwyczaj nie przypisują one wartości pieniężnej osobom niebędącym płatnikami pracownikami, w tym opiekunom i osobom zajmującym się domem. Koncentrują się jedynie na utracie produktywności, a nie na innych czynnikach społecznych, które mogą być bardziej cenione, takich jak relacje międzyludzkie. Ponadto nie są uwzględniane koszty niematerialne, takie jak ból psychiczny (133).

3.3 Luki w publicznym zdrowiu psychicznym

Oprócz wpływu na każdy kraj na świecie i koszty choroby psychiczne są również wysoce zaniebane. Wyniki najnowszych badań w państwach członkowskich WHO – *Atlas zdrowia psychicznego 2020* – pokazują, że systemy zdrowia psychicznego na całym świecie nadal charakteryzują poważne braki w zarządzaniu, zasobach i usługach, informacji i technologii dla zdrowia psychicznego (zob. rys. 3.8). Braki te są istotne, ponieważ mogą poważnie utrudnić działania w zakresie zdrowia psychicznego w kraju. W kolejnych wdrożonych sekcjach podkreślono cechy definiujące niektóre z najważniejszych braków.

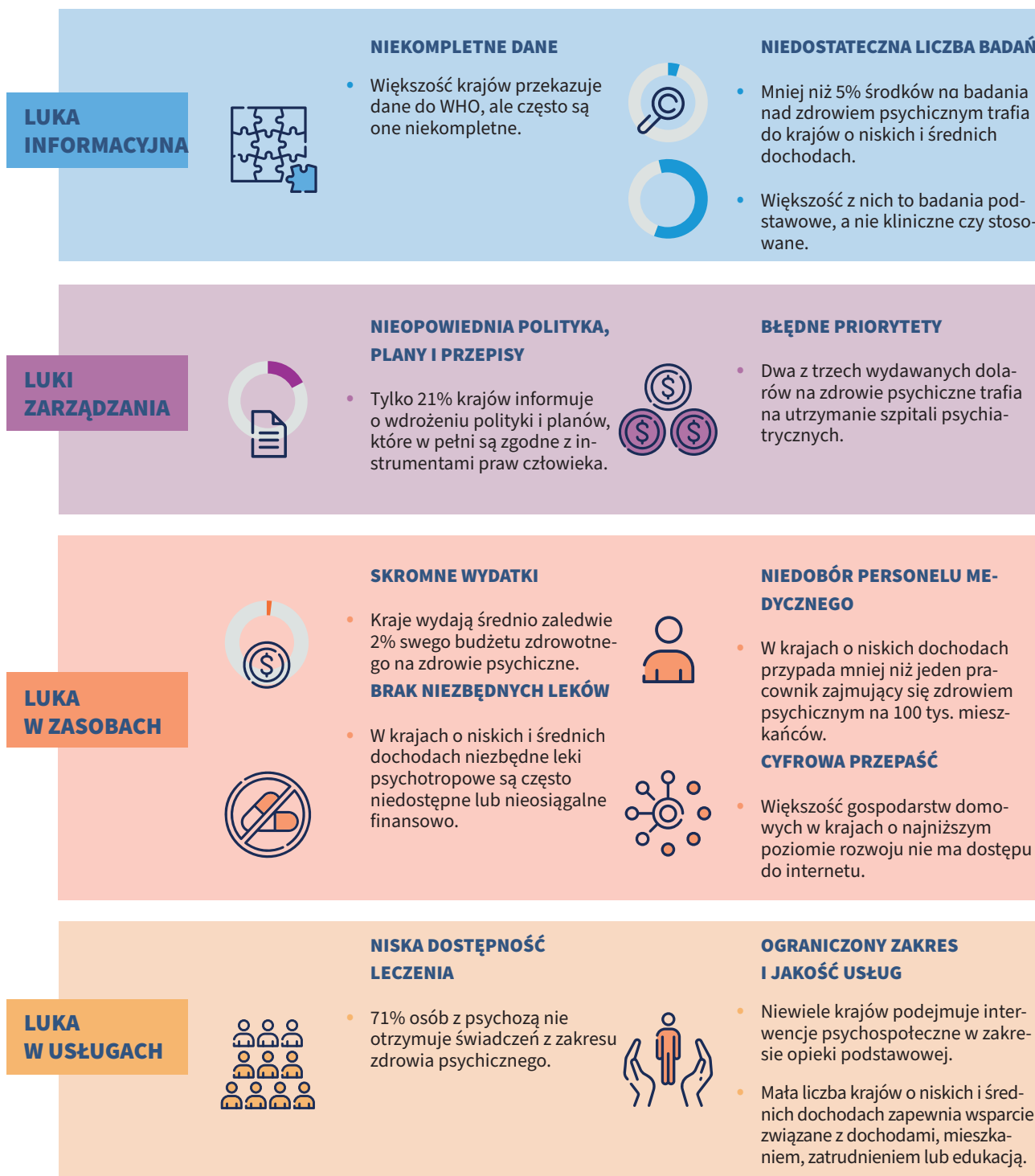
3.3.1 Luka informacyjna Ograniczone dane dotyczące zdrowia psychicznego

W części przypadków luka informacyjna dotyczy zdolności państw do zbierania, raportowania i monitorowania rzetelnych i aktualnych danych dotyczących zdrowia psychicznego, w tym danych dotyczących polityki i przepisów, personelu medycznego oraz świadczeń zdrowotnych.

W ostatniej dekadzie zaobserwowano duży postęp. Od 2014 r. zdecydowana większość krajów (88–91%) regularnie przekazuje dane dotyczące zdrowia psychicznego do WHO (5). Ponadto 76% państw członkowskich WHO potwierdziło swoją zdolność do raportowania na podstawie pięciu kluczowych wskaźników zdrowia psychicznego, w porównaniu do 60% w 2014 i 62% w 2017 r.

Rys. 3.8

Główne luki w dziedzinie publicznego zdrowia psychicznego



Często dane, które są zgłaszane, są niekompletne, zwłaszcza jeśli chodzi o dostępność i wykorzystanie świadczeń, co może być trudne do wykrycia. Prawie połowa krajów stwierdziła, że regularnie zbiera dane dotyczące świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w sektorze publicznym do polityki, planowania lub zarządzania. W większości przypadków,

zwłaszcza w krajach o niskich dochodach, te dane są zbierane tylko jako część ogólnych statystyk zdrowia i nie są dostępne do raportowania w WHO. Jedna czwarta krajów o niskich i średnich dochodach nie zbierała żadnych danych dotyczących zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich dwóch lat.

W wielu przypadkach dane zgłaszane z krajów o niskich i średnich dochodach pochodzą wyłącznie z publicznych szpitali psychiatrycznych i nie obejmują świadczeń i interwencji z zakresu zdrowia psychicznego świadczonych w szpitalach ogólnych, placówkach społecznych, opiece podstawowej, szkołach lub sektorze prywatnym (134). Jest to istotne ograniczenie, biorąc pod uwagę znaczenie przenoszenia opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego ze szpitali psychiatrycznych do placówek przychodni środowiskowej opieki społecznościowej (zob. rozdz. 7: Przebudowa i skalowanie opieki w celu wprowadzenia zmian) oraz konieczność monitorowania tych zmian.

Brak kompleksowych, niezależnych i porównywalnych danych stanowi istotną przeszkodę w monitorowaniu i odpowiedzialności w zakresie zdrowia psychicznego. Aby stawić czoło temu wyzwaniu, inicjatywa Countdown Global Mental Health 2030 używa szerokiego i zintegrowanego zestawu wskaźników do śledzenia postępów w dziedzinie zdrowia psychicznego (135). Te wskaźniki, które dotychczas skupiały się na zdrowiu psychicznym dzieci i opiekunów, wykraczają poza te, które są rejestrowane w dotychczasowych badaniach dotyczących świadczeń zdrowia psychicznego, takich jak *Atlas Zdrowia Psychicznego WHO*, i obejmują także dane dotyczące czynników determinujących zdrowie psychiczne i kształtujących zapotrzebowanie na świadczenia zdrowia psychicznego. Są one dostępne poprzez interaktywną, publicznie dostępną tablicę informacyjną, którą zamierza się wykorzystać do informowania o działaniach mających na celu poprawę zdrowia psychicznego (136).

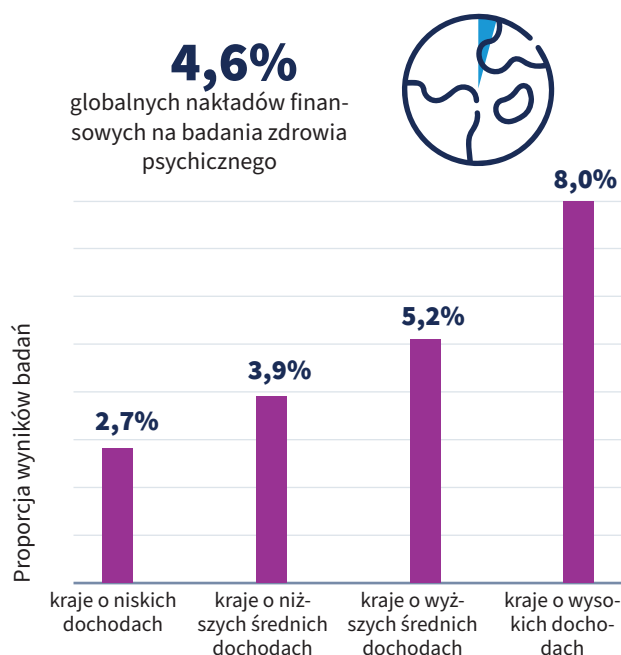
Niewystarczające i niesymetryczne badania

Drugą część luki informacyjnej stanowi luka w badaniach, które mogłyby pomóc krajom w opracowaniu i wdrożeniu odpowiednich i dostosowanych strategii interwencyjnych. Analizy dokonane w ramach *Atlasu Zdrowia Psychicznego 2020* pokazują, że choć ogólny poziom wyników badań nad zdrowiem psychicznym (mierzony liczbą opublikowanych badań uwzględnionych w bazach danych badawczych) wzrósł o 12% od 2013 r., to wyniki badań nad innymi dziedzinami zdrowia wzrosły jeszcze szybciej, więc proporcja badań nad zdrowiem psychicznym nieco spadła (z 5,0% w 2013 do 4,6% w 2019 r.).

Atlas Zdrowia Psychicznego 2020 ujawnia również istotne różnice w badaniach nad zdrowiem psychicznym w różnych regionach i grupach dochodowych. Proporcja wyników badań nad zdrowiem psychicznym w ramach badań zdrowia w danym kraju jest niemal trzykrotnie większa w krajach o wysokich dochodach w porównaniu z krajami o niskich dochodach (zob. rys. 3.9).

Rys. 3.9

Proporcja badań zdrowia skoncentrowanych na zdrowiu psychicznym według grup dochodowych



Źródło: WHO, 2021 (5).

Niedawno przeprowadzona analiza nierówności w finansowaniu badań nad zdrowiem psychicznym pokazuje, że 99% badań jest finansowanych przez kraje o wysokich dochodach. Większość badań nad zdrowiem psychicznym prowadzona jest w krajach o wysokich dochodach, przy czym mniej niż 5% funduszy na badania trafia do krajów o niskich i średnich dochodach (137). Tam, gdzie prowadzi się badania o dużym znaczeniu w krajach o niskich i średnich dochodach, są one często prowadzone przez badaczy z krajów o wysokich dochodach, co wzmacnia nierównowagę sił (138).

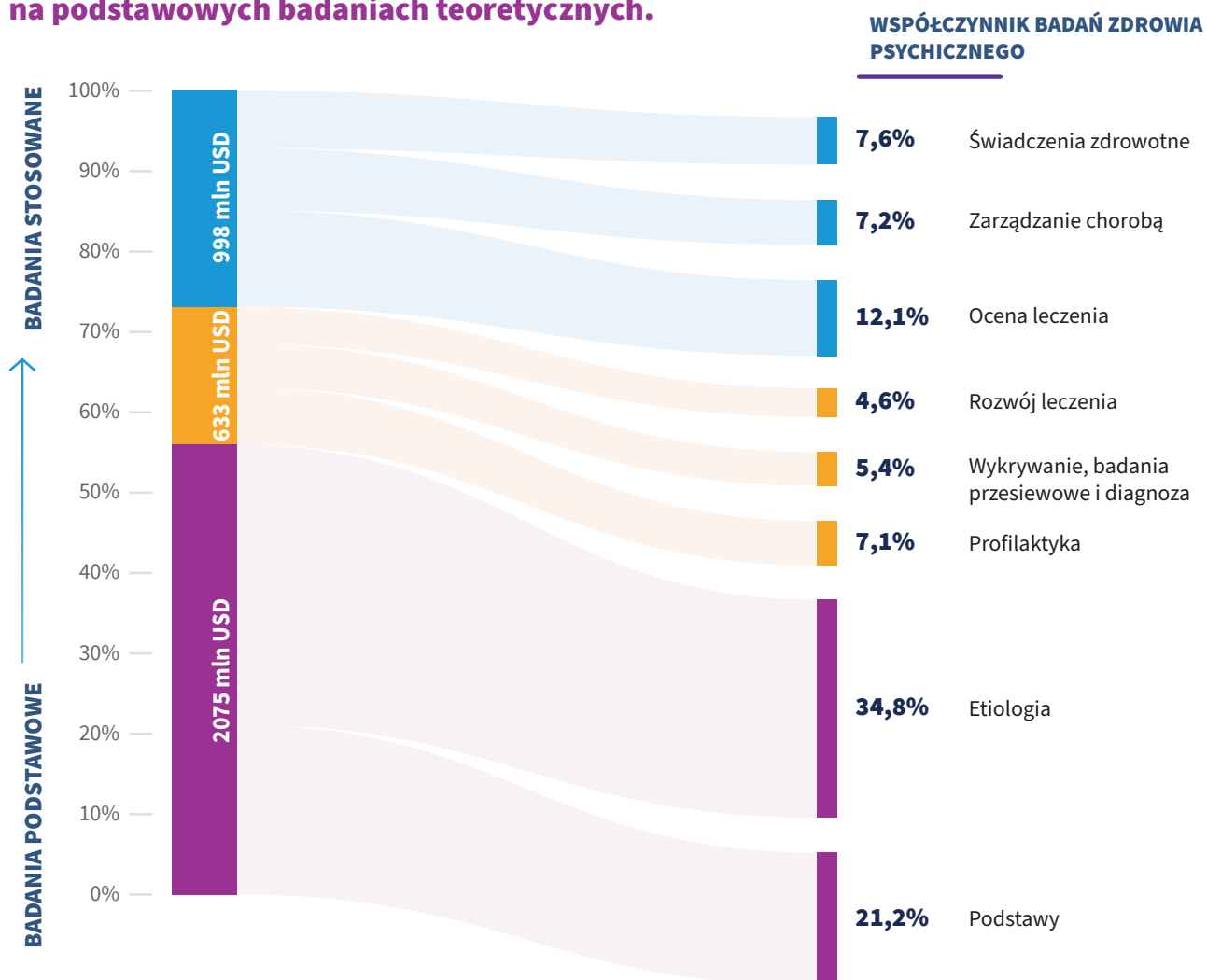
Na świecie wydaje się około 3,7 mld dolarów rocznie na badania nad zdrowiem psychicznym, co stanowi szacunkowo 7% globalnych środków przeznaczonych na badania zdrowia (137). Ogólnie ponad połowa (56%) wszystkich globalnych środków na bada-

nia nad zdrowiem psychicznym jest przeznaczana na badania podstawowe, a nie na badania kliniczne czy wdrożone (zob. rys. 3.10). Ponadto niektóre dziedziny zdrowia psychicznego są niedofinansowane w porównaniu do innych. Najbardziej wymownym przykładem są samobójstwa i samookaleczenia,

które stanowią temat jedyne go wyraźnego wskaźnika dotyczącego zdrowia psychicznego, jakim są Wskaźniki Celów Zrównoważonego Rozwoju (ang. *Sustainable Development Goals – SDGs*), które dotyczą mniej niż 1% ogólnego finansowania na badania nad zdrowiem psychicznym.

Rys. 3.10

Większość prowadzonych badań nad zdrowiem psychicznym koncentruje się na podstawowych badaniach teoretycznych.



Źródło: Woelbert et al, 2020 (137).

3.3.2 Luki w zarządzaniu

Niewystarczająca polityka, plany i przepisy prawne

Jasno określona polityka, plany i przepisy prawne stanowią podstawę działań związanych ze zdrowiem psychicznym. Zakładając, że są odpowiednio i w pełni wdrożone, stanowią fundament dobrze funkcjonującego zarządzania.

Łącznie 146 krajów (86% członków WHO) zgłosiło przygotowanie polityki lub planów zdrowia psychicznego – zarówno niezależnych, jak i zintegrowanych z ogólnymi politykami lub planami zdrowia. Nieco ponad połowa krajów (56%), które zgłosiły swoje dane, podała, że zaktualizowała plany zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich dwóch lat. Około 90 krajów (mniej niż połowa państw członkowskich WHO) opracowała plany specjalnie przeznaczone

dla dzieci i młodzieży. Jedna trzecia z nich nie była aktualizowana od 2017 r.

Posiadanie planu nie wystarcza jednak do zaspokojenia potrzeb opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego: plany te muszą być zgodne z prawami człowieka, muszą być w pełni finansowane i wdrażane, a także regularnie monitorowane i oceniane.

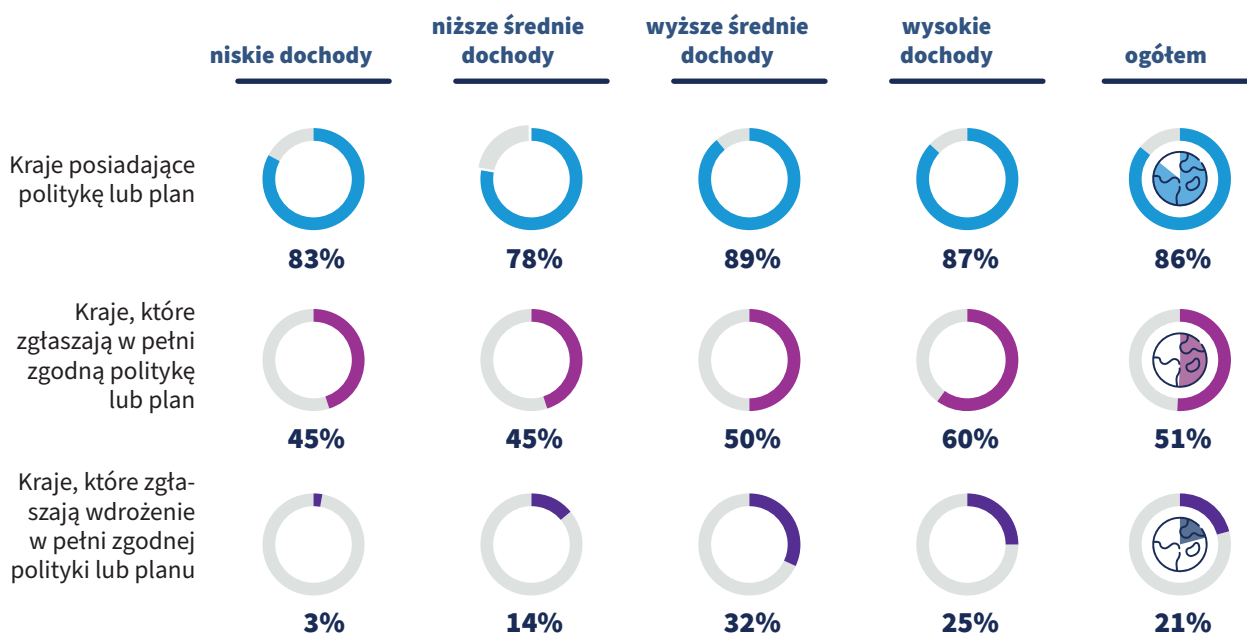
Tylko połowa (51%) państw członkowskich WHO zgłosiła, że ich polityka lub plany zdrowia psychicznego są w pełni zgodne z prawami człowieka. Około jedna trzecia (31%) zgłosiła, że plany są w trakcie wdrażania. Tylko 21% państw członkowskich WHO zgłosiło, że ich polityka lub plany są wdrażane

i w pełni zgodne z prawami człowieka. Ten odsetek różnił się istotnie w zależności od grup dochodowych, wynosząc 32% dla krajów o wyższych średnich i zaledwie 3% dla krajów o niskich dochodach (zob. rys. 3.11).

Niewiele krajów efektywnie monitorowało wdrażanie swojej polityki i planów dotyczących zdrowia psychicznego. Tylko 23% krajów, które wzięły udział w badaniu, zgłosiło, że stosuje wskaźniki do monitorowania większości lub wszystkich składników swojego planu zdrowia psychicznego. Jedna trzecia krajów zgłosiła, że stosuje wskaźniki do monitorowania niektórych składników swojego planu. Niemal jedna czwarta zgłosiła, że nie stosuje żadnych wskaźników.

Rys. 3.11

Stan polityki i planów zdrowia psychicznego pogrupowanych według dochodów krajów



Źródło: WHO, 2021 (5).

Podobny wzorzec można zauważyć w ustawodawstwie związanym ze zdrowiem psychicznym: 80% państw członkowskich WHO zgłosiło posiadanie niezależnej lub zintegrowanej ustawy dotyczącej zdrowia psychicznego, jednak tylko 38% zgłosiło, że ich ustawy są w pełni zgodne z prawami człowieka, a jedynie 28% podało, że ich ustawy są w pełni zgodne i znajdują się w procesie wdrażania.

Ponownie istniała znaczna różnica między grupami dochodowymi, gdzie 40% państw członkowskich WHO o wysokim dochodzie posiadało w pełni zgodne prawo w procesie wdrażania, w porównaniu z zaledwie 3% państw członkowskich WHO o niskim dochodzie. Zarówno w przypadku polityki, jak i ustawodawstwa osoby z zaburzeniami psychicznymi są słabo reprezentowane w procesach decyzyjnych i rozwoju większości krajów, a także w mechani-



zmach odpowiedzialności, które monitorują, oceniają i raportują zgodność z prawami człowieka (139).

Nierówności i niewłaściwe priorytety

W ramach ogólnej polityki i planów zdrowotnych w większości krajów o niskim i średnim dochodzie zdrowie psychiczne nie stanowi priorytetu w porównaniu z innymi schorzeniami, takimi jak choroby zakaźne i niezakaźne. Zasoby związane ze zdrowiem psychicznym są również nierówno rozprowadzone między kraje, regiony i społeczności, dlatego populacje z wysokimi wskaźnikami ubóstwa mają najmniej dostęp do opieki (140). Obszary miejskie są zazwyczaj lepiej finansowane niż obszary wiejskie.

Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego dla dorosłych zwykle mają wyższy priorytet niż świadczenia dla dzieci lub osób starszych, co prowadzi do mniejszej dostępności lub odpowiedniej opieki dla tych grup. Brakuje również ukierunkowanych usług dla wielu grup, takich jak rdzenni mieszkańcy, mniejszości etniczne i seksualne, osoby bezdomne, uchodźcy i migranci. Co istotne, nie tylko osoby w krajach o niskich dochodach otrzymują mniej dostępnej i gorszej jakości opieki, ale także mniej uprzywilejowane grupy we wszystkich krajach (141).

Dla wszystkich grup ludności priorytetem jest ciągłe zapewnianie łóżek i leczenia w szpitalach zamiast udostępniania usług w społeczności. W przypadku zarówno personelu, jak i budżetów większość zasobów dostępnych dla zdrowia psychicznego skupia się w szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza w krajach o niskim i średnim dochodzie. Ponad 70% wydatków na zdrowie psychiczne w krajach o średnich dochodach (w porównaniu z 35% w krajach o wysokich dochodach) kierowane jest na szpitale psychiatryczne, które głównie zajmują się osobami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (5). Podobnie w krajach o niskich dochodach na szpitale psychiatryczne przeznaczona jest duża, jeśli nie większa, część budżetu na zdrowie psychiczne. Ogólnie rzecz biorąc, niezależne szpitale psychiatryczne odpowiadają za dwie trzecie (66%) wydatków ponoszonych na świecie przez rządy na zdrowie psychiczne (5).

Większość krajów na świadczenia środowiskowe w zakresie zdrowia psychicznego wydała **poniżej 20%** swojego budżetu przeznaczanego na zdrowie psychiczne.

Jest to nieefektywny sposób wykorzystywania zasobów na rzecz zdrowia psychicznego.

W 2019 r. większość badanych krajów (67%) przeznaczyła mniej niż 20% swojego budżetu na świadczenia zdrowia psychicznego w społeczności. Około 80% krajów wydawało mniej niż 20% na ogólnospołeczne świadczenia zdrowia psychicznego i podobnie 80% krajów przeznaczyło mniej niż 20% na zdrowie psychiczne w opiece podstawowej. Wydatki na programy zapobiegania i promocji były jeszcze mniejsze (5).

Międzynarodowi darczyńcy podobnie nie uznają znaczenia zdrowia psychicznego, przyznając mu tylko ułamek środków, przeznaczonych na inne schorzenia, często skupiając się na projektach krótkoterminowych, zamiast wspierać wdrażanie długoterminowych systemów opieki nad zdrowiem psychicznym. Choć alokacja budżetu zdrowotnego nigdy nie powinna opierać się wyłącznie na obciążeniu, obciążenie jest czynnikiem, który należy uwzględnić przy ustalaniu priorytetów dla interwencji zdrowotnych. W latach 2006–2016 zaledwie 0,3% międzynarodowej pomocy rozwojowej na rzecz zdrowia trafiło na potrzeby zdrowia psychicznego (142), a na kontrolowanie chorób przenoszonych drogą płciową (STI), w tym HIV/AIDS, wydatkowano niemal 50% międzynarodowej pomocy rozwojowej na rzecz zdrowia w tym samym okresie, mimo że obciążenie chorobami psychicznymi w latach życia (DALYs – lata życia skorygowane niepełnosprawnością) było ponad trzykrotnie większe niż w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową (143).