

## **ATLAS: Mapowanie zasobów w zakresie zdrowia psychicznego dla osób starszych na świecie.**

Carlos Augusto de Mendonca Lima, Nicolas Kuhne, Rudiger Buschfort

### **Wstęp**

Starzenie się populacji zwiększa ryzyko występowania chorób psychicznych u osób starszych oraz zmienia ich rozpowszechnienie w tej grupie osób. Zjawisko to wpływa znacząco na stopień niepełnosprawności oraz inne obciążenia spowodowane chorobą. W tej sytuacji obecne zasoby w zakresie zdrowia psychicznego osób starszych są niewystarczające. Jakość oraz ilość tych zasobów wymaga udoskonalenia, aby sprostać wymaganiom przyszłego społeczeństwa. Dokonanie takiej modernizacji powinno być poprzedzone zebraniem dokładnych informacji na temat aktualnego stanu zasobów.

Według WHO obok licznych informacji na temat epidemiologii, rozpowszechnienia i przebiegu chorób, ich rozpoznania, klasyfikacji, skutków społecznych oraz ekonomicznych, bardzo mało jest dostępnych informacji o istniejących zasobach, które mogą zmniejszać to obciążenie. Co więcej, istniejące informacje nie mogą być porównane pomiędzy krajami, ponieważ raporty są sporządzane przy użyciu różnych określeń oraz jednostek miary. Ta nierównowaga pomiędzy „informacjami o chorobie” a „informacjami o zasobach” stanowi główną przeszkodę w planowaniu pracy instytucji zajmujących się zdrowiem psychicznym, w szczególności dla osób starszych. Brak informacji w zakresie zasobów hamuje także działania organizacji pozarządowych, stowarzyszeń oraz grup pacjentów domagających się poprawy w działaniu instytucji zajmujących się zdrowiem psychicznym oraz przedstawiających ich potrzeby.

Projekt ATLAS został rozpoczęty w 2000 roku przez WHO, będąc próbą wypełnienia tej luki. Światowe i regionalne dane zostały zebrane oraz przedstawione w publikacji „Atlas: Mental Health Resources in the World” [1]. Oprócz tego zasoby w zakresie zdrowia psychicznego zostały także w każdym kraju poddane dodatkowej analizie i przedstawione w innej publikacji - „Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources” [2]. Zaprojektowano także stronę internetową, aby przekazywać uzyskane informacje w bardziej dynamiczny i interaktywny sposób [3] oraz ułatwić analizy profesjonalistom, badaczom, studentom, instytucjom i innym organizacjom. Korzystając z internetu prościej jest uaktualniać dane oraz dostarczać najbardziej bieżących informacji bez czekania na oficjalne oświadczenia. Wszelkie poprawki oraz uaktualnienia są mile widziane; muszą jednak być poparte odpowiednimi referencjami oraz materiałami, które mogą być wysłane do nas pocztą elektroniczną na adres podany na stronie internetowej poniżej nagłówek 'comments'.

Aby osiągnąć dalsze cele, polegające na zmianach w planowaniu pracy instytucji zajmujących się zdrowiem psychicznym osób starszych, zwiększenie wpływu działań organizacji pozarządowych, stowarzyszeń oraz grup pacjentów, postanowiono rozwinąć nową wersję projektu: ATLAS dla zdrowia psychicznego osób starszych.

## Uczestnicy projektu oraz ich partnerzy

ATLAS jest projektem WHO (Genewa), którego superwizorem oraz koordynatorem jest Dr Shekhar Saxena. Wersja zajmująca się zdrowiem psychicznym osób starszych będzie koordynowana przez Dr Carlosa Augusto de Mendonca Lima, który razem z Nicolasem Kuhne będzie także odpowiedzialny za zarządzanie całością projektu.

Metodologia projektu, jego narzędzia badawcze oraz interpretacja wyników będą konsultowane z grupą ekspertów w dziedzinie psychogeriatry – reprezentantów następujących organizacji:

- Alzheimer's Disease International
- Association of European Psychiatrists
- European Association of Geriatric Psychiatry
- International Council of Nurses
- International Psychogeriatric Association
- World Federation for Mental Health
- World Federation of Occupational Therapists
- World Psychiatric Association.

Każdy z ekspertów będzie współpracował z komisją złożoną z członków swojej organizacji. Głównymi współpracownikami z Regionalnych Biur WHO będą: Dr Custodia Mandlhate (African Regional Office), Dr Caldas de Almeida and Dr Claudio Miranda (Regional Office for Americas), Dr Ahmad Mohit and Dr Khalid Said (Eastern Mediterranean regional Office), Dr Mattihjs Muijen (European Regional Office), Dr Vijay Chandra (South-east Asia regional Office) oraz Dr Helena Herrman i Dr Gauden Galea (Western Pacific Regional Office). Będą oni brali udział w uzyskiwaniu i walidacji informacji oraz opracowaniu wyników badania.

W każdym kraju zostanie wybrany (za zgodą lokalnej organizacji psychogeriatry) odpowiedni pracownik WHO do zbierania informacji. Do wypełnienia kwestionariuszy będą zaproszeni prezesi krajowych organizacji psychogeriatrycznych, prezesi sekcji psychogeriatry towarzystw psychiatrycznych oraz innych odpowiednich towarzystw pozarządowych zajmujących się zdrowiem psychicznym osób starszych. W niektórych krajach takich organizacji wciąż nie ma. W takich przypadkach będą zapraszani do współpracy pracownicy Ministerstwa Zdrowia.

## Metodologia

Zebranie informacji ze wszystkich krajów w jednolitym formacie jest zadaniem złożonym. Dla ułatwienia podzielono je na szereg kroków.

**Krok pierwszy** to opracowanie kwestionariusza oraz glosariusza przy pomocy grupy ekspertów w dziedzinie psychogeriatry, reprezentantów organizacji pozarządowych różnych regionów świata. Kwestionariusz taki powinien zawierać: dane demograficzne, kierunek działań organizacji zajmujących się zdrowiem psychicznym osób starszych, sposób finansowania tych organizacji, system opieki społecznej dla osób starszych, instytucje zajmujące się osobami starszymi chorującymi psychicznie, zasoby ludzkie, organizacje pozarządowe, system zbierania danych, opieka nad szczególnymi grupami osób, np. używających substancji psychoaktywne oraz inne potrzebne informacje.

**Krok drugi** polega na wyróżnieniu krajowych współpracowników i przesłanie im kwestionariusza oraz glosariusza z prośbą o ich wypełnienie przy użyciu wszystkich możliwych źródeł informacji oraz o postępowanie zgodnie z instrukcjami zawartymi w glosariuszu, aby została zachowana jednolitość uzyskanych informacji. Będą oni także proszeni o dostarczenie twardych kopii dokumentów potwierdzających zebrane dane, o

ile to możliwe. Zebrane informacje będą sprawdzane przez kierowników Regionalnych Biur WHO oraz grupę ekspertów opisaną wyżej.

**Krokiem trzecim** będzie stworzenie bazy elektronicznej oraz wprowadzenie do niej zebranych informacji. Dodatkowo będą przeprowadzone obszerne poszukiwania literatury, aby zebrać dalsze informacje na temat zasobów zdrowia psychicznego w każdym z krajów. Dane ilościowe będą odpowiednio zakodowane i wpisane, podobnie dane jakościowe zebrane z załączonych do kwestionariusza dokumentów i innych źródeł zostaną dokładnie sprawdzane, a potem włączane do bazy danych. Wszystkie informacje z każdego kraju będą odesłane do jednostek zajmujących się zdrowiem psychicznym w Ministerstwach Zdrowia do korekcji i akceptacji.

**Krok czwarty - końcowy** obejmuje analizę danych, przygotowanie raportów oraz prezentowanie wyników w formie publikacji oraz na stronie internetowej.

Dane jakościowe będą użyte do objaśnienia i uzupełnienia danych ilościowych prezentowanych w profilu każdego kraju, a także dostarczą bardziej szczegółowych opisów niektórych aspektów w zakresie zasobów zdrowia psychicznego. Profile będą się rozpoczynać od kilku ogólnych informacji dotyczących danego kraju, pochodzących z międzynarodowych źródeł, np. Bank Światowy.

## Wyniki wstępne

W momencie publikacji tego artykułu przygotowano odpowiedni kwestionariusz i glosariusz. Uzyskano następujące dane wstępne:

- Regionalne Biura WHO podały dane demograficzne oraz zanalizowały je ze względu na płeć i wiek (ponad 60 r.ż.)
- Określono przewidywaną długość życia – ogólną oraz z uwzględnieniem płci w poszczególnych regionach
- Regionalne Biura WHO sklasyfikowały wszystkie kraje w zależności od poziomu rozwoju (według klasyfikacji Światowego Banku 2000) oraz inwestowania w sprawę zdrowia
- Określono jakie organizacje pozarządowe zajmują się chorobami psychicznymi u osób starszych w poszczególnych krajach.

## Dane demograficzne

Dane demograficzne przedstawione w Tabeli 1 zostały zaadoptowane ze Światowego Raportu Zdrowia z 2001 oraz the World Report on Violence nad Health [4, 5]. WHO wyznaczyło 6 regionów o następującej charakterystyce:

Najmniejsza populacja żyje w EMRO (region Wschodnio-Śródziemnomorski). Populacja tego regionu stanowi tylko 8% populacji świata, a osoby powyżej 60 r.ż. reprezentują 5% światowej populacji osób w tym wieku (Rys.1). AFRO (Afryka) stanowi 10% populacji światowej i tylko 5% światowej populacji osób starszych. W regionie SEARO (Południowo-Wschodnia Azja) procent światowej populacji osób starszych jest także niższy niż procent światowej ogólnej populacji. W tych regionach przewidywana długość życia jest najniższa na świecie, zawierają one 74% krajów z grupy niskich dochodów. Są także regionami, w których wydatki na zdrowie są najniższe na świecie jako % GDP. Pozostałe regiony to: AMRO (Ameryka Płn i Pd), EURO (Europa), WPRO (Zachodnie Wybrzeże Oceanu Spokojnego).

Kiedy analizujemy stosunek pomiędzy liczbą kobiet i mężczyzn podany przez Regionalne Biura WHO możemy zauważyć, że w pewnych regionach liczba kobiet ogółem jest większa niż liczba mężczyzn ogółem (AMPRO, EURO), w innych liczby te są równe (AFRO), a w trzech regionach więcej jest mężczyzn (EMRO, SEARO, WPRO). Może to oznaczać, że umieralność dziewcząt (i/lub umieralność kobiet głównie, choć nie tylko, związana z ciążą i porodem) jest większa niż umieralność chłopców. Natomiast we

wszystkich regionach liczba starszych kobiet jest większa niż liczba mężczyzn. Jest to szczególnie widoczne w regionach AMPRO i EURO, gdzie przewidywana długość życia kobiet jest znacznie większa niż mężczyzn (tabela 3 i Rys.2).

Najkrótszą i najdłuższą przewidywaną długość życia w zależności od płci w każdym z regionów WHO prezentuje Tabela 4. Zaskakujące jest to, iż we wszystkich regionach znajduje się przynajmniej jeden kraj, w którym przewidywana długość życia mężczyzn jest krótsza niż 60 lat i tylko w EURO we wszystkich krajach przewidywana długość życia kobiet jest dłuższa niż 60 lat. Największa różnica pomiędzy przewidywaną najkrótszą i najdłuższą długością życia jest w AFRO (2.05) a najmniejsza w SEARO (1.24). W regionie AFRO także dla kobiet różnica ta jest największa (2.10), a w EURO najmniejsza (1.28). Dane te sugerują, że w dużym stopniu śmiertelność mężczyzn i kobiet różni się w zależności od regionu, w jakim żyją.

Zjawisko to może mieć kilka przyczyn, wśród nich poziom rozwoju danego kraju. Wykorzystaliśmy klasyfikację Banku Światowego przedstawioną w Światowym Raportcie Zdrowia z 2001 roku [4], aby porównać poziom rozwoju krajów każdego regionu. Jak można zobaczyć w Tabeli 5, 78.3% krajów regionu AFRO jest klasyfikowanych do grupy krajów o niskim dochodzie. Z kolei EURO ma największą liczbę krajów o wysokim dochodzie według kryteriów Światowego Banku (tu znajduje się 65.7% wszystkich krajów z grupy krajów o wysokim dochodzie). Jednocześnie jednak w regionie EURO znajduje się 43% krajów, które mają mniej niż średni dochód. Oznacza to, że wśród krajów tego regionu występują największe różnice w poziomie rozwoju.

Region SEARO cechuje najniższa liczba wydatków na zdrowie w %GDP w 1998, a także najniższy współczynnik ogółem wydatków na zdrowie przypadający na jednego mieszkańca. Jednak powyższe niskie wskaźniki tego regionu (którym posiada 28% światowej populacji oraz 20% światowej populacji osób starszych) nie mają odzwierciedlenia w przewidywanej długości życia: AFRO posiada podobne wskaźniki wydatków na zdrowie przy znacznie krótszej przewidywanej długości życia. Oznacza to, że przewidywana długość życia, jakość życia i zdrowia zależą także od innych czynników, nie tylko od poziomu rozwoju danego kraju.

Wyniki badania wstępnego zebrane przy pomocy World Psychiatric Association [6], the Alzheimer's Disease International [7], the International Association of Gerontology [8], and World Federation of Neurology [9] można przedstawić następująco (Tabela 7):

- WPA jest organizacją najszerzej reprezentowaną (102 kraje mają przynajmniej jednego członka tego Towarzystwa)
- Tylko 36 kraje na świecie mają sekcję psychogeriatry w krajowych towarzystwach psychiatrycznych i/lub krajowe towarzystwo psychogeriatry
- Nawet jeśli ADI nie jest towarzystwem, które pokrywa wszystkie potrzeby osób starszych w zakresie zdrowia psychicznego, to jego pozycja jest znacząca - istnieje co najmniej jedno krajowe towarzystwo dla chorych na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów w 66 krajach
- Bardzo często osoby starsze są leczone z powodu chorób psychicznych przez geriatrów, gerontologów i/lub neurologów. Pierwsze dwie specjalności mają reprezentantów w 58 krajach, natomiast neurologów tylko w 23 krajach.

Podsumowując, 19.6% krajów AFRO, 68.6% AMRO, 90.2% EMRO, 90.2% EURO. 70% SEARO oraz 37% WPRO ma przynajmniej jedno towarzystwo zajmujące się zdrowiem psychicznym osób starszych. Różnice pomiędzy regionami są spowodowane prawdopodobnie proporcją osób starszych w krajowej oraz regionalnej populacji, rozumieniem procesu starzenia się oraz jego konsekwencji w zdrowiu psychicznym populacji globalnej, a także różnicami w dostępnych zasobach w zakresie zdrowia psychicznego.

## **Wnioski**

Niniejsza publikacja nie miała na celu przedstawienia szczegółowych analiz wstępnych wyników naszego badania. Wyniki te potwierdzają to, co jest może już powszechnie wiadome: szczególnie w przypadku starzenia się, daleko światu do jednorodności. Przedstawiono kilka różnic dotyczących zasobów zdrowia psychicznego osób starszych w poszczególnych regionach. Mamy nadzieję wkrótce zaprezentować dalsze wyniki badania.