

Der er store barrierer for psykiatrisk behandling i lavindkomstlande

Carina Winkler Sørensen^{1,2,3}, Ole Bæk^{1,2,4}, Jessica Carlsson² & Per Kallestrup¹

STATUSARTIKEL

1) Center for Global Sundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet (GloHAU)

2) Region Hovedstadens Psykiatri, Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, PC Ballerup

3) Region Hovedstadens Psykiatri, PC Frederiksberg

4) Region Hovedstadens Psykiatri, PC Hvidovre

Ugeskr Læger

2015;177:V09140514

Psykiatriske lidelser findes i alle lande på tværs af kulturer og sociale grupper [1]. Prævalensen af de enkelte sygdomme synes at variere, men det er svært at sammenligne prævalensstudier pga. forskellige studiedesign samt kulturelle forskelle i sygdomsopfattelse og manifestation [2, 3]. På verdensplan står de fleste mennesker med psykiatriske lidelser uden for behandlingssystemet. WHO anslår, at det drejer sig om 36-50% i mellem- og højindkomstlandene og op mod 76-85% i lavindkomstlandene [4]. I The Global Burden of Disease Study fra 2010 gøres verdens sygdomsbyrde op i *disability adjusted life years* (DALY's), og her udgjorde de psykiatriske sygdomme 7,4% af verdens DALY's. Endvidere viste studiet, at sygdoms-

byrden af psykiatriske lidelser er steget siden 1990, hvilket skal ses i lyset af, at sygdomsbyrden af de fleste somatiske lidelser er faldet [5].

På baggrund af en projektion af sygdomstendenser estimerede *Mathers et al.*, at unipolar depression vil være den andenmest betydende sygdom på verdensplan i 2030, kun overgået af hiv/aids [6]. Når der stratificeres for landenes indkomstniveau finder man depression på en tredjeplads i lavindkomstlande, kun overgået af hiv/aids og neonatale komplikationer. Således vil de psykiatriske lidelser også i fremtiden udgøre en væsentlig sygdomsbyrde.

I de seneste år er der kommet øget fokus på de udfordringer, som psykiatriske lidelser udgør på verdensplan [7]. I 2001 var mental sundhed fokus for WHO's »World Health Report« [1], og i 2008 fulgte WHO's »Mental Health Gap Action Programme« med konkrete initiativer til at forbedre adgangen til den bedst mulige psykiatriske behandling [8]. Samme år udkom rapporten »Integrating mental health into primary care: a global perspective«, hvor WHO og World Organization of Family Doctors advokerer for, at psykiatrien bør være en integreret del af den primære sundhedstjeneste [9]. I 2013 vedtog WHO's generalforsamling »Mental Health Action Plan 2013-2020« med konkrete bud på indsats [10]. Der blev især sat fokus på helhedsorienteret behandling i primærsektoren, hvor sociale udfordringer også bør adresseres.

Anbefalingerne om integration af psykiatrisk behandling i den primære sundhedstjeneste blev formuleret allerede for 40 år siden af WHO Expert Committee on the Organization of Mental Health Services in Developing Countries [11]. Klare anbefalinger for udvikling af psykiatrien på verdensplan har således eksisteret i mange år, men stadig står en enorm gruppe mennesker med psykiatriske lidelser uden for behandlingssystemet. Vi vil derfor her forsøge at afdekke, hvilke barrierer der forhindrer mennesker med psykiatriske lidelser i lavindkomstlande i at få relevant behandling.

BARRIERER FOR BEHANDLING AF PSYKIATRISKE LIDELSER I LAVINDKOMSTLANDE

Sundhedspolitiske udfordringer

På trods af internationalt fokus på global mental



Lange afstande kan være en udfordring for patienter og pårørende i Rwanda. Foto: Carina Winkler Sørensen.



Sundhedscenter i Rwanda. Foto: Michael Schriver.

sundhed prioriteres psykiatrien fortsat lavt. Således faldt andelen af lande med en officiel strategi for psykiatrien fra 64% til 62% i perioden 2005-2011 [12]. Endvidere er det en stor udfordring at finde international, økonomisk støtte til psykiatrien, hvilket flere eksperter ser som udtryk for manglende prioritering. For eksempel indgik mental sundhed i Rwandas »Poverty Reduction Strategy Paper« fra 2002, men dette område kunne ikke finansieres af lån fra Verdensbanken, da det ikke indgik som en del af Millennium Development Goals [13].

På nationalt niveau ses, at de lande, der har lavest sundhedsbudget, allokerer relativt færrest penge til det psykiatriske område. Gennemsnitligt bruger højindkomstlande 5,1% af sundhedsudgifterne på psykiatrien, mens lavindkomstlande kun bruger 0,53% (Figur 1) [12]. Derudover ser det ud som om, at der er omvendt proportionalitet mellem forekomsten af infektiøse, perinatale og maternelle sygdomme samt mangelsygdomme og kapacitet på det psykiatriske område [14], således at man i lavindkomstlande med stor forekomst af disse sygdomme bruger færrest resurser til at håndtere psykiatriske lidelser [13]. Størstedelen af de midler, der allokeres til psykiatrien, går desuden til psykiatriske hospitaler [15]. Disse institutioner kritiseres af flere eksperter for at være dyrere i drift end behandling i primærsektoren [13]. Denne fordeling af resurserne er en udfordring i de fleste lande, men især i lavindkomstlande hvor midlerne i forvejen er begrænsede.

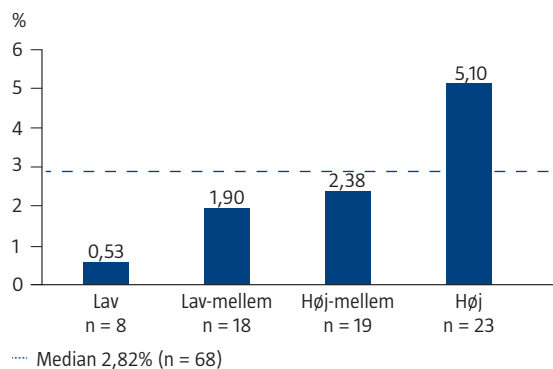
En af grundene til, at psykiatrien ikke prioriteres, kan være manglen på sammenhængende fortalervirksomhed fra NGO'er og fagfolk. Mennesker med psykiatriske lidelser er ofte socialt marginaliserede, og der er kun få eksempler på stærke patientorganisationer, der i lavindkomstlande har formået at sætte mental sundhed på den politiske dagsorden [13, 15]. På verdensplan eksisterer der kun patient- og pårørendeorganisationer i lidt over 60% af landene, og andelen er lavest i lavindkomstlande. Kun i 45% af de lande, hvor der er patient- og pårørendeorganisationer, indrages disse regelmæssigt i udarbejdelse og implementering af strategier, planer eller lovgivning [12].

Strukturelle udfordringer

Det psykiatriske behandlingssystem er præget af udtalt mangel på speciallæger og andre sundhedsarbejdere, der er uddannede til at varetage behandlingen af psykiatriske patienter. F.eks. har Danmark 5,6 mio. indbyggere og over 800 speciallæger i psykiatri, mens Rwanda har 12 mio. indbyggere og kun seks speciallæger i psykiatri. Denne forskel imellem et høj- og et lavindkomstland er ikke unik, da det anslås, at der er 172 gange så mange psykiatere i højindkomstlande

FIGUR 1

Medianprocentdele af sundhedsbudgettet, der er allokeret til mental sundhed, opdelt på Verdensbankens indkomstgrupper. Figur kopieret fra [12] med tilladelse fra WHO.



som i lavindkomstlande [16]. Desuden har speciallæger fra lavindkomstlande ofte mere omfattende opgaver end dem, vi kender fra Danmark. Ud over at tilse patienter har de typisk i højere grad ansvar for uddannelse af læger, sygeplejersker og andet personale, administrativ ledelse, supervision af sundhedscentre m.m., hvorfor tiden til at se patienter er knap. Tiden til forskning, udvikling og kvalitetssikring af behandlingen er næsten ikkeeksisterende [17].

Manglen på psykiatere skyldes i høj grad begrænsede uddannelsesmuligheder. I Afrika har kun halvdelen af landene en speciallægeuddannelse i psykiatri [18]. Da antallet af speciallæger i forvejen er lavt, er psykiatrien særligt ramt af den generelle migration af sundhedsarbejdere fra lav- til højindkomstlande [19].

En anden udfordring er adgangen til psykofarmaka. En fjerdedel af lavindkomstlandene kan ikke tilbyde antidepressiva i den primære sundhedstjeneste, og i de lande, hvor medicinen er til rådighed, kan der stadig være problemer med tilgængelighed [15]. Store afstande og et ineffektivt sundhedsvæsen kan være skyld i, at medicinen ikke er tilgængelig for alle, og at behandlingsforløb ikke er kontinuerlige [15]. Derudover er forfalsket medicin et meget stort problem, især i Asien og Afrika, hvor manglen på kontrolinstanser har åbnet for et illegalt marked. De falske produkters kvalitet er stærk svingende, nogle indeholder varierende mængder aktivt stof, mens andre er uvirksomme eller ligefrem skadelige [20].

Disse barrierer er til en vis grad til stede i alle lavindkomstlande, men er især udtalte i skrøbelige stater, som har manglende politisk vilje og/eller kapacitet til fattigdomsbekæmpelse og udvikling samt manglende sikkerhed for overholdelse af basale menneskerettigheder [21]. I disse stater kan sundhedssy-



FAKTABOKS

Barrierer for behandling i lavindkomstlande

Sundhedspolitiske udfordringer:

Lav politisk prioritering

Få midler allokteres til psykiatrien

Ineffektiv organisering af den psykiatriske behandling.

Strukturelle udfordringer:

Stor mangel på læger og andre sundhedsarbejdere med viden om psykiatriske lidelser

Mangel på psykofarmaka

Stor forekomst af forfalsket medicin.

Udfordringer for den enkelte patient:

Lange afstande til behandlingssteder

Egenbetaling af behandling

Manglende viden om psykiatrisk sygdom

Stigmatisering.

stemet oftest ikke tilbyde de mest basale funktioner. Flere postkonfliktområder hører til gruppen af skrøbelige stater, og studier herfra har vist en øget prævalens af posttraumatisk stresssyndrom, depression og angsttilstande [22, 23].

Udfordringer for den enkelte patient

Centraliseringen af den psykiatriske behandling betyder, at mange patienter må rejse langt. En rejse, der både koster penge og kan forhindre patienten og dennes familiemedlemmer i at varetage arbejde eller uddannelse, hvilket i sidste ende kan betyde, at patienten ikke får behandling.

I mange lavindkomstlande er egenbetaling udbredt og udgiften til medicin høj [24]. Sundhedsforsikringer er introduceret i mange lande for at sikre folk mod pludselige, uoverskuelige sundhedsudgifter. Ofte er det kun folk i arbejde, som kan tegne disse forsikringer, hvilket er et problem, da der er stor arbejdsløshed blandt mennesker med alvorligere psykiatriske lidelser. Alternativet kan være private sundhedsforsikringer, men det kræver, at folk har råd til at betale, og ofte ekskluderes personer med kroniske og sværere psykiatriske lidelser [15].

Begrænset adgang til psykiatriske behandlingssteder, manglende tiltro til medicinsk behandling, stigmatisering og ikkemedicinsk sygdomsopfattelse er nogle af forklaringerne på, at studier fra Nigeria har vist en klar tendens til, at folk med selv alvorlige lidelser som psykose initialt søger behandling hos spirituelle eller traditionelle behandlere [25]. Tro på overnaturlige årsager til psykiatriske lidelser er almindelig i det nigerianske samfund, og stigmatisering er udbredt [26]. Dette kan betyde, at psykiatrisk behandling bliver forsinket eller udeladt. Effekten af behandling af psykiatriske lidelser hos spirituelle og tra-

ditionelle behandlere, både den potentielt gavnlige og den skadelige effekt, synes kun at være meget begrænset undersøgt. I et andet studie fra Nigeria har man undersøgt og fundet, at religiøse lederes viden om psykiatriske lidelser er begrænset, og at de besidder betydelig negativ attitude over for mennesker med psykiatriske lidelser [25]. Da disse ledere fungerer som rollemodeller, må man forvente, at det kan være medvirkende årsag til den stigmatisering, som mange mennesker med psykiatrisk sygdom oplever. Resultater fra »The World Mental Health Surveys« tyder på, at folk med angst og/eller depressiv lidelse oplever signifikant mere stigmatisering end folk, der lider af kronisk fysisk sygdom. Derudover blev stigmatisering rapporteret næsten dobbelt så hyppigt i lav- som i højindkomstlande [27]. Frygten for at opleve stigmatisering menes at være en væsentlig barriere, der afholder folk fra at søge behandling og fortsætte igangværende behandling [28].

Et andet aspekt, der kan påvirke folks vilje til at søge behandling, er forestillinger om, hvordan denne behandling foregår. I 61% af verdens lavindkomstlande er der fortsat ingen specifik psykiatrisk lovgivning [12]. Psykiatriske hospitaler i lavindkomstlande har desuden ry for nedværdigende behandling, langvarig tvangsfiksering og fysiske overgreb [9]. Mange steder er der altså ingen garantier for, at patienternes basale menneskerettigheder bliver overholdt.

KONKLUSION

Antallet af ubehandlede mennesker med psykiatrisk sygdom er enormt, og størstedelen lever i lavindkomstlande. Mange forskellige barrierer forhindrer mennesker i disse lande i at få behandling, men der er behov for mere forskning i barrierernes betydning, og hvordan man kan øge mulighederne for forebyggelse og behandling af psykiatriske lidelser.

I 2007 blev der lavet et systematisk review af randomiserede klinisk kontrollerede studier om behandling og forebyggelse af depression, alkoholafhængighed, mental retardering og skizofreni. Ud af 11.039 studier var under 1% (104) udført i lavindkomstlande [29]. Da forskellene i organiseringen af sundhedssystemer er stor, kan man ikke uden videre bruge forskningsresultater fra højindkomstlande, når man ønsker at forbedre behandlingen i lavindkomstlande. Derfor er der behov for at der bliver udført flere større, randomiserede, klinisk kontrollerede studier i lavindkomstlande. For at sikre, at resultaterne kan lede til en bæredygtig udvikling af det lokale sundhedssystem, bør der være involvering af lokale aktører med indgående kendskab til den lokale kontekst. Derudover er det essentielt, at der sikres politisk velvilje, og at forskningsprojekterne passer ind i

de øvrige sundhedspolitiske initiativer, såsom omstruktureringer af sundhedssystemet, uddannelse af sundhedsarbejdere og udvikling af lokale forskningskapaciteter.

SUMMARY

Carina Winkler Sørensen, Ole Bæk, Jessica Carlsson & Per Kallestrup:
Huge barriers to the treatment of mental disorders in low-income countries
Ugeskr Læger 2015;177:V09140514

In low-income countries 76-85% of people living with mental disorders do not receive treatment. To reduce the treatment gap many challenges need to be addressed. On a health political level this includes limited financial resources and ineffective health organization. Human resources are inadequate, and often drugs are not available. Individuals face long distances to psychiatric hospitals, out-of-pocket payment and stigma. There is a great need for research in how to enhance prevention and treatment of mental disorders in low-income countries.

KORRESPONDANCE: Carina Winkler Sørensen, Offenbachsvej 25, 3., 2450 København SV. E-mail: carina.w.soerensen@gmail.com

ANTAGET: 25. marts 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 3. august 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. WHO, The World health report: 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001:178.
2. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013;43:471-81.
3. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychol Med Monograph Suppl* 1992:1-97.
4. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
5. Murray CJ, Vos T, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197-223.
6. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
7. Global mental health: policy, progress, and prospects. *Lancet* 2014;384:1999.
8. World Health Organization. Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008:36.
9. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization, 2008:206.
10. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013:45.
11. WHO Expert Committee on Mental Health, World Health Organization. Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. World Health Organization technical report series. Geneva: World Health Organization, 1975:41.
12. World Health Organization. Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization, 2011:81.
13. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007;370:1164-74.
14. McBain R, Salhi C, Morris JE et al. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry* 2012;201:444-50.
15. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
16. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet* 2011;378:1654-63.
17. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
18. World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Abuse and World Psychiatric Association. Atlas: psychiatric education and training across the world 2005. Geneva: World Health Organization, 2005:40.
19. Jenkins R, Kydd R, Mullen P et al. International migration of doctors, and its impact on availability of psychiatrists in low and middle income countries. *PLoS One* 2010;5:e9049.
20. Almuzaini T, Choonara I, Sammons H. Substandard and counterfeit medicines: a systematic review of the literature. *BMJ Open* 2013;3:e002923.
21. Engberg-Pedersen L, Stepputat F. Fragile situations; current debates and central dilemmas. København: Danish Institute for International Studies 2008:54.
22. Munyandamutsa N, Nkubamugisha PM, Gex-Fabry M, et al. Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1753-61.
23. Ayazi T, Lien L, Eide A et al. Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry* 2014;14:6.
24. World Health Organization, Mental Health Determinants and Populations Team. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005:540.
25. Adeosun II, Adegbohun AA, Adewumi TA et al. The pathways to the first contact with mental health services among patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophr Res Treatment* 2013;2013:769161.
26. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O et al. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry* 2005;186:436-41.
27. Alonso J, Buron A, Bruffaerts R et al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:305-14.
28. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004;59:614-25.
29. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:991-1005.