



SCHIZOFRENIA

PERSPEKTYWA SPOŁECZNA. SYTUACJA W POLSCE



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne



FUNDACJA OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO
FOUNDATION OF MENTAL HEALTH

SCHIZOFRENIA

PERSPEKTYWA SPOŁECZNA. SYTUACJA W POLSCE

Raport powstał pod redakcją
Prof. dr hab. n. med. Andrzeja Kiejny,
dr n. med. Patryka Piotrowskiego oraz
dr hab. n. med. Tomasza Adamowskiego.

Spis Treści:

Schizofrenia - definicje, wymiary i ich konsekwencje	4
Diagnostyka	6
Leczenie schizofrenii	8
Psychofarmakologia	9
Rokowanie	11
Współpraca z pacjentem – <i>compliance</i>	12
Narodowy Program	13
Epidemiologia schizofrenii na Świecie	14
Współwystępowanie schizofrenii i chorób somatycznych	18
Koszty Schizofrenii	22
Schizofrenia a koszty związane z chorobą	22
Wydatki na renty z powodu schizofrenii w Polsce	25
Koszty bezpośrednie schizofrenii	26
Częstość rehospitalizacji	26
Instytucjonalizacja – czynniki ryzyka	28
Schizofrenia, a zatrudnienie – sytuacja w Polsce	30
Diagnoza, częstość korzystania z opieki	32
Sytuacja zawodowa pacjentów	32
Zatrudnienie, a hospitalizacje	32
Renty w schizofrenii	35
Podsumowanie	36
Piśmiennictwo	38



SCHIZOFRENIA

- DEFINICJE, WYMIARY I ICH KONSEKWENCJE

Schizofrenia, to zaburzenie psychiczne, które określić można jako zespół kliniczny lub zbiór objawów, które zazwyczaj występują razem, jednakże niezmiernie trudno jest podać jednoznaczną, a zarazem trafną jej definicję.

Objawy wytwórcze, jak urojenia, zaburzenia struktury myślenia oraz doznania omamowe występują w różnych proporcjach wspólnie z objawami ubytkowymi, do których zaliczyć można ograniczenie czynności wolicjonalnych (zależnych od woli – nakierowanych na celowe działanie) i emocjonalnych z autyzmem włącznie, znajdujące swój

ostateczny wyraz w obniżeniu poziomu funkcjonowania osobniczego i społecznego. Obejmują one dysfunkcje w komunikacji, spłylenie ekspresji emocji (afekt), utratę zainteresowań relacjami społecznymi, ograniczenie bądź wręcz zniesienie doznawania przyjemności, spadek motywacji, ograniczenie przeżywania radości (anhedonię),

apatię a w skrajnych przypadkach całkowitą „bezwolność”, zwaną w języku psychopatologii - awolicją¹. Objawy ubytkowe w większym zakresie, niż objawy wytwórcze, odpowiadają za pogorszenie funkcjonowania². Szereg publikacji, jak i obserwacje kliniczne, wskazują na istnienie korelacji pomiędzy nasileniem objawów ubytkowych oraz negatywnym ich wpływem na funkcjonowanie zawodowe i społeczne pacjentów, jak również zdolność do samodzielnej egzystencji³. Ograniczenia te stanowią po części wynik spłylenia inicjatywy oraz zaburzenia motywacji, po części zaś są efektem przewlekłości procesu chorobowego i jego najczęściej progresywnego charakteru.

Dalszym utrudnieniem w jednoznacznym zdefiniowaniu opisywanego zaburzenia jest występowanie wspomnianych grup objawów z różnym nasileniem i – co ważne z klinicznego punktu widzenia – także w różnych proporcjach⁴. W pewnych przypadkach na pierwszym planie plasują się objawy wytwórcze, często jednak, szczególnie wśród pacjentów chorujących dłużej, dominują silnie inwalidyzujące objawy ubytkowe.

Celem podejmowanych interwencji terapeutycznych powinno być zatem oddziaływanie na oba wymiary zaburzenia, stanowiące odmienne elementy jego obrazu klinicznego. Nasilone i stosunkowo szybko pojawiające się objawy wytwórcze dość skutecznie mogą być wygaszane lekami przeciwpsychotycznymi. W Polsce na tym etapie procesu leczniczego wykorzystywane są leki przeciwpsychotyczne pierwszej (LPIG)

Objawy wytwórcze schizofrenii: Urojenia, zaburzenia struktury myślenia oraz doznania omamowe.

Objawy ubytkowe schizofrenii: dysfunkcje w komunikacji, spłylenie ekspresji emocji (afekt), utrata zainteresowań relacjami społecznymi, spadek motywacji, ograniczenie przeżywania radości (anhedonia), apatia.

i drugiej (LPIIG) generacji, które dostępne są w różnych postaciach – tabletkach, kapsułkach, tabletkach orodispersyjnych (rozpuszczalnych w ustach), szybko działających iniekcjach domięśniowych oraz formach depot. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że trudniej – w rozumieniu poprawy stanu psychicznego – uzyskać dobry efekt w zakresie objawów ubytkowych. Poprawa funkcji wykonawczych – po przebyciu ostrego epizodu psychotycznego – następuje wolniej, często nie powracają one do poziomu sprzed zaostrożenia choroby. Dane epidemiologiczne i doświadczenie kliniczne sugerują, że cełowym postępowaniem poza tłumieniem ostrych objawów psychotycznych jest zmniejszenie ryzyka nawrotu.

Diagnostyka

W celu ułatwienia trafnej diagnostyki, lekarze na całym świecie posługują się klasyfikacjami chorób – standardyzowanymi kryteriami, które umożliwiają

postawienie lub wykluczenie określonego rozpoznania. W Europie powszechnie używana jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, wydanie 10 – ICD 10, w Stanach Zjednoczonych zaś Podręcznik Diagnostyki i Statystyki Zaburzeń Psychiczych, wydanie 4 poprawione - DSM-IV-TR. Obie te klasyfikacje uzupełniają się wzajemnie, a nieznaczne rozbieżności odzwierciedlają odmienne ujęcie koncepcji klinicznych w psychiatrii. Dzięki postępowi badań naukowych nad zagadnieniami patogenetycznymi zaburzeń psychicznych klasyfikacje wykazują się swoistym „dynamizmem” – podlegając aktualizacjom,

jak ostatnio zaprezentowana i obowiązująca od maja 2013 r. wersja DSM-V⁵. Wytyczne zawarte w klasyfikacjach, poza swoją wartością statystyczną, pozwalają na formułowanie wniosków klinicznych oraz planowanie odpowiedniego leczenia, wliczając w to niezbędne oddziaływania rehabilitacyjne. Podejście to ma szczególne znaczenie w psychiatrii, ponieważ zaburzenia psychiczne należą do najbardziej przewlekłych i jednocześnie najbardziej inwalidyzujących chorób dotyczących populację, co wykazano między innymi w kolejnych replikacjach badania Global Burden of Diseases.

Typy schizofrenii

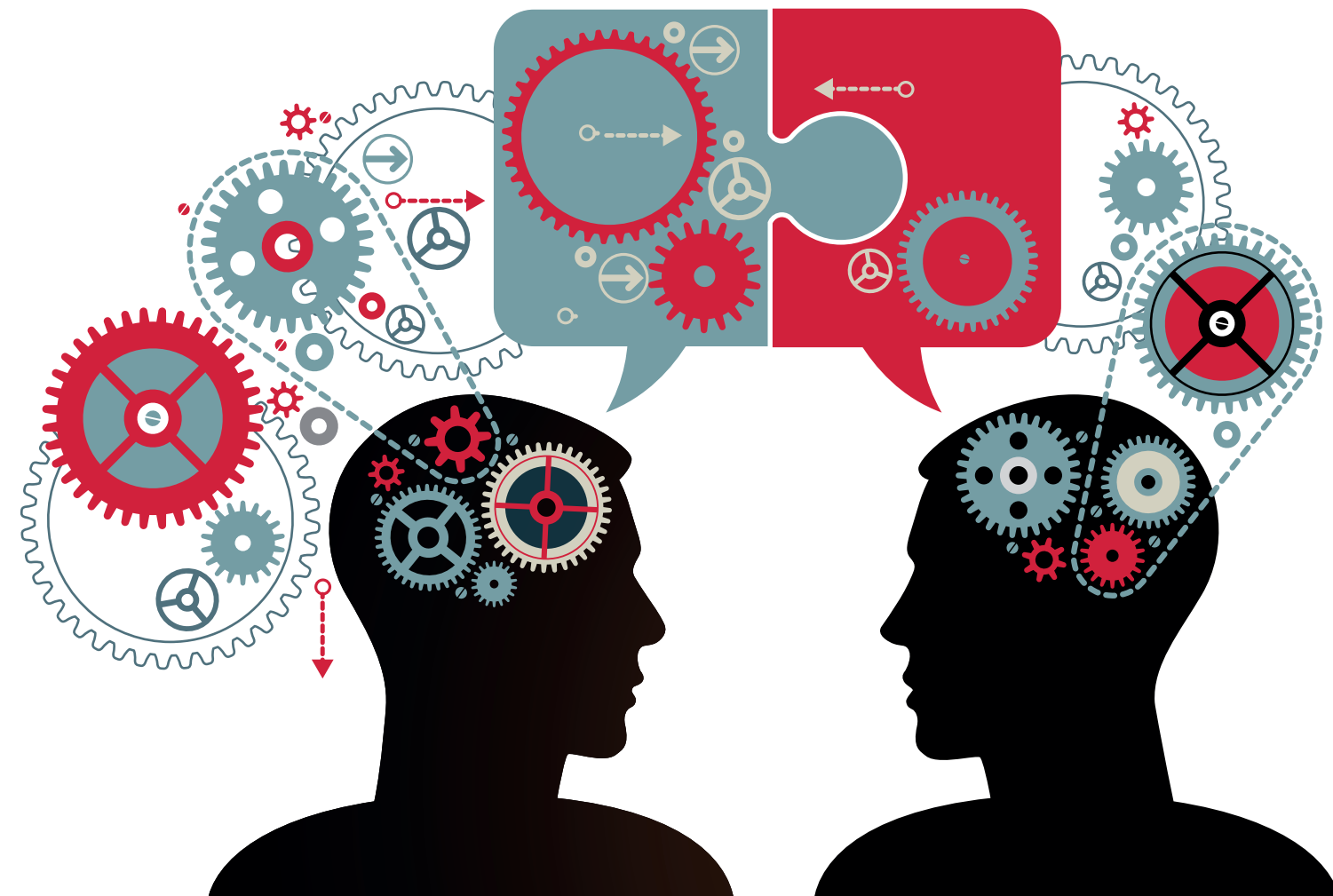
ICD-10	DSM-IV-TR
F 20.0 Schizofrenia paranoidalna	295.30 Postać paranoidalna
F 20.1 Schizofrenia hebefreniczna	295.10 Postać zdezorganizowana
F 20.2 Schizofrenia katatoniczna	295.20 Postać katatoniczna
F 20.3 Schizofrenia nie zróżnicowana	295.90 Postać nie zróżnicowana
F 20.5 Schizofrenia rezydualna	295.60 Postać rezydualna
F 20.6 Schizofrenia prosta	
F 20.8 Schizofrenia innego rodzaju	
F 20.9 Schizofrenia, nie określona	

(Wciórka J., 2008, Wciórka J., Pużyński S. (red), 1988)⁶

Kryteria diagnostyczne schizofrenii

ICD-10	DSM-IV-TR
G1. Co najmniej jeden z zespołów wymienionych w punkcie 1, lub co najmniej dwa z objawów wymienionych w punkcie 2 – jeżeli występują przez większość czasu trwania epizodu psychotycznego, utrzymującego się co najmniej jeden miesiąc (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu) 1. a. echo, nasylanie, zabieranie, rozgłaszanie myśli, b. urojenia oddziaływania, wpływu, owładnięcia c. omamy słuchowe komentujące, dyskutujące w 3 os. lub inne głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała d. utrwalone urojenia innego rodzaju (niedostosowane kulturowo) 2. e. utrwalone omamy z jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia przez co najmniej miesiąc i towarzyszą im urojenia f. neologizmy, przerwy, wstawki w toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia g. zachowania katatoniczne h. objawy ubytkowe	A. Charakterystyczne objawy min.2 w ciągu 1 miesiąca lub krócej jeśli skutecznie leczone: 1. Urojenia 2. Omamy 3. Mowa zdezorganizowana 4. Zachowanie rażąco zdezorganizowane lub katatoniczne 5. Objawy negatywne
G2. 1. Wykluczenie stanu maniakalnego, depresyjnego, 2. Zaburzenie nie jest związane z chorobą mózgu, zatruciem, uzależnieniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnej	B. Społeczna/zawodowa dysfunkcja C. Czas trwania – 6 mies. (w tym min. 1 mies. objawów (lub mniej jeśli leczone) z kryterium A, okres zwiastunowy lub rezydualny D. Wykluczenie zaburzenia schizoafektywnego i zaburzenia nastroju E. Wykluczenie substancji/stanu ogólnomedycznego F. Stosunek do całościowego zaburzenia rozwojowego (min. 1 mies. urojenia lub omamy)

(Wciórka J., 2008, Wciórka J., Pużyński S. (red), 1988)⁶



LECZENIE SCHIZOFRENII

Leczenie schizofrenii

Leczenie zaburzenia o złożonym obrazie i szerokim wpływie na życie osób nim dotkniętych wymaga wielowymiarowego podejścia – zarówno w zakresie postępowania stricte medycznego, jak i rehabilitacyjnego. Należy mieć na uwadze, że oddziaływa-

nie medyczne to przeprowadzenie, zgodnej z obecnym kanonem wiedzy, diagnostyki i zaproponowanie leczenia. W przypadku chorób przewlekłych niezwykle ważne, a czasem kluczowe znaczenie ma sposób świadczenia usług medycznych oraz ich dostępność. Obecnie funkcjonujący w Polsce system opieki psychiatrycznej stanowi przejście z pierwszego do drugiego – opi-

sywanego przez Thornicrofta – etapu rozwoju psychiatrii⁷. Pierwszy etap związany był z leczeniem w dużych, samodzielnych szpitalach psychiatrycznych, natomiast drugi z modelem psychiatrii środowiskowej.

Leczenie schizofrenii wymaga wielowymiarowego podejścia - zarówno stricte medycznego, jaki i rehabilitacyjnego.

Kontakt pacjenta z psychiatrą może zostać nawiązany w trybie ambulatoryjnym, bez wcześniejszego skierowania przez lekarza POZ. Obecnie w kraju funkcjonuje⁸ 1 135 poradni zdrowia psychicznego, w których w 2012 roku przeprowadzono łącznie 14 498 konsultacji „pierwszorazowych” zakończonych rozpoznaniem schizofrenii.

W sytuacjach nagłych możliwe jest skorzystanie z konsultacji psychiatrycznej w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego lub szpitala ogólnego, posiadającego oddział psychiatryczny. Według danych Rocznika Statystycznego IPiN w roku 2010 w Polsce funkcjonowały 53 szpitale psychiatryczne całodobowe. Hospitalizacje mogą odbywać się także w trybie dziennym (265 oddziałów dziennych ogólnie psychiatrycznych). Usługi świadczone w tego typu oddziałach w Polsce mają charakter przede wszystkim rehabilitacyjny⁹. Przeznaczone są one dla pacjentów, którzy uzyskali remisję w leczeniu ambulatoryjnym bądź stacjonarnym, a wciąż wymagają intensywnych oddziaływań terapeutycznych.

Dostępne są dane wskazujące na istotny wpływ interwencji socjo- i psychoterapeutycznych, takich jak: trening umiejętności społecznych, terapia poznawczo-behawioralna, treningi usprawniania poznawczego i społeczno-poznawczego na poprawę kliniczną¹⁰⁻¹⁴. Terapia skojarzona związana jest z mniejszą liczbą zmian leków i/lub rzadszym przerywaniem leczenia – (ang.) „compliance”, mniejszym ryzykiem nawrotu, częstszym wglądem w zaburzenie psychiczne („poczuciem bycia chorym”) oraz – co ważne – wyższą jakością życia i lepszym zakresem funkcjonowania społecznego¹⁴.

Funkcjonujący w Polsce system opieki psychiatrycznej jest na etapie przejścia z opieki opartej na dużych, samodzielnych szpitalach psychiatrycznych, na modele psychiatrii środowiskowej.

Psychofarmakologia

Umożliwia obecnie szeroki zakres oddziaływania na dysfunkcyjny centralny układ nerwowy. Wśród dostępnych środków znajdują się leki stosowane od połowy ubiegłego stulecia i posiadające udowodnioną skuteczność oraz szeroko poznany zakres potencjalnych objawów niepożądanych. Mechanizm ich działania został udowodniony i związany jest z blokowaniem receptorów dopaminowych – głównie podklasy D2. Ograniczenie dostępu dopaminy do jej receptorów odpo-

Placówki	1990 r.	1995 r.	2000 r.	2005 r.	2007 r.
Zespoły opieki środowiskowej					
liczba zespołów	12	16	17	29	35
liczba osób leczonych	1206	1941	1833	3988	5192
Oddziały dzienne					
liczba placówek	76	99	132	203	240
liczba miejsc	1948	2160	2823	4290	5257
Hostele					
liczba placówek	7	9	7	12	12
średni stan dzienny (podopiecznych)	61	77	45	152	210

Placówki psychiatrycznej pozaszpitalnej opieki środowiskowej w latach 1990 - 2007 (Narodowy Program Zdrowia)



wiada za działanie przeciwpsychotyczne - redukujące takie objawy jak omamy i urojenia. Siła działania przeciwdopaminowego stała się kryterium ich przyporządkowania do **leków przeciwpsychotycznych pierwszej generacji (LPIG)**. Leki te stosowane są nadal w zaostrzeniach procesów psycho-tycznych, a w uzasadnionych klinicznie przypadkach również w terapii długoterminowej – głównie w postaci iniekcji.

Leki przeciwpsychotyczne II generacji należą obecnie do najczęściej stosowanych w farmakoterapii schizofrenii. W odróżnieniu od klasycznych (LPIG) ich działanie przeciwdopaminowe jest słabsze, a podstawowy mechanizm polega na blokowaniu przekazywania serotoniny – głównie mediowanego poprzez receptory 5HT podklasy 2A. Pomimo różnic pomiędzy przedstawicielami leków tej grupy w sile blokowania innych receptorów niż dopaminowe

D2 i serotoniny 5HT2A z pewnym uproszczeniem można stwierdzić, że pozbawione są one następstw zbyt silnego zablokowania układu dopaminowego (np. jatrogennego parkinsonizmu), co negatywnie wpływa na współpracę lekarz-pacjent i zmniejsza compliance, zwiększając ryzyko nawrotu. Leki atypowe z reguły są lepiej tolerowane przez pacjentów, jednak i one posiadają odroczone w czasie objawy niepożądane. Warto nadmienić, że coraz częściej wykorzystywane są formy iniecyjne LPIIG, szczególnie przydatne w przypadku pacjentów niewspółpracujących i/lub źle tolerujących leki przeciwpsychotyczne pierwszej generacji.

Postęp w technologii postaci leków oraz powszechny do nich dostęp spowodował podjęcie działań mających na celu usystematyzowanie obecnej wiedzy psychofarmakologicznej.

Dostępne leki

Leki przeciwpsychotyczne pierwszej generacji (LPIG), mechanizm ich działania opiera się na blokowaniu receptorów dopaminowych, głównie podklasy D2.

Leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji, ich podstawowy mechanizm polega na blokowaniu przekazywania serotoniny, głównie mediowanego przez receptory 5HT podklasy 2A.

W ramach obowiązujących w Polsce schematów postępowania i zaleceń opracowano wytyczne leczenia schizofrenii. Dotyczą one pierwszego i kolejnego epizodu, leczenia podtrzymującego, zmiany leku oraz innych szczegółowych sytuacji klinicznych¹⁵⁻¹⁸. Opracowania te są stale aktualizowane w oparciu o dane z doniesień naukowych i praktyki klinicznej.

Rokowanie

Obszerwacyjne badania dotyczące rokowania w przebiegu schizofrenii wykazały, że długotrwałą remisję objawów uzyskano u 33%, długotrwałą wysoką jakość życia (Quality of Life) – u 27%, natomiast u 13% pacjentów długotrwałą remisję w zakresie ogólnego funkcjonowania¹⁹. Natomiast średnio- i długoterminowe obserwacje kohortowe wykazały, że u około 20% nastąpiło całkowite wyzdrowienie, łącznie 40% odzyskało dobry stopień funkcjonowania społecznego, a 16% chorych wyzdrowiało w późniejszej fazie leczenia²⁰⁻²⁴.

Współpraca z pacjentem - compliance

Niestosowanie się do zaleceń lekarskich jest zjawiskiem powszechnym – niezależnie od rozpatrywanej dyscypliny medycznej, uznaje się, że 50% chorych nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami²⁵. W psychiatrii ma ono swoje poważne konsekwencje – zarówno w odniesieniu do przebiegu naturalnego zaburzeń psychicznych, jak również ekonomiczne. Skuteczna farmakoterapia zmniejsza częstość długotrwałych i kosztownych pobytów szpitalnych, jednocześnie redukuje ryzyko stygmatyzacji i wykluczenia społecznego. Wykazano, że przerwanie leczenia przeciwpsychotycznego zwiększa 3,5-krotnie prawdopodobieństwo zaostrzenia psychozy^{26,27}. W przypadku chorych z rozpoznaniem schizofrenii, częstość nieprzestrzegania zaleceń lekarskich jest większa niż u osób chorych somatycznie – rozpowszechnienie problemu waha się w granicach 20–90%²⁸⁻³⁰. W badaniu pacjentów

z pierwszym epizodem psychozy wykazano, że połowa z nich w niewystarczającym stopniu stosowała się do zaleceń lub nie przestrzegała ich w ciągu roku od rozpoczęcia leczenia³¹. Leucht wykazał, że po 10 dniach od wypisania ze szpitala mniej niż 25% chorych na schizofrenię przestrzegało zaleceń tylko częściowo lub nie stosowało ich wcale, a odsetek ten zwiększył się do 50% po roku oraz 75% po dwóch latach od hospitalizacji³². Niestosowanie się do zaleceń związane jest także z rodzajem instytucji świadczącej usługi. Zjawisko występuje rzadziej wśród pacjentów szpitali, a częściej (do 90%) w warunkach terapii środowiskowej prowadzonej z ograniczonym nadzorem medycznym²⁹. Dostępne dane wskazują na wagę problemu ograniczeń w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, rozwiązanie którego nadal stanowi wyzwanie dla środowiska medycznego.

Narodowy Program

W oparciu o szereg aktów i inicjatyw Unii Europejskiej oraz wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na drodze rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w dniu 28 grudnia 2010 roku uchwalono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dokument ten zawierał kierunki działania, harmonogram, zakres obowiązków oraz budżet, mające na celu „zbliżenie dostępu opieki psychiatrycznej” do środowiska życia pacjentów i ich rodzin. Na jego kanwie, dzięki lokalnym inicjatywom – podobnie jak w większości krajów rozwiniętych – tworzy się sieć wsparcia społecznego. Model ten ma jeszcze jedno niezwykle ważne zadanie w kontekście społecznym – „destygmatyzację” pacjentów obciążonych doświadczeniem schizofrenii.

Narodowy Program Zdrowia uchwalony 28 grudnia 2010 roku

Dokument ten zawiera kierunki działania, harmonogram, zakres obowiązków oraz budżet, mając na celu „zbliżenie dostępu opieki psychiatrycznej” do środowiska życia pacjentów i ich rodzin.

Niestosowanie się do zaleceń lekarskich jest zjawiskiem powszechnym, uznaje się, że 50 % chorych nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami²⁵. W psychiatrii ma ono swoje poważne konsekwencje – zarówno w odniesieniu do przebiegu naturalnego zaburzeń psychicznych, jak również ekonomiczne. Skuteczna farmakoterapia zmniejsza częstość długotrwałych i kosztownych pobytów szpitalnych, jednocześnie redukuje ryzyko stygmatyzacji i wykluczenia społecznego.





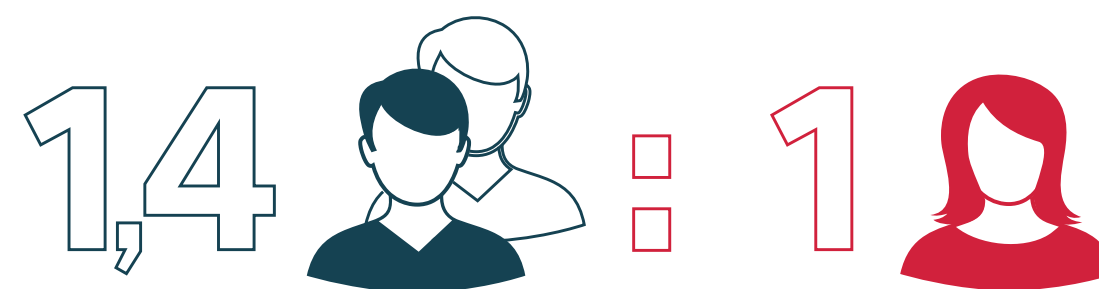
EPIDEMIOLOGIA SCHIZOFRENII NA ŚWIECIE

Wiedza dotycząca epidemiologii schizofrenii uległa znacznemu pogłębieniu w ciągu ostatnich trzydziestu lat. W okresie tym doprecyzowano kryteria diagnostyczne, zwrócono uwagę na czynniki genetyczne i interakcje genotypu z czynnikami środowiskowymi. Stosunkowo stabilna zapadalność na schizofrenię, z szacunkową wartością około 15 przypadków/100 000 osób rocznie, wspiera hipotezę dotyczącą jej etiologii genetycznej³³. Jednakże szereg prowadzonych w ostatnich latach badań potwierdza wpływ na rozbieżności w częstości występowania psychoz różnych czynników, do których należą: środowisko miejskie lub wiejskie, poziom zasobów i integracja społeczności lokalnej oraz – prawdopodobnie mający największe znaczenie – odsetek imigrantów w badanej populacji³⁴⁻³⁸. Wyniki epidemiologicznego badania ĆSOP, wykazały, że zapadalność na wszystkie zaburzenia psychiatryczne wynosi około 30/100 000 osobolat. Zdecydowaną większość wśród

nich stanowiły psychozy, które nie miały charakteru afektywnego i odpowiadały definicji schizofrenii. W odróżnieniu od powszechnie uznanej proporcji częstości występowania schizofrenii u mężczyzn i kobiet wynoszącej 1,4:1,0 omawiane zaburzenie autorzy oszacowali na dwukrotnie częstsze wśród mężczyzn^{33,39}.

Współczynniki występowania określają się na 4,6/1000 (punkto-wo), 3,3/1000 (okresowo) i 4,0/1000 (podczas życia)³³.

W Polsce nie przeprowadzono dotychczas badań epidemiologicznych nad schizofrenią. Dane pochodzące z rejestru kart statystycznych z leczenia psychiatrycznego publikowane są w Rocznikach Statystycznych Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie. Opracowane na ich podstawie wskaźniki dotyczące pacjentów z rozpoznaniem poszczególnych zaburzeń psychiatrycznych w latach 1997-2009 (wskaźnik na 100 000 ludności) przedstawiono w Tabeli na kolejnej stronie⁴⁰.



częstość występowania schizofrenii u **mężczyzn** i **kobiet**

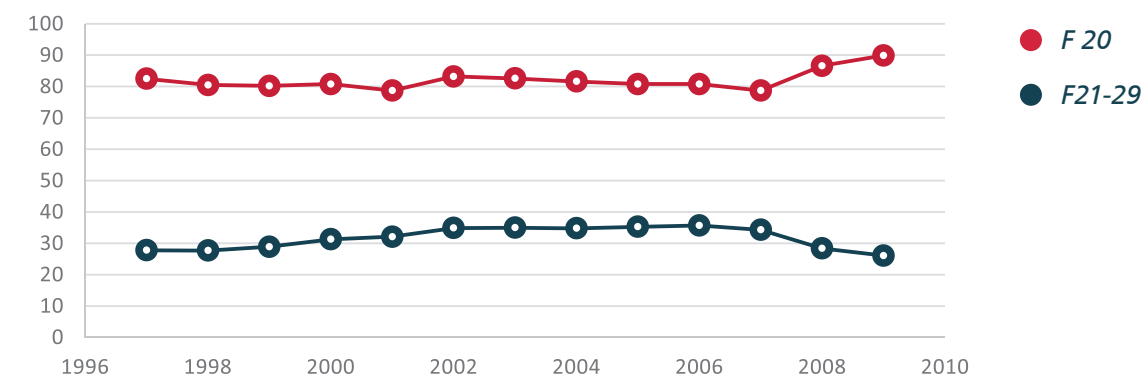
Rok	Hospitalizowani całodobowo				Leczeni ambulatoryjnie			
	Ogółem		Po raz pierwszy		Ogółem		Po raz pierwszy	
	F20	F21-29	F20	F21-29	F20	F21-29	F20	F21-29
2009	89,9	26,1	14,2	8,8	343,7	130,7	40,7	20
2008	86,6	28,4	13,7	9,3	333,8	144,2	38,2	23,1
2007	78,7	34,3	11,4	11,5	326,4	147,9	34,3	22,3
2006	80,8	35,7	12,6	12,8	313,7	148	37	25,2
2005	80,8	35,3	15,3	14,2	327,9	150,7	39,6	27
2004	81,6	34,8	16,1	14,2	331,7	160,9	38,8	28,9
2003	82,6	35	15,4	14,5	320	155,3	38,7	30,5
2002	83,2	34,9	15,1	14,4	303,4	153,5	34,6	26,7
2001	78,7	32,1	13,8	13,4	281,1	147	31,9	26,8
2000	80,8	31,3	14	12,8	270,3	137,1	29,7	24,8
1999	80,2	28,9	13,5	11,6	255,1	129,8	27,6	22,2
1998	80,5	27,7	11,9	10,8	246,5	121,7	23,5	21,8
1997	82,5	27,8	12,4	10,7	230,3	115,5	22	19,3

Wskaźnik hospitalizowanych całodobowo i leczonych ambulatoryjnie w Polsce z powodu zaburzeń psychicznych (F20-29) w latach 1997-2009.

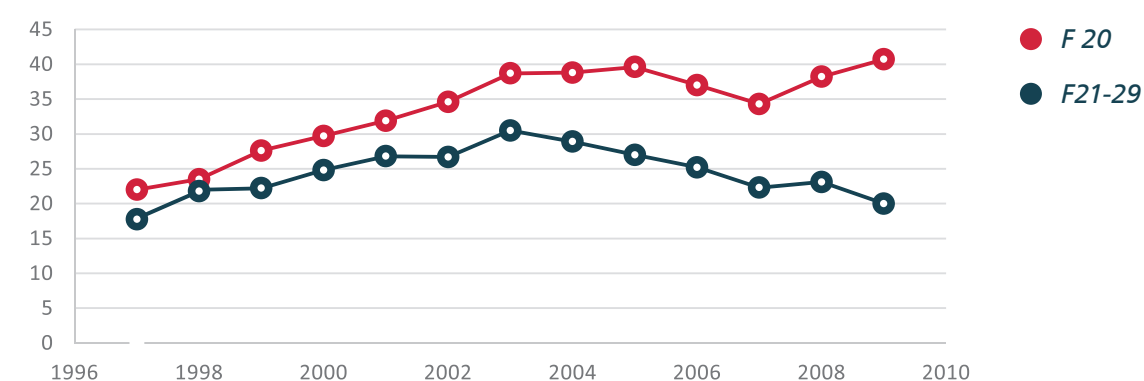
Wskaźnik hospitalizowanych ogółem z rozpoznaniem schizofrenii (F20 według ICD-10) i innych zaburzeń psychicznych (F21-29 według ICD-10) w trybie całodobowym wyniósł w roku 1997 odpowiednio 82,5/100 000 i 27,8/100 000. Wskaźnik ten osiągnął najwyższą wartość dla F20 (89,9/100 000) i najniższą dla F21-29 (26,1/100 000) w roku 2009. W latach 2007-2009 obserwowano najsilniej wyrażoną tendencję wzrostową współczynnika hospitalizacji stacjonarnych z powodu rozpoznania schizofrenii i spadkową z powodu rozpoznania pozostałych zaburzeń psychicznych F21-29 (Ryc. 1).

W analizowanym okresie odnotowano znaczny trend wzrostowy leczonych ambulatoryjnie z rozpoznaniem F20 i nieco słabszy, spadkowy – leczonych ambulatoryjnie z rozpoznaniem pozostałych zaburzeń psychicznych F21-29 (Ryc. 2).

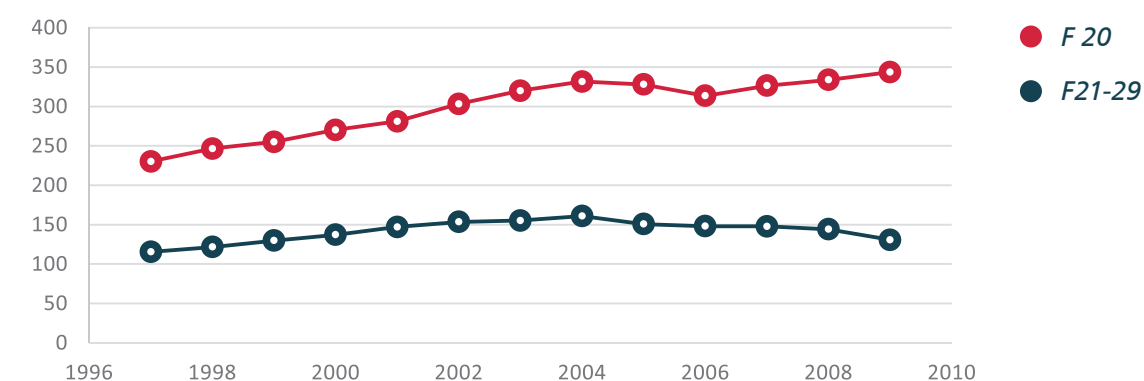
W odniesieniu do leczonych ambulatoryjnie z powodu F20-29 po raz pierwszy odnotowywano bardziej dynamiczne zmiany z silną tendencją wzrostową wskaźnika schizofrenii - F20 (Ryc. 3).



Ryc. 1. Wskaźnik hospitalizowanych całodobowo w latach 1997 – 2009 (na 100 000 ludności)⁴⁰.



Ryc. 2. Wskaźnik zaburzeń psychicznych leczonych ambulatoryjnie w latach 1997 - 2009 (na 100 000 ludności)⁴⁰.



Ryc. 3. Wskaźnik zaburzeń psychicznych leczonych po raz pierwszy ambulatoryjnie w latach 1997 – 2009 (na 100 000 ludności)⁴⁰.

Zjawisko to było przedmiotem analizy wpływu polityki refundacyjnej w Polsce na współczynniki występowania zaburzeń psychicznych w populacji kraju. Wykazano wyraźny związek pomiędzy nadrozpozna-

nością schizofrenii, a ograniczeniami w dostępie do refundowanych LPIIG dla pacjentów z innymi niż schizofrenia zaburzeniami psychicznymi⁴¹.

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE SCHIZOFRENII I CHOROÓB SOMATYCZNYCH



Ważnym zagadnieniem z perspektywy oceny kosztów związanych z zaburzeniem psychicznym jest współwystępowanie chorób. Schizofrenia – na potrzeby niniejszego opracowania uznana za chorobę wskaźnikową – często współwystępuje z chorobami somatycznymi oraz innymi zaburzeniami psychicznymi. Pacjenci psychiatryczni częściej niż przedstawiciele populacji ogólnej chorują na schorzenia układu oddechowego – przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP), niedoczynność tarczycy oraz zapalenie wątroby typu C. Wyniki badań Browna wykazały, że Standardowe Wskaźniki Umieralności (SMR) u chorych ze schizofrenią są wyższe we wszystkich rozpatrywanych przez badaczy przyczynach śmierci, do których należały: choroby układu sercowo-naczyniowego (SMR 2,58), układu oddechowego (SMR 4,99), nowotwory (SMR 1,49), choroby układu pokarmowego (SMR 2,89)⁴². Wyniki cytowanego badania nad umieralnością potwierdzają szacunki zapadalności na nowotwory, wśród których procesy neoplastyczne gardła, płuc, jelita grubego oraz sutka są częstsze wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii⁴³. Crump wykazał, że mężczyźni ze schizofrenią umierali 15 a kobiety 12 lat wcześniej niż przedstawiciele populacji ogólnej. Do głównych przyczyn śmierci ponownie należały: choroba niedokrwienna serca oraz nowotwory. Pacjenci ze schizofrenią rzadziej w stosunku do osób zdrowych mieli wcześniej postawione rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca 26,3% vs

43,7% oraz nowotworu 73,9% vs 82,3%, co stanowi wyzwanie dla specjalistów zdrowia publicznego⁴⁴.

Około połowa pacjentów cierpiących z powodu tej psychozy jest uzależniona od alkoholu, nikotyny lub kanabinoidów, ze wszelkimi konsekwencjami – także somatycznymi – stosowania substancji psychoaktywnych⁴⁵. Częstość uzależnienia od nikotyny jest trzykrotnie wyższa wśród pacjentów ze schizofrenią, niż w populacji ogólnej, odpowiednio 88% i 25-30%⁴⁶. Zagadnienie leczenia odwykowego pacjentów psychiatrycznych stanowi poważne wyzwanie nie tylko dla terapeutów uzależnień ale także dla całego systemu opieki zdrowotnej, przede wszystkim w związku z częstymi nawrotami choroby wskaźnikowej, słabą współpracą (compliance) oraz ograniczoną dostępnością jednostek specjalizujących się w pracy z pacjentami obciążonymi tzw. „podwójną diagnozą”.

Wiele danych wskazuje na współwystępowanie schizofrenii oraz cukrzycy i zespołu metabolicznego. Szacuje się, że około 15% pacjentów z tą psychozą choruje na cukrzycę w porównaniu do 6% osób w populacji ogólnej. W rodzinach pacjentów psychiatrycznych częstość cukrzycy jest także wyższa od oczekiwanej średniej populacyjnej, co według części autorów może wskazywać na wspólny patomechanizm⁴⁷. Badania w tym zakresie nie są jednak wciąż jednoznaczne. Powszechnym zjawiskiem w grupie pacjentów ze schizofrenią jest otyłość. Wykazano, że pacjenci mają 1,5 do 4,0 razy więk-

sze szanse na wystąpienie otyłości w stosunku do populacji ogólnej, co stanowi kolejny czynnik ryzyka zespołu metabolicznego^{48,49}. Otyłość sprzyja rozwojowi cukrzycy i stanowi składową część zespołu metabolicznego oraz zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów – pierwotnego raka wątroby, raka okrężnicy i trzustki, a także raka piersi i endometrium u kobiet oraz raka wątroby i pęcherza u mężczyzn⁵⁰. Synergiczne patogenne współdziałanie kilku różnych czynników ryzyka chorób jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów psychiatrycznych. Wspomniana wcze-

śniej późna diagnostyka chorób somatycznych, niski wskaźnik współpracy (compliance) oraz ograniczenie poziomu funkcjonowania społecznego przekładają się na konieczność uznania pacjentów za populację narażoną na wyższą chorobowość. Niezbędne wydaje się wdrażanie rozwiązań przeciwdziałających temu zjawisku – zarówno na poziomie systemu opieki zdrowotnej, jak i w codziennej praktyce – choćby poprzez pracę na rzecz lepszej współpracy i utrzymywania remisji. U ponad 2/3 chorych na schizofrenię przyczyną zgonu jest choroba niedokrwienna

serca, a w populacji ogólnej odsetek ten wynosi około 50%⁵⁵. Do istotnych czynników ryzyka, z których wiele wiąże się ze sobą, należą: palenie papierosów, niewłaściwa dieta, mała aktywność fizyczna, otyłość, względne ubóstwo i nieodpowiednia jakość opie-

ki zdrowotnej^{56,57}. Analiza jedenastoletnich fińskich rejestrów, wykazała, że wskaźniki umieralności wśród chorych na schizofrenię przyjmujących leki przeciwpsychotyczne jest niższy w porównaniu z osobami nieotrzymującymi leków⁵⁸.

Ważnym zagadnieniem z perspektywy oceny kosztów związanych z zaburzeniem psychicznym jest współwystępowanie chorób. Schizofrenia – na potrzeby niniejszego opracowania uznana za chorobę wskaźnikową – często współwystępuje z chorobami somatycznymi.

Szereg danych wskazuje, że ryzyko zgonu osób z rozpoznaniem schizofrenii jest 2–3-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej, a 2/3 zgonów ma przyczyny naturalne. Jako przyczyny zwiększonego ryzyka wymienia się wyższy odsetek samobójstw oraz – wspomniane powyżej – ryzyko współwystępowania chorób somatycznych.

Okolo połowa pacjentów cierpiących z powodu tej **psychozy jest uzależniona od:**



15%

pacjentów ze schizofrenią jest chorych na cukrzycę

50%

uzależniona od alkoholu nikotyny lub kanabinoidów



x4

częściej otyli w stosunku do populacji generalnej

Zwiększone ryzyko śmierci

x3 z powodu choroby układu sercowo-naczyniowego

x3 z powodu choroby układu pokarmowego

x5 z powodu nowotworu





KOSZTY SCHIZOFRENII

Schizofrenia a koszty związane z chorobą

Poza bezpośrednim obciążeniem chorobą, które odczuwają pacjenci ze schizofrenią oraz ich najbliższe osoby, zaburzenie to powoduje również znaczne koszty finansowe dla całej gospodarki. Największą ich składo-

wą stanowią koszty pośrednie, które mogą być zredukowane m.in. dzięki odpowiedniej opiece medycznej.

W analizie kosztów schizofrenii a także innych jednostek chorobowych wyróżnia się podział na koszty bezpośrednie oraz pośrednie. Koszty bezpośrednie obejmują wszystkie wydatki związane z wykorzystaniem zasobów niezbędnych do zapewnienia opieki

medycznej, takich jak koszty hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej, koszty leków i inne. Pełna analiza powinna uwzględniać również koszty pośrednie, w szerszym zakresie oddziaływujące na gospodarkę i nierzadko trudne do precyzyjnego określenia. Przykładem może być trwała lub czasowa niezdolność do pracy spowodowana chorobą, która w zmniejsza produktywność, podwyższając związane z chorobą obciążenie gospodarki.

W Polsce w 2011 roku 6,9 % Produktu Krajowego Brutto przeznaczane było na opiekę zdrowotną 104 mld (zarówno środków publicznych jak i prywatnych)⁷⁸, co stanowiło odsetek zdecydowanie niższy niż średnia w krajach OECD, niższy niż na Węgrzech, w Czechach czy na Słowacji⁴⁹. Prawie 30% tej kwoty to wydatki prywatne. Dane te nie podają ilości środków przeznaczanych na psychiatryczną opiekę zdrowotną. Szacuje się jednak, że w Polsce wydatki te stanowią 3,5% kwoty przeznaczanej na opiekę zdrowotną ze środków publicznych. W odniesieniu do kosztów bezpośrednich związanych z leczeniem jedynie schizofrenii w zależności

od metodologii badania, ocenianego okresu oraz systemu opieki zdrowotnej w danym kraju, koszty te wynosiły od 1,9 procentowego udziału w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w Belgii (de Hert et al. badanie w latach 1993/1994), poprzez 2,5% w USA (Rice i Miller badanie w roku 1990) do 2,8% w Wielkiej Brytanii⁶⁰.

W 2011 roku na ochronę zdrowia w Polsce przeznaczono 6,9% PKB w kwocie 104 mld zł

Jednakże w porównaniu do innych zaburzeń psychicznych koszty związane ze schizofrenią i ponoszone przez system opieki zdrowotnej są wysokie z powodu długotrwałych pobytów szpitalnych – wynoszących w Polsce w roku 2011 36,9⁵¹ dnia oraz częstych rehospitalizacji^{61,62}. Co warto podkreślić w okresie 8 lat 2003-2011 długość hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii skróciła się tylko o 1 dzień (z 37,9 do 36,9 dnia)⁶¹, natomiast współczynnik hospitalizacji, głównie za przyczyną schizofrenii, wzrósł z 4501/10 000 do 4887/10 000⁶¹.

Koszty bezpośrednie obejmują wszystkie wydatki związane z wykorzystaniem zasobów niezbędnych do zapewnienia opieki medycznej, takich jak koszty hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej, koszty leków. itp.

Koszty pośrednie w szerszym zakresie oddziaływające na gospodarkę i nierzadko trudne do precyzyjnego określenia. Przykładem może być trwała lub czasowa niezdolność do pracy spowodowana chorobą, która w zmniejsza produktywność, podwyższając związane z chorobą obciążenie gospodarki.

Znaczna liczba przewlekłe chorujących, często obarczonych także innymi chorobami, stanowi poważne obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej przede wszystkim z powodu wysokiego wskaźnika bezrobocia, pobierania świadczeń rentowych oraz uzyskiwania wsparcia z zabezpieczenia społecznego⁶⁴. Osoby ze schizofrenią mają utrudniony dostęp do wolnych miejsc pracy, po części bezpośrednio w wyniku procesu chorobowego, a po części w związku ze stygmatyzującym rozpoznaniem zaburzenia psychicznego. Dotyczy to nie tylko rynku konkurencyjnego, lecz także wakatów w zakładach pracy chro-

nionej. Szacuje się, że w Unii Europejskiej najczęstszą przyczynę utraty pracy (około 30%) stanowią choroby psychiczne, przed schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego (około 21%), schorzeniami układu krążenia (około 11%) oraz nowotworami (około 10%). W 2010 roku zaburzenia psychiczne stanowiły w Polsce czwartą po chorobach układu krążenia (23,4%), nowotworach (23,2%), chorobach układu kostno-stawowego i mięśniowego (12,0%) przyczynę orzekania niezdolności do pracy z odsetkiem wynoszącym 10,9%⁶⁵.



Pod względem długości zwolnień lekarskich, wśród wszystkich zatrudnionych w 2010 roku, pacjenci psychiatryczni stanowili drugą po nowotworach grupę z czasem trwania absencji ponad 16 dni, wobec średniej wynoszącej 12 dni (GUS 2011)⁶⁶

Schizofrenia może prowadzić do „podwójnych” wydatków ze strony budżetu państwa: z jednej strony źle kontrolowana schizofrenia to kosztowne hospitalizacje, czyli obciążenie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a jednocześnie obciążenie publicznego budżetu wydatkami ze strony świadczeń związanych z niezdolnością do pracy (ZUS).

W 2009 r. wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy pacjentów ze schizofrenią dwukrotnie przewyższały wydatki NFZ na świadczenia opieki nad pacjentami ze schizofrenią.

Skupiając uwagę na utrzymaniu ról społecznych, poprzez odpowiednio wczesne wdrażanie interwencji psychologiczno-społeczno-medycznych, poprzez aktywizację i poprawę samodzielności chorych można ograniczyć liczbę hospitalizacji i zredukować obciążenie kosztami pośrednimi.

W 2010 roku wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy stanowiły renty (52,0% ogółu wydatków). Drugą pozycję, stanowiły wydatki poniesione w związku z absencją chorobową (39%), a kolejną renty socjalne (5,4%) oraz świadczenia rehabilitacyjne (3,2 %)⁶⁷. Należy także podkreślić, że w 2009 roku wśród źródeł największych wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, schizofrenia generowała 3.2% wszystkich wydatków ponad 907 mln zł i była czwartym schorzeniem w rankingu jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z tą niezdolnością.

Wydatki na renty z powodu schizofrenii w Polsce

W 2010 roku świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy pacjentów ze schizofrenią wyniosły ponad 940 mln zł. Główną składową wydatków były renty z tytułu niezdolności do pracy, które stanowiły 98% wydatków.

W 2010 r. ponad 102 tys osób pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej schizofrenią.

Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy z powodu schizofrenii

2009r.	907 148 mln zł
2010r.	940 537 mln zł

Dane ZUS

Przyczyny orzekania o niezdolności do pracy w Polsce w 2010 roku⁶⁵:

10,9%
zaburzenia psychiczne

12%
choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego

23,2%
nowotwory

23,4%
choroby układu krążenia

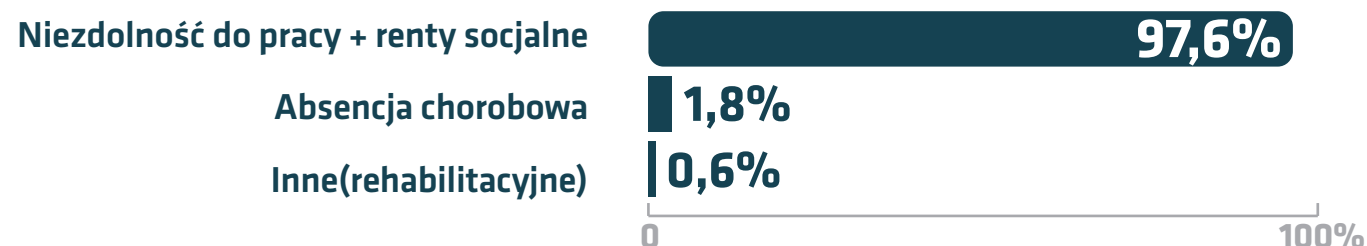


W 2010 roku świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy pacjentów ze schizofrenią wyniosły ponad 940 mln zł. Główną składową wydatków były renty z tytułu niezdolności do pracy, które stanowiły 98% wydatków⁷⁸.



940 537 092, 44 zł

Udział poszczególnych wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy z powodu schizofrenii⁷⁸



ZUS liczba świadczeniobiorców ⁷⁸ (renty z tytułu niezdolności do pracy i renty socjalne)	2009r.	102 796
	2010r.	102 735

Koszty bezpośrednie schizofrenii

W 2009 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na świadczenia zdrowotne w leczeniu schizofrenii przeznaczył prawie 450 mln zł, gdzie największą składową był koszt opieki stacjonarnej (hospitalizacji).

W przypadku schizofrenii jeden dzień hospitalizacji do 70 dni kosztuje 172.50 zł, w przy-

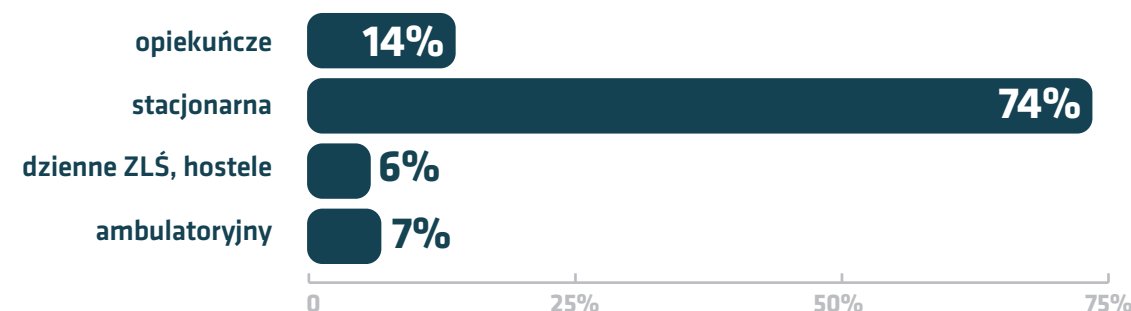
padku hospitalizacji dłuższej niż 70 dni, koszt jednego dnia to 115 zł.

Porównywalną kwotę do wydatków na świadczenia w 2009 r., NFZ przeznaczył na refundację leków. W schizofrenii – 112 mln zł oraz w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej 351 mln zł, co stanowi 6% wydatków na refundację. Wydatki na te dwie grupy leków spadły w 2012r. w porównaniu z 2009 r. o 15%, głównie z powodu spad-

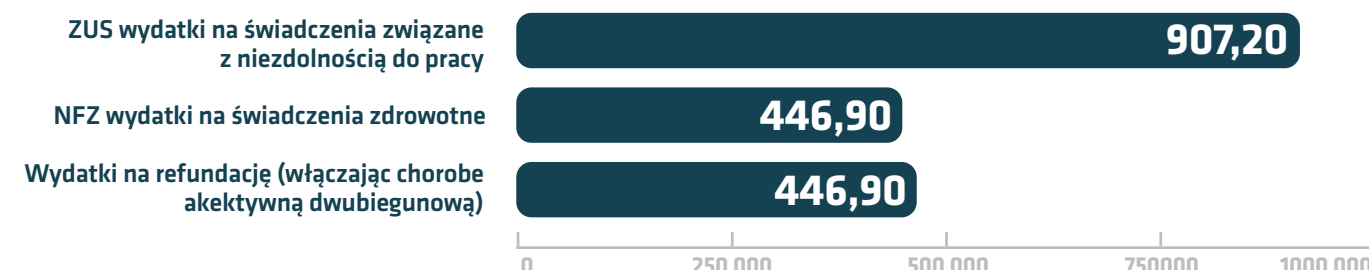


Zgodnie z danymi NFZ w 2009r. specjalistyczną opieką psychiatryczną objętych było **175 945 osób**⁸⁰

Wydatki na świadczenia zdrowotne sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia we wskazaniu Schizofrenia⁶⁸



Koszty schizofrenii w 2009 r. w mln zł



ku wydatków na doustną olanzapinę, która stanowi prawie 40% wydatków na wszystkie z grup leków⁵⁹. Wydatki na renty w schizofrenii są zdecydowanie największą składową kosztów całkowitych, przewyższając prawie dwukrotnie koszt świadczeń zdrowotnych czy refundacji leków.

Obiężenie schizofrenią prowadzi do obniżenia poziomu funkcjonowania nie tylko społecznego ale i osobniczego. Naturalny przebieg choroby nie tylko utrudnia osiągnięcie oczekiwanych społecznie kompetencji, lecz także – w związku z postępującym

przebiegiem, ogranicza wykorzystanie już uprzednio zdobytych zasobów. Ma to bezpośredni wpływ na możliwość funkcjonowania w społeczeństwie i wytwarzanie dochodu narodowego, co przekłada się na wysoki udział kosztów pośrednich w pełnym obrazie kosztów schizofrenii.

Zgodnie z aktualną wiedzą – najpowszechniej stosowane - strategie farmakologiczne redukują częstość nawrotów, ograniczając współczynniki rehospitalizacji oraz redukując tym samym najwyższą składową kosztów bezpośrednich. Nowsze doniesienia wskazu-

ją natomiast na zasadność podejścia terapeutycznego – skupiającego uwagę na wynikach oddziaływań w ujęciu społecznym oraz subiektywnie ocenianej przez pacjentów jakości życia (QoL)⁸¹. Takie podejście przekłada się także na redukcję kosztów związanych z chorobą między innymi poprzez aktywizację i poprawę samodzielności chorych. Pozytskane lub odtworzone zasoby i umiejętności mają wpływ na zakres funkcjonowania społecznego oraz potencjalną redukcję kosztów pośrednich.

Częstość rehospitalizacji

Jednym z obiektywnych wskaźników przebiegu choroby jest częstość rehospitalizacji. W ostatnich latach w krajach niemieckojęzycznych ilość hospitalizacji całodobowych zwiększała się podczas gdy liczba łóżek szpitalnych ulegała redukcji. W okresie 12 miesięcznej obserwacji 50% pacjentów biorących udział w projekcie zostało rehospitalizowanych, w tym większość podczas pierwszych kilku tygodni. Objawy kliniczne i czynniki socjalne zwiększały ryzyko ponownej hospitalizacji, natomiast stosowanie leków przeciwpsychotycznych redukowało to ryzyko. Dlatego przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance), psychoedukacja oraz wsparcie społeczne są niezbędne w podtrzymaniu remisji⁷⁰.

Instytucjonalizacja – czynniki ryzyka

W badaniu duńskim określono czynniki zwiększające ryzyko instytucjonalizacji czyli długotrwałego pobytu w instytucji opiekuńczo-leczniczej. Zaliczono do nich: podtyp hebefreniczny schizofrenii, współwystępowanie padaczki, wczesne przejście na rentę, płeć męską, wcześniejszy początek hospitalizacji, używanie substancji psychoaktywnych. Pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przebywających w instytucjach charakteryzuje bardziej powikłany i gorzej rokujący przebieg (za wyjątkiem rzadszych samobójstw), niższy poziom wykształcenia, leczenie wyższymi dawkami leków, częstsza politerapia, dłuższe okresy pobytu w szpitalu oraz wyższe ryzyko cukrzycy typu II⁷¹.

Obciążenie opieką nieformalną stanowi zagadnienie od lat dyskutowane przez środowiska naukowe – zarówno w perspektywie zdrowia publicznego, jak i strategii postępowania klinicznego. Za opiekunów nieformalnych uważa się osoby udzielające nieodpłatnie pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i podtrzymaniu codziennej aktywności. Najczęściej taką formę opieki sprawują rodziny. Niepodważalny jest pozytywny efekt opieki nieformalnej

Przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance), psychoedukacja oraz wsparcie społeczne są niezbędne w podtrzymaniu remisji.

Pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przebywających w instytucjach charakteryzuje bardziej powikłany i gorzej rokujący przebieg (za wyjątkiem rzadszych samobójstw), niższy poziom wykształcenia, leczenie wyższymi dawkami leków, częstsza politerapia, dłuższe okresy pobytu w szpitalu oraz wyższe ryzyko cukrzycy typu II

w terapii pacjentów ze schizofrenią, ale należy pamiętać, że nie jest to „darmowa” forma opieki, ponieważ generuje ona koszty z perspektywy społecznej (koszty pośrednie)

Obciążenie opiekunów dotyczy mierzalnych niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu opiekuna, powodowanych - bezpośrednio lub pośrednio – przez chorobę i/lub dysfunkcję podopiecznego, co wiąże się z istotnymi zmianami w zakresie podejmowania codziennych czynności domowych, aktywności zawodowej, relacji rodzinnych i społecznych oraz zdrowia somatycznego. Obciążenie to stanowi pochodną przewlekłości procesu chorobowego, nasilenia objawów, a także określonych wskaźników socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia i dochody opiekuna oraz pacjenta, a także poziom pokrewieństwa pomiędzy nimi^{72,73}.

Ważny jest także wpływ takiej opieki na często trudno uchwytnej, ale istotny – dyskomfort psychiczny będący następstwem pozostawania w relacji z osobą z zaburzeniami psychicznymi i „stygmatyzacja” w związku z opieką sprawowaną nad tą osobą. Wyraża się on w subiektywnym poczuciu ciężaru, napięcia, bólu i cierpienia

powiązanym ze wszelkimi konsekwencjami natury psychospołecznej – jak „labelling” (etykietowanie)⁷⁴⁻⁷⁶. Zwraca uwagę fakt, że zarówno niemierzalne, jak i mierzalne obciążenie opiekunów wiąże się z kosztami społecznymi. W przypadku schizofrenii z powodu jej stosunkowo wczesnego początku, przewlekłości procesu chorobowego oraz społecznie pejoratywnego postrzegania zaburzeń psychicznych czynnik ten ma znaczenie wyjątkowe⁷⁷. Obciążenie obiektywne opiekunów może przyczynić się do wzrostu kosztów pośrednich poprzez zmniejszenie zawodowej produktywności. Opiekunowie częściej ograniczają swoją aktywność zawodową, aby sprawować opiekę, bądź rezygnują ze swojego czasu wolnego na rzecz wypełniania obowiązków. Obciążenie subiektywne mierzone między innymi wskaźnikami jakości życia (QoL), wiąże się - z pogorszeniem stanu zdrowia opiekunów wskutek stresu, częstszym korzystaniem z pomocy służby zdrowia, większą ilością zwolnień lekarskich oraz wcześniejszym rezygnowaniem z aktywności zawodowej, co także wpływa na produktywność. Oba rodzaje obciążenia przyczyniają się równocześnie do znacznego wzrostu kosztów pośrednich zaburzenia psychicznego, które często przekraczają bezpośredni koszt leczenia.

SCHIZOFRENIA A ZATRUDNIENIE W POLSCE

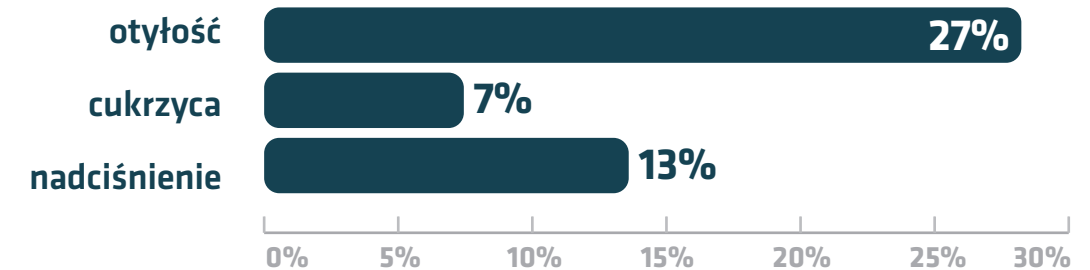
Schizofrenia a zatrudnienie – sytuacja w Polsce

W celu zidentyfikowania sytuacji zawodowej pacjentów w Polsce, przeprowadzono badanie terenowe. Badanie zrealizowano na próbie kwotowo-losowej 1010 pacjentów z rozpoznaniem schizofre-

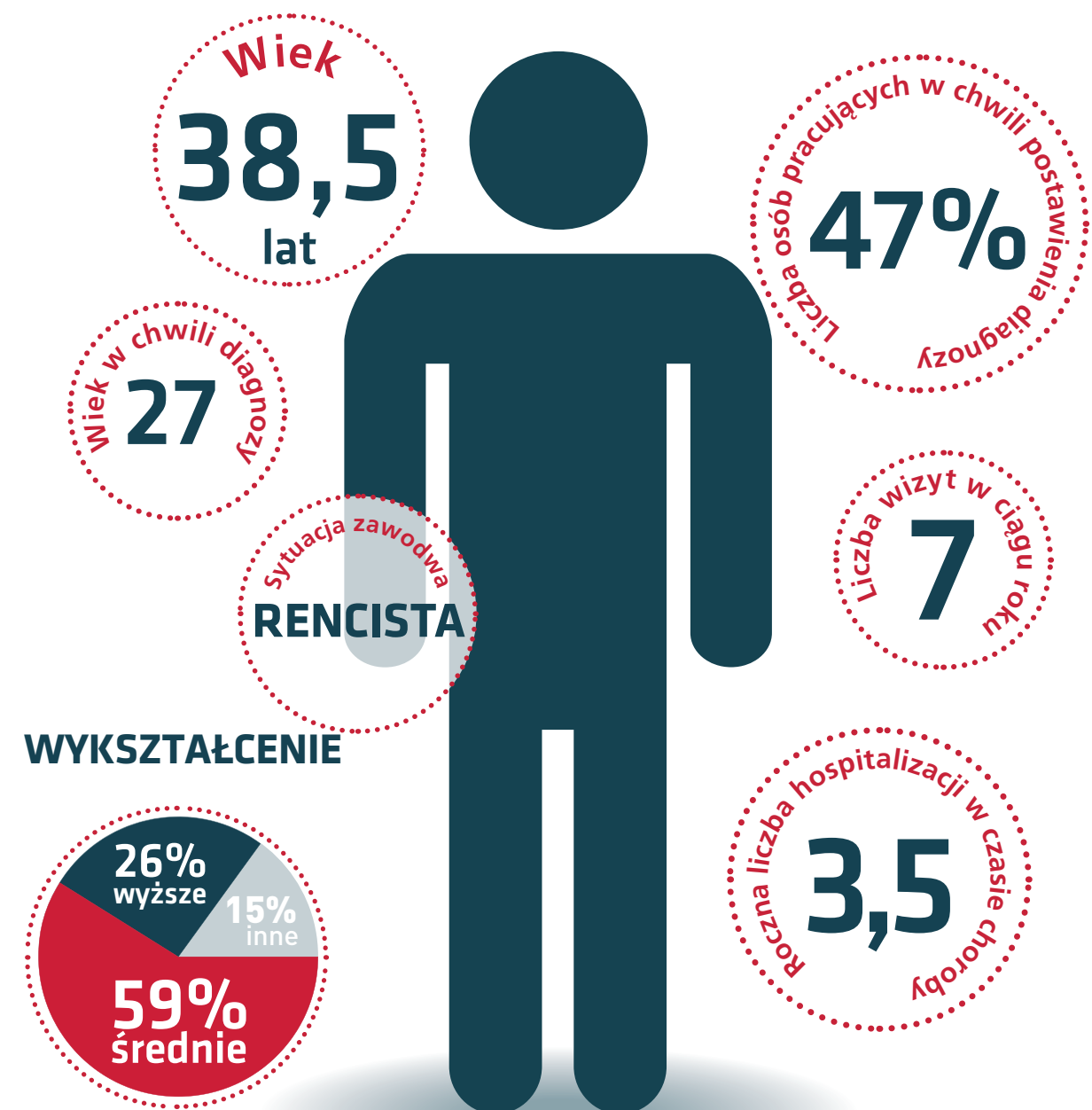
nii (46% kobiet, 54% mężczyzn) leczonych w poradniach zdrowia psychicznego na terenie całej Polski. Liczebności badanych w poszczególnych województwach odpowiadają strukturze populacji ogólnej.

W Polsce podobnie jak pokazują badania międzynarodowe schizofrenia współwystępuje z innymi chorobami towarzyszącymi takimi jak cukrzyca i nadciśnienie.

Choroby towarzyszące



Przeciętny pacjent ze schizofrenią na podstawie wyników badania:



Diagnoza, częstość korzystania z opieki

Średni wiek rozpoznania schizofrenii to 27 lat. U zdecydowanej większości (73%) pacjentów rozpoznanie postawiono przed 30 r.ż. W ciągu ostatnich 12 miesięcy uczestnicy badania odbyli średnio 7 wizyt ambulatoryjnych w poradni zdrowia psychicznego.

W czasie trwania choroby pacjenci przeciętnie byli hospitalizowani ponad 3 krotnie z powodu schizofrenii.

Sytuacja zawodowa pacjentów

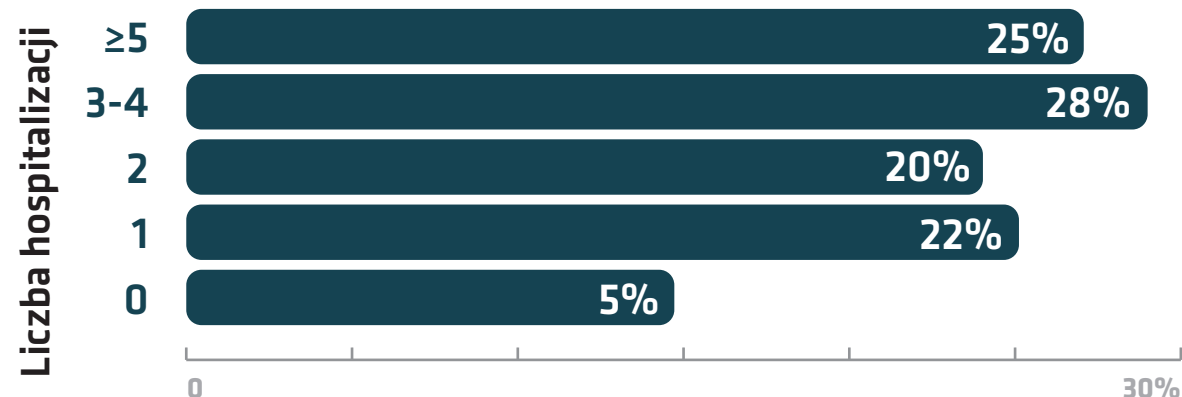
Analizując sytuację zawodową pacjentów zwraca uwagę znaczący wzrost odsetka osób pobierających rentę wraz z czasem trwania choroby (4% podczas postawienia diagnozy vs 58% podczas dokonywania oceny), a także spadek odsetka osób pracujących (odpowiednio 46% vs 19%). W przeprowadzonej przez autorów analizie sytuacji zawodowej pacjentów

z rozpoznaniem schizofrenii, hospitalizowanych w pierwszej połowie 2013 roku w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. we Wrocławiu stwierdzono, że spośród 311 pacjentów zatrudnionych było 12, 9% (33 pracowało w ramach umowy o pracę, 7 prowadziło własną działalność gospodarczą). Zatem w populacji pacjentów leczonych ambulatoryjnie i szpitalnie współczynniki zatrudnienia są zbliżone.

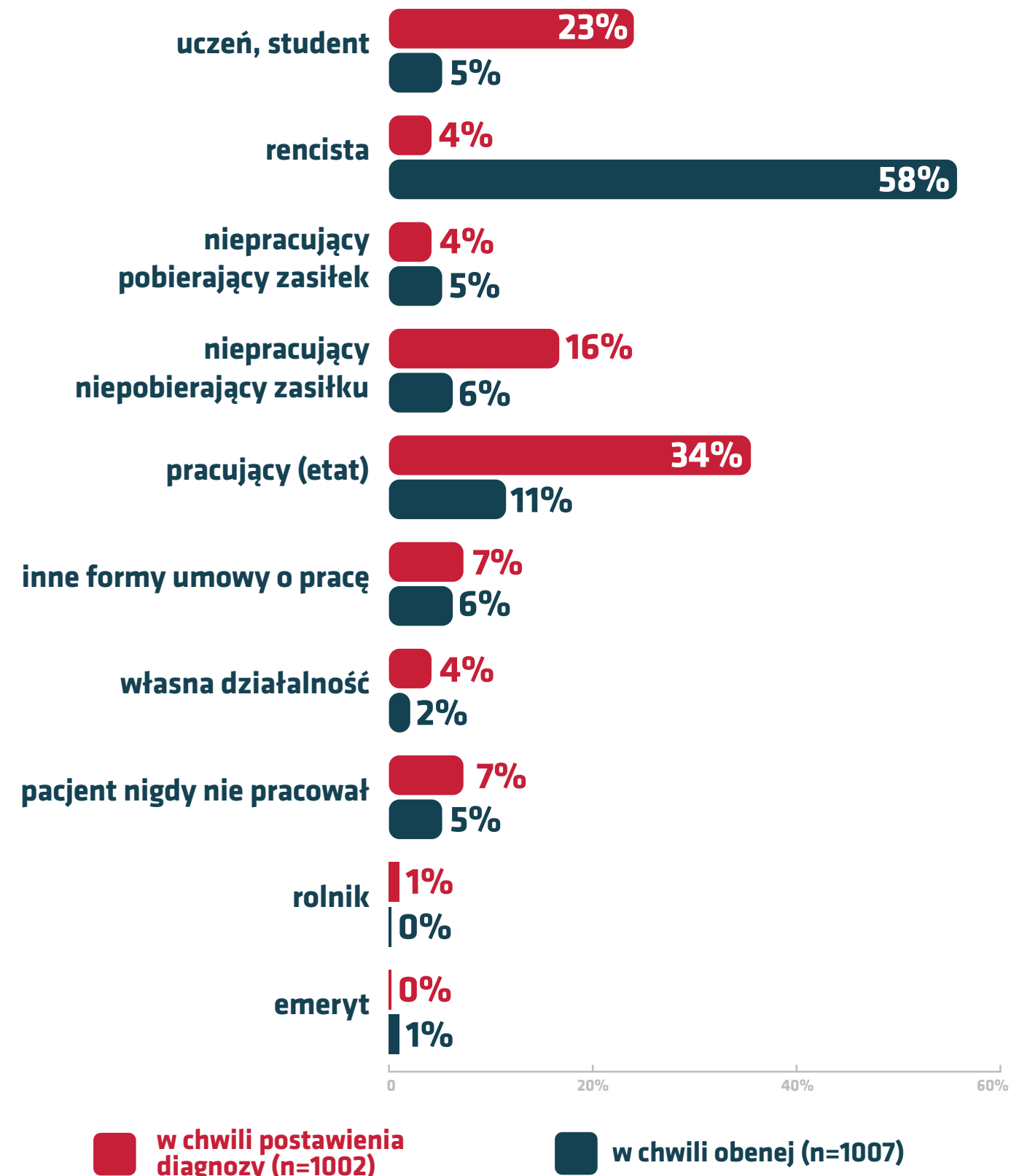
Zatrudnienie a hospitalizacje

W chwili postawienia diagnozy 46% osób pracowało, wraz z trwaniem choroby prawie trzy czwarte tych osób utraciło pracę.

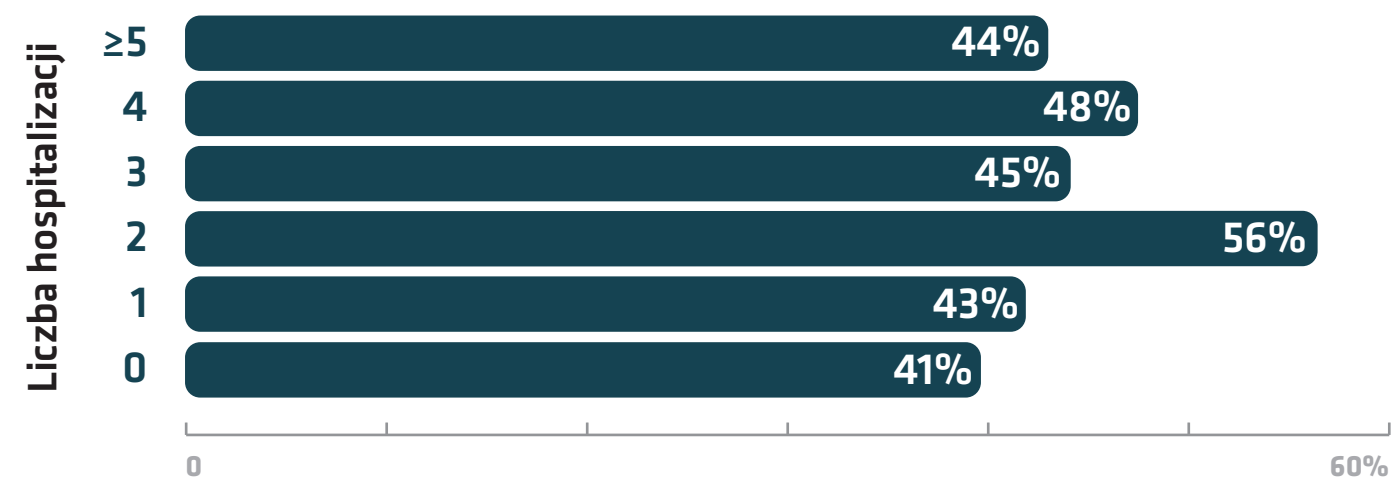
Odsetek osób, które utraciły pracę rósł wraz ze wzrostem ilości hospitalizacji. Wśród pacjentów z liczbą hospitalizacji 5 i więcej ponad 90% z osób pracujących straciło pracę, gdzie u pacjentów z mniejszą niż 2-krotną liczbą hospitalizacji prawie połowa pacjentów utrzymała status zatrudnienia.



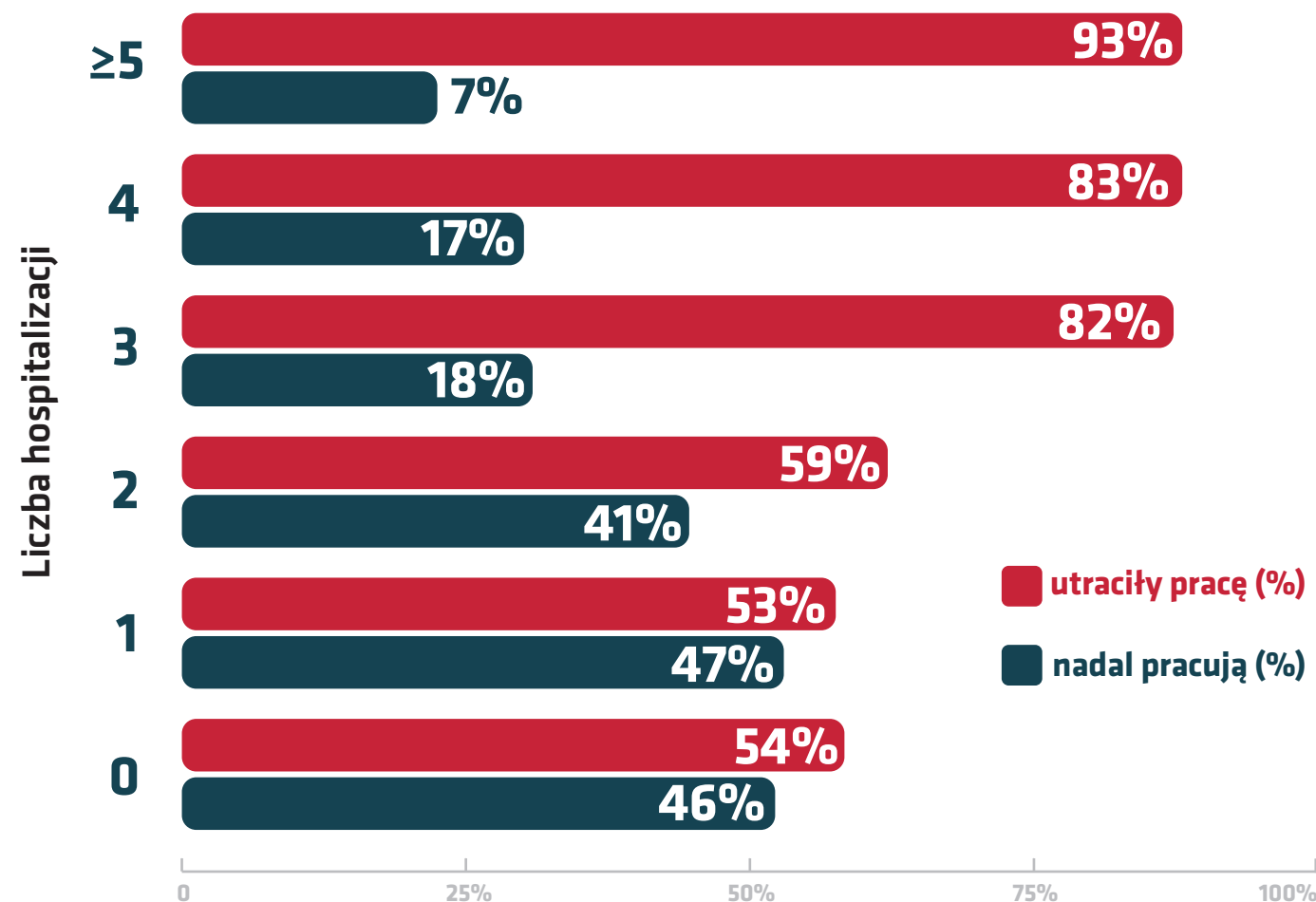
Sytuacja zawodowa pacjenta



Pracujący w chwili postawienia diagnozy



Pracujący w chwili postawienia diagnozy

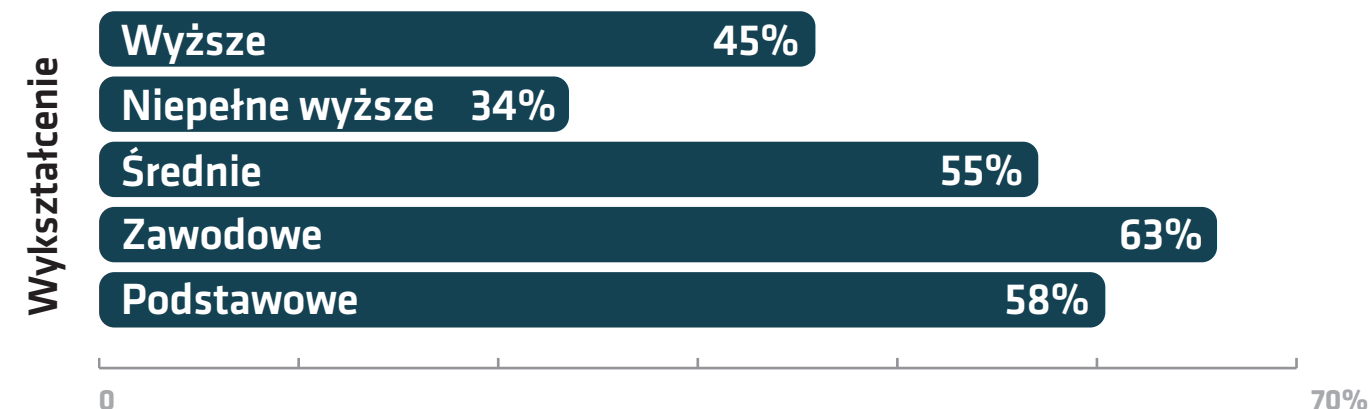


Renty w schizofrenii

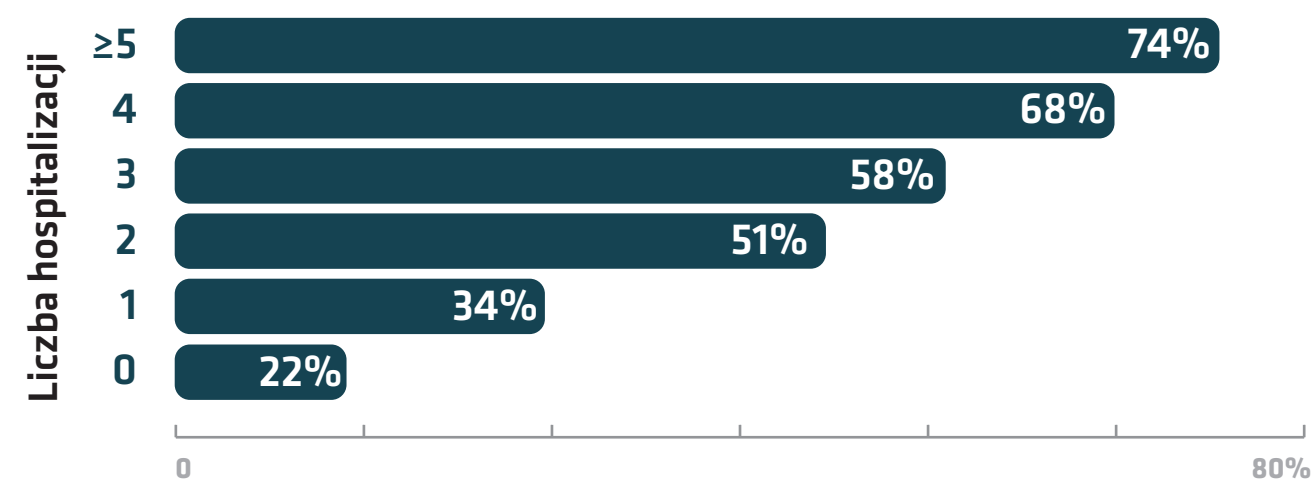
W chwili postawienia diagnozy 4% osób było na rencie, w momencie badania udział osób na rencie wynosił już 58%. Województwa o najwyższych wskaźnikach przyznanych rent po zachorowaniu na schizofrenię to: podkarpackie 85%, łódzkie i warmińsko-

-mazurskie po 77%, podlaskie i zachodniopomorskie po 73%. Najniższe wskaźniki dotyczyły województw: opolskiego 20%, dolnośląskiego 31% i pomorskiego 32%.

Pacjenci na rencie według wykształcenia



Osoby przechodzące na rentę (%)



Świadczenia rentowe otrzymało 57% mężczyzn i 52% kobiet. Osoby z wykształceniem wyższym (45%) i niepełnym wyższym (34%) rzadziej przechodziły na renty w porównaniu z osobami z wykształceniem niższym zawodowym (68%) i podstawowym (58%).

Liczba pobyków w szpitalu miała istotny wpływ na wzrost na wskaźnika uzyskiwania świadczeń rentowych. 22% pacjentów niehospitalizowanych uzyskało świadczenia rentowe w porównaniu do 74% leczonych szpitalnie 5 i więcej razy.

Późniejszy wiek rozpoznania schizofrenii poza negatywnym wpływem na utrzymanie się na rynku pracy ma również wpływ na wzrost wskaźnika przyznanych świadczeń rentowych. Wskaźnik ten wynosił 47% u osób u których rozpoznano schizofrenię przed 20 r. ż. i 61% u osób powyżej 30 r. ż.

Podsumowanie

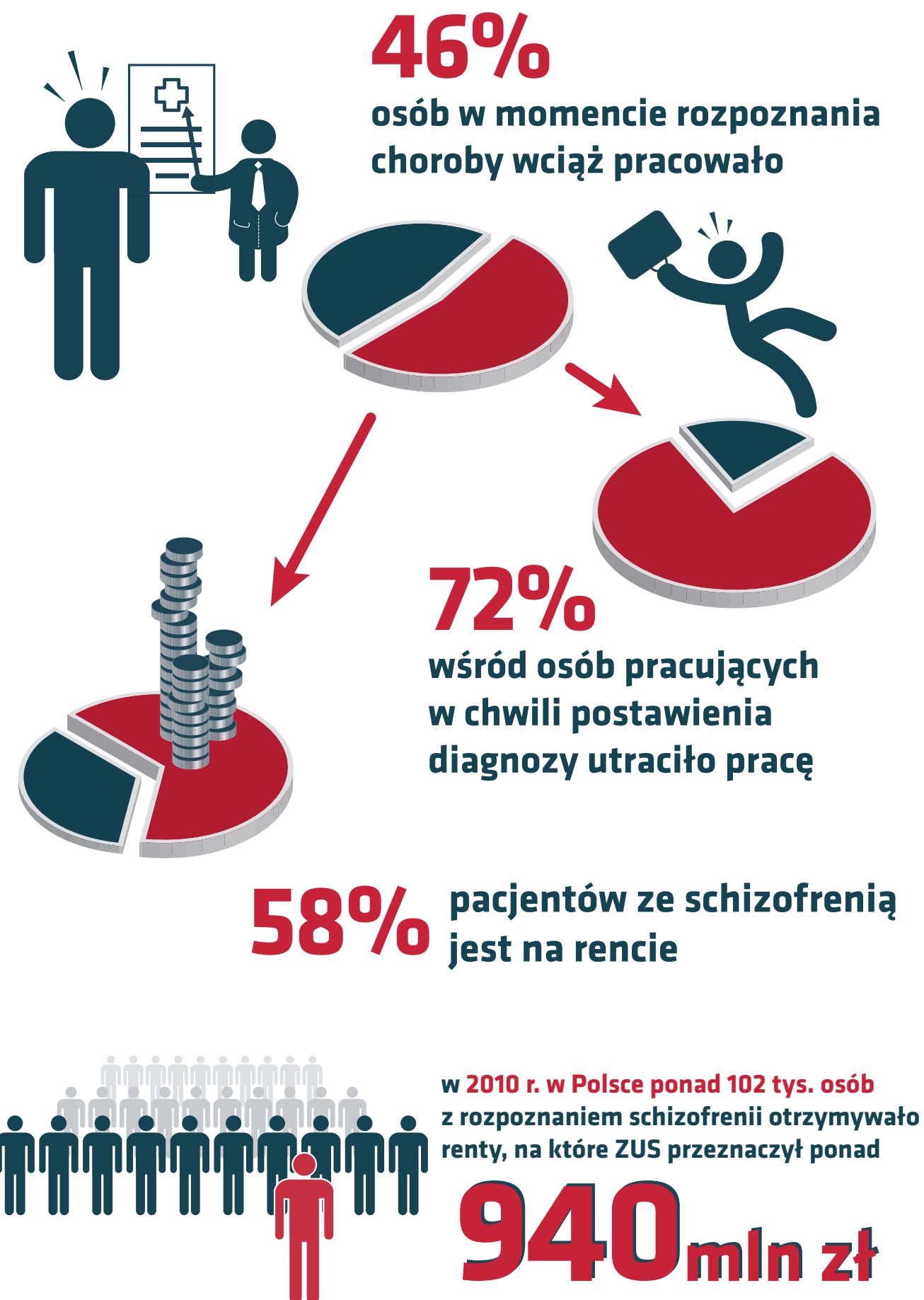
Schizofrenia pomimo relatywnie niskiego rozpowszechnienia w populacji z racji przewlekłego przebiegu i wpływu na wiele wymiarów funkcjonowania społecznego chorych stanowi poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej.

Nowoczesna farmakoterapia wraz z podejściem rehabilitacyjnym umożliwiając obecnie wywieranie korzystnego wpływu na przebieg naturalny procesu chorobowego redukując częstość nawrotów, ograniczając ryzyko nasilania się stygmatyzujących obja-

wów ubytkowych oraz minimalizując konsekwencje somatyczne chorób współwystępujących.

Działania te znajdują także swoje odzwierciedlenie w sferze ekonomiki zdrowia. Wysoki udział kosztów społecznych związanych z tym zaburzeniem odnosi się zarówno do kosztów bezpośrednich, ale przede wszystkim do kosztów pośrednich. Ważnym elementem tych kosztów jest ograniczenie produktywności chorych poprzez utratę pracy. W przeprowadzonym badaniu w chwili rozpoznania schizofrenii prawie 47% osób wciąż pracowało, jednakże wśród osób hospitalizowanych ponad 80% utraciło zatrudnienie. Spośród pracujących w chwili rozpoznania, w trakcie trwania choroby aż 65% uzyskało świadczenia rentowe. Należy mieć na względzie fakt, że w 2010 r. w Polsce ponad 102 tys. osób z rozpoznaniem schizofrenii otrzymywało renty, na które ZUS przeznaczył ponad 940 mln zł.

Zatem prawidłowa opieka nad chorym ze schizofrenią obok typowo medycznych działań powinna skupić się także na „podtrzymywaniu” pacjenta w rolach społecznych od momentu rozpoznania, m.in. poprzez umożliwienie dalszej edukacji i utrzymanie się na rynku pracy.



Piśmiennictwo

- Buckley P.F., Stahl S.M.: Pharmacological treatment of negative symptoms of schizophrenia: therapeutic opportunity or cul-de-sac? *Acta Psychiatr. Scand.*, 2007; 115: 93–100.
- Green M.F.: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am. J. Psychiatry*, 1996; 153: 321–330.
- Hofer A., Baumgartner S., Edlinger M., Hummer M., Kemmler G., Rettenbacher M.A., et al.: Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *Eur. Psychiatry*, 2005; 20: 386–394
- Rosenheck R., Leslie D., Keefe R.: Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 2006; 163: 411–417.
- Jarosz M. Kształtowanie się pojęcia schizofrenii autystycznej i syntonicznej Badania nad schizofrenią 1993: Artykuł III LSN 1993, 22-28.
- DSM V. Dostęp 27.08.2013: URL: <http://www.psychiatry.org/>
- Wciórka J., Pużyński S. (red): Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Badawcze kryteria diagnostyczne. "Vesalius", IPIN, Kraków-Warszawa, 1998.
- Thornicroft G. Tansella M. The mental health matrix. A manual to improve services. Cambridge, England, Cambridge University Press, 1999.
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2010. red.: Boguszevska L, Dzięgielewski D, Sowińska M, Bartnik A, Głazowski C, Langiewicz W, Włodarczyk E. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa 2011
- Rymaszewska J, Kiejna A, Adamowski T et al. Charakterystyka psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce - wyniki badania ankietowego. *Psychiatr Pol* 2003; 37: 1037-1048.
- Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S., Bennett M., Dickinson D., Goldberg R.W., et al.: The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr. Bull.*, 2010; 36: 48–70.
- Hogarty G.E., Schooler N.R., Ulrich R., Mussare F., Ferro P., Herron E.: Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979; 36: 1283–1294.
- Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P., Marder S.R.: Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 2009; 35: 347–361
- Marder S.R., Glynn S.M., Wirshing W.C., Wirshing D.A., Ross D., Widmark C., et al.: Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone or haloperidol: 2-year outcomes. *Am. J. Psychiatry*, 2003; 160: 1405–1412.
- Rosenheck R., Tekell J., Peters J., Cramer J., Fontana A., Xu W., et al.: Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998; 55: 618–625.
- Guo X., Zhai J., Liu Z., Fang M., Wang B., Wang C., et al.: Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2010; 67: 895–904.
- Jarema M, Kiejna A, Landowski J, Meder J, Rabe-Jabłońska J, Rybakowski J. Standardy leczenia farmakologicznego schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2006; 6, 1171-1205.
- Jarema M, Rabe-Jabłońska J. Schizofrenia. W: Jarema M., red. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Gdańsk: Via Medica: 2011, 1-46.
- Jarema M. Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji. *Psychiatria Polska* 2008; 6, 969-977.
- Jarema M. Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji (wersja 31.01.2012). *Psychiatria Polska* 2012; 2, 313-322.
- Novick D., Haro J.M., Suarez D., Vieta E., Naber D.: Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophr. Res.*, 2009; 108: 223–230.
- Crumlish N., Whitty P., Clarke M., Browne S., Kamali M., Gervin M., et al.: Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 2009; 194: 18–24.
- Gaebel W., Frommann N.: Long-term course in schizophrenia: concepts, methods and research strategies. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000; 102: 49–53.
- Harrison G., Hopper K., Craig T., Laska E., Siegel C., Wanderling J., et al.: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br. J. Psychiatry*, 2001; 178: 506–517.
- Harrow M., Grossman L.S., Jobe T.H., Herbener E.S.: Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophr. Bull.*, 2005; 31: 723–734.
- Hopper K., Wanderling J.: Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISOs, the WHO collaborative followup project. *International Study of Schizophrenia. Schizophr. Bull.*, 2000; 26: 835–846.
- Haynes R.B., Ackloo E., Sahota N., McDonald H.P., Yao X.: Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2008; 2: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M.J., Bilder R., Goldman R., Geisler S., et al.: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999; 56: 241–247.
- Weiden P.J., Olfson M.: Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 1995; 21: 419–429
- Bebbington P.E.: The content and context of compliance. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1995; 9 (suppl. 5): 41–50.
- Cramer J.A., Rosenheck R.: Compliance with medication regimens for mental and physical

- disorders. *Psychiatr. Serv.*, 1998; 49: 196–201.
30. Velligan D.I., Lam Y.-W.F., Glahn D.C., Barrett J.A., Maples N.J., Ereshefsky L., et al.: Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr. Bull.*, 2006; 32: 734–742.
 31. Coldham E.L., Addington J., Addington D.: Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2002; 106: 286–290.
 32. Leucht S., Heres S.: Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 2006; 67 (suppl. 5): 3–8
 33. Saha S., Chant D., Welham J., McGrath J.: A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.*, 2005; 2: e141.
 34. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J.: Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol. Rev.*, 2008; 30: 67–76.
 35. Cantor-Graae E., Selten J.-P.: Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am. J. Psychiatry*, 2005; 162: 12–24.
 36. Coid J.W., Kirkbride J.B., Barker D., Cowden F., Stamps R., Yang M., et al.: Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the east london first episode psychosis study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2008; 65: 1250–1258.
 37. Kirkbride J.B., Boydell J., Ploubidis G.B., Morgan C., Dazzan P., McKenzie K., et al.: Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychol. Med.*, 2008; 38: 1083–1094.
 38. Piotrowski P. Socioeconomic factors and mental healthcare. In: Bährer-Kohler S.(ed). *Social Determinants and Mental Health*. New York: Nova Publishing, 2012:141-154.
 39. Kirkbride J.B., Fearon P., Morgan C., Dazzan P., Morgan K., Tarrant J., et al.: Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP Study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006; 63: 250–258.
 40. Kiejna et al. Increased prevalence of schizophrenia in Poland – fact or artifact created by the present health care policy? 13th IFPE Congress 2012, Taiwan.
 41. Kiejna A, Misiak B, Zagdanska M, Drapala J, Piotrowski P, Szczesniak D, Chladzinska-Kiejna S, Cialkowska-Kuzminska M, Frydecka D. Money matters: does the reimbursement policy for second-generation antipsychotics influence the number of recorded schizophrenia patients and the burden of stigmatization? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 10.1007/s00127-013-0763-2.
 42. Brown S, Kim M, Mitchell C and Inskip H (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 196: 116–121.
 43. Oud MJ, Meyboob-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam. Pract.* 2009; 10:32.
 44. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013 Mar 1;170(3):324-33. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050599.
 45. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264 (19):2511-2518.
 46. Punnoose S, Belgamwar MR (2006): Nicotine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 (1):CD004838.
 47. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007): No health without mental health. *Lancet* 370(9590):859-77.
 48. Coodin S (2001): Body mass index in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 46:549-55.
 49. Silverstone T, Smith G, Goodall E (1988): Prevalence of obesity in patients receiving depot antipsychotics. *Br J Psychiatry* 153:214-7.
 50. Hodgson R, Wildgust HJ, Bushe ChJ. Cancer and schizophrenia: is there a paradox? *J Psychopharmacol* 2010 24: 51-60.
 51. Auquier P, Lancoc C, Rouillon F, Lader M. Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidem. Drug Saf.* 2007; 16 (12): 1308-1312.
 52. Kiejna A. Retrospektywne badanie umieralności w kohorcie chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Wrocław: Akademia Medyczna; 1990.
 53. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M.: The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005; 62: 247–253.
 54. Qin P.N., Nordentoft M.: Suicide risk in relation to psychiatric hospitalisation: evidence based on longitudinal registers. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005; 62: 427–432.
 55. Hennekens C.H., Hennekens A.R., Hollar D., Casey D.E.: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am. Heart J.*, 2005; 150: 1115–1121.
 56. Barnes T.R.E., Kerwin R.: Mortality and sudden death in schizophrenia. In: Camm J., ed.: *Cardiovascular Risk Associated with Schizophrenia and its Treatment*. London, Galliard Healthcare Communications, 2003: 7–23.
 57. McCreadie R.G.: Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. Descriptive study. *Br. J. Psychiatry*, 2003; 183: 534–539.
 58. Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K., Klaukka T., Niskanen L., Tanskanen A., et al.: 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 2009; 374: 620–627.
 59. Health of Nations, Dostęp 27.08.2013: <http://www.healthofnations.com/countries/profile/poland>
 60. Knapp M., Costs of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 509-518.
 61. Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej PZH; Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej; W 2011 roku F20-F29 4887/10.000 jako główna przyczyna hospitalizacji. Przy średnim czasie hospitalizacji 36.9 dnia; W 2003 4501/10.000 Czas średni 37.9 URL: <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm>
 62. Piotrowski Patryk. Oszacowanie kosztów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce na-



- 3podstawie modelu koszt-skuteczność”, praca doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna 2008, Dostęp 27.08.2013: <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm>
63. URL: <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm>
64. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J (2005): Cost of disorders of the brain in Europe. Eur J Neurol 12 Suppl 1:1-27.
65. Kania A., Łabęcka M., Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2010: 21-23.
66. Mały rocznik statystyczny GUS 2011: 127.
67. Karewicz E., Łabęcka M., Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy, Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2011: 12.
68. Biała księga URL: <http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Biala%20ksiega-1.pdf>
69. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 i 2012 rok
70. Warnke I, Nordt C, Ajdacic-Gross V, Haug A, Salize HJ, Rössler W. Clinical and social risk factors for the readmission of patients with schizophrenia to psychiatric inpatient care: a long-term analysis. Neuropsychiatr. 2010;24(4):243-51.
71. Uggerby P, Nielsen RE, Correll CU, Nielsen J. Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2011 Sep;131(1-3):120-6. doi: 10.1016/j.schres.2011.03.001. Epub 2011 Apr 1.
72. Ciałkowska-Kuźmińska M. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi a obciążenie opiekunów. Akademia Medyczna, Wrocław 2011.
73. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative-framework for research. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1990; 25: 289–297.
74. Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. Perspect Psychiatr Care. 2002 Apr-Jun;38(2):61-8.
75. Kartalova-O'Doherty Y, Doherty DT. Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed methods analysis. Scand J Caring Sci. 2008 Mar;22(1):19-28.
76. Stengard E. Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. Psychiatr Rehabil J. 2002 Fall;26(2):154-64.
77. Wciórka B, Wciórka J. Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. Post Psychiatr Neurol 2006; 15(4): 255-267.
78. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok. Dostęp 27.08.2013: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4459_PLK_HTML.htm
79. Przedstawione dane dotyczące świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z powodu schizofrenii zostały udostępnione autorom przez ZUS.
80. Przedstawione dane dotyczące specjalistycznej opieki psychiatrycznej zostały udostępnione autorom przez NFZ.
81. Priebe S., Social outcomes in schizophrenia. British Journal of Psychiatry 2007; 191: 15-20.

Konsultacje merytoryczne:

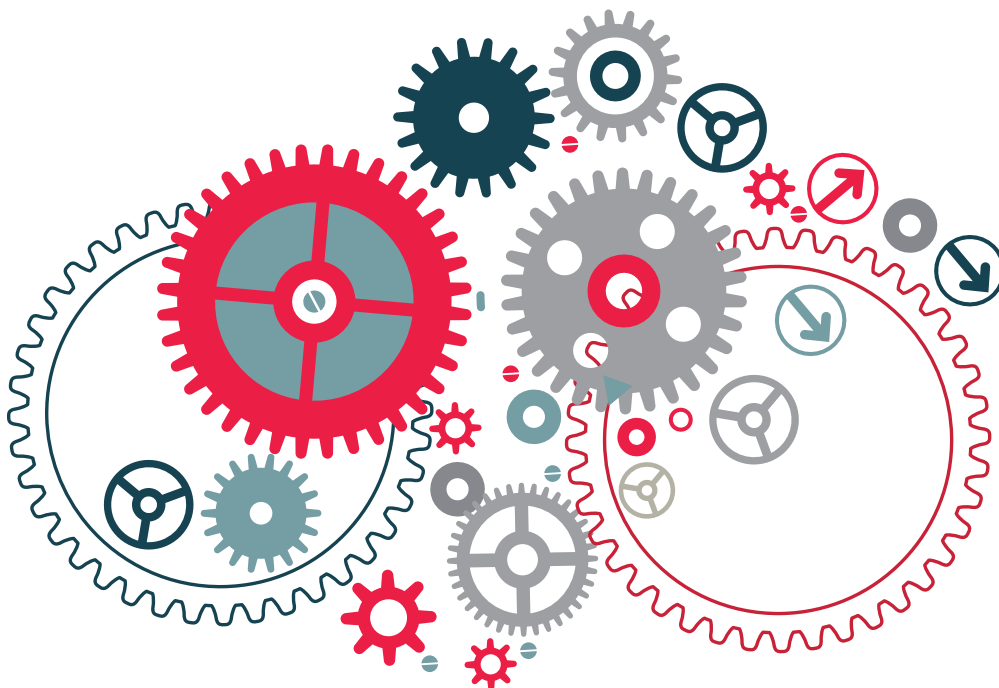
Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii

Zarząd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Zarząd Fundacji Ochrony Zdrowia Psychicznego

Zarząd Instytutu Ochrony Zdrowia





.....
Raport powstał przy wsparciu grantu naukowego
ufundowanego przez firmę **Janssen**