



SCHIZOFRENIA

ROLA OPIEKUNÓW
W KREOWANIU
WSPÓŁPRACY

SPIS TREŚCI

	CO TO JEST SCHIZOFRENIA?	/10
01	KTO CHORUJE NA SCHIZOFRENIĘ?	/20
02	KIM JEST OPIEKUN CHOREGO NA SCHIZOFRENIĘ?	/24
	• Opiekun – charakterystyka	/25
	• Obciążenie opiekuna	/27
	• Rola opiekuna w leczeniu pacjenta ze schizofrenią	/30
03	JAKA JEST ROLA WSPÓŁPRACY W LECZENIU SCHIZOFRENII?	/32
	• Rola współpracy pacjenta z lekarzem w leczeniu	/33
	• Formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych	/34
	• Konsekwencje nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych	/35
	• Brak współpracy – skala problemu	/37
	• Świadomość – psychoedukacja	/38
04	JAK LECZYĆ SCHIZOFRENIĘ?	/40
	• Skuteczność leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach o przedłużonym uwalnianiu	/41
	• Dostępne formy farmakoterapii	/43
	• Leki w iniekcjach o przedłużonym uwalnianiu	/44
	• Udokumentowana skuteczność LAI	/45
	• Dostęp do leków długo działających – perspektywa polska	/46
05	ILE KOSZTUJE SCHIZOFRENIA?	/48
	• Koszty bezpośrednie	/49
	• Świadczenia wypłacane przez ZUS związane ze schizofrenią	/52
	• Koszty pośrednie	/53
	• Podsumowanie kosztów	/62
06	PODSUMOWANIE	/64
07	BIBLIOGRAFIA	/68



prof. dr hab. med.
MARCIN WOJNAR

Kierownik Katedry
i Kliniki Psychiatrycznej,
Warszawski Uniwersytet
Medyczny

Schizofrenia jest jedną z najbardziej inwalidyzujących i stygmatyzujących chorób psychicznych. Objawy choroby, przebiegającej niekiedy bardzo burzliwie, niosą za sobą z reguły duże problemy w funkcjonowaniu chorych oraz w konsekwencji prowadzą do izolacji i wykluczenia społecznego. Choroba wymaga długotrwałego i kompleksowego leczenia z zastosowaniem leków przeciwpsychotycznych, a i tak obserwujemy często, że wyniki prowadzonej terapii nie przynoszą oczekiwanych efektów – chorzy pomimo intensywnych oddziaływań nie są w stanie powrócić do samopoczucia sprzed początku choroby, a ich poziom funkcjonowania przez długi czas utrzymuje się znacznie poniżej wyjściowych możliwości.

Schizofrenia jest bardzo trudnym doświadczeniem, także dla członków najbliższej rodziny, gdyż na ogół na nich spada ciężar opieki nad chorym. Szacunkowo nawet 10 osób z najbliższego otoczenia chorego na schizofrenię jest bezpośrednio dotkniętych konsekwencjami choroby, do których należą m.in. funkcjonowanie w ciągłym stresie, destabilizacja życia na skutek nawrotów choroby, wyraźny spadek jakości życia w sferze zdrowia psychicznego, pogorszenie się wzajemnych relacji w rodzinie oraz stygmatyzacja opiekunów, która prowadzi do dyskryminacji i wykluczenia ich z życia społecznego.

Opieka nad osobą chorą generuje również wysokie koszty związane z organizacją życia i koniecznością zapewnienia opieki choremu, przy równoczesnych obciążeniach opiekunów w sferze zawodowej, co prowadzi do ograniczenia ich czasu pracy. Prezentowany Państwu raport „Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy.” przedstawia między innymi wyniki badań ankietowych, przeprowadzonych w celu opisanego profilu polskiego opiekuna osoby chorej na schizofrenię oraz jego kluczowej roli w procesie terapeutycznym. W Polsce opiekunami chorych na schizofrenię są najczęściej rodzice lub współmałżonek, osoby aktywne zawodowo, którym opieka nad chorym zajmuje średnio 34 godziny tygodniowo, co stanowi blisko 90% kolejnego etatu.

W całym okresie choroby rodzina i najbliżsi z otoczenia chorego odgrywają ważną rolę – kluczowe jest bowiem wczesne rozpoznanie choroby i jak najszybsze rozpoczęcie leczenia. Opiekunów pacjenta zawsze powinno się uwzględniać w planowaniu strategii leczenia oraz włączać w psychoedukację, ponieważ opieka w naturalnym środowisku pacjenta stanowi obok leków istotny element terapii. Rodziny zaangażowane w proces terapeutyczny stają się pomocne w osiągnięciu zadowalającego poziomu współpracy z pacjentem, dbaniu o przestrzeganie zasad terapii, zapobieganiu nawrotom oraz reedukacji pacjenta w zakresie umiejętności społecznych. Stanowią niejako filar systemu leczenia osób ze schizofrenią.

Wśród nowoczesnych kryteriów poprawy, remisji i wyzdrowienia w schizofrenii poziom funkcjonowania psychospołecznego, powrót do pełnienia ról życiowych oraz zdolność odzyskania autonomii stanowią kluczowe czynniki, decydujące o ocenie skuteczności leczenia tej choroby. Nowoczesne leczenie powinno być kompleksowe i ukierunkowane na poprawę funkcjonowania, jakości życia chorego oraz zmniejszenie niekorzystnego wpływu choroby na pacjenta i jego rodzinę.

Wzrastające zainteresowanie aspektami życia codziennego chorych na schizofrenię na przestrzeni ostatnich lat, wynika również z dużych nadziei, jakie wiążemy z nowymi środkami leczniczymi. Atypowe leki przeciwpsychotyczne przyczyniają się w znacznym stopniu do odzyskania możliwości pełniejszego funkcjonowania pacjentów, powrotu do pracy zawodowej czy nauki oraz pełnienia innych ról życiowych. Do najbardziej nowoczesnych form leczenia farmakologicznego należą leki atypowe o przedłużonym działaniu podawane w formie iniekcji (LAI), które są wciąż zbyt mało rozpowszechnione, a ich dostępność na naszym rynku jest znacznie ograniczona. Leki te pozwalają na poprawę współpracy chorego z personelem medycznym, co w szerszej perspektywie prowadzi również do zmniejszenia obciążenia opiekunów i poziomu ich obaw, czy chory stosuje się do zaleceń lekarskich. Nowoczesne leki przeciwpsychotyczne poprawiają jakość życia rodzin pacjentów ze schizofrenią – uproszczony zostaje schemat leczenia, chorych nie trzeba codziennie przekonywać i przypominać o obowiązku przyjęcia leku, i tym samym zmniejsza się stres i niepokój opiekunów.



dr
MAREK BALICKI

były minister zdrowia,
kierownik Centrum Zdrowia
Psychicznego przy Szpitalu
Wolskim w Warszawie

Pisze się często, że schizofrenia jest jedną z najczęstszych i najcięższych chorób psychicznych. Ryzyko zachorowania w ciągu życia oceniane jest na ok. 1%, a statystyki NFZ mówią o blisko 190 tysiącach osób z rozpoznaniem schizofrenii, którym rocznie udziela się pomocy medycznej. Jest jeszcze trudna do oszacowania liczba osób z doświadczeniem tej psychozy, które z różnych przyczyn nie korzystają z opieki zdrowotnej.

Zbyt rzadko jednak zwraca się przy tym uwagę, że schizofrenia jest obciążającym doświadczeniem również dla najbliższego otoczenia osoby nią dotkniętej, w szczególności dla członków najbliższej rodziny. Obciążeniem, która trwa z różnym nasileniem przez wiele lat. Jeśli przyjmiemy, że na każdego pacjenta z rozpoznaną schizofrenią przypada dziesięć osób, które są bezpośrednio dotknięte konsekwencjami choroby, to otrzymujemy liczbę dochodzącą do dwóch milionów. Dopiero ta wielkość ilustruje rzeczywiste, na co dzień niedostrzegane, społeczne znaczenie schizofrenii.

O problemach rodzin i opiekunów mówi właśnie raport „Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy”. Interesujące są przedstawione w nim wyniki badania ankietowego, przeprowadzonego wśród setki opiekunów osób chorujących na schizofrenię. Wyłania się z nich profil polskiego opiekuna, którym najczęściej jest jeden z rodziców albo małżonek/partner, w większości przypadków mieszkający razem z chorym. Opieka zajmuje im średnio 34 godziny tygodniowo. Terapeuci często podkreślają, jak duże znaczenie ma udział i zaangażowanie rodzin oraz opiekunów w procesie terapeutycznym.

W raporcie słusznie zwraca się uwagę na długofalowe skutki trudnej i obciążającej roli opiekuna osoby chorej psychicznie. Dla wielu z nich, jak odpowiedzieli w ankiecie, stanowi to największe źródło stresu w ich życiu. Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem jest ciągle jeszcze stygmatyzacja osób chorych psychicznie, która dotyka również ich opiekunów.

Wiemy, że poprawa sytuacji osób chorych psychicznie i ich opiekunów wymaga zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie psychiczne i reformy opieki psychiatrycznej zgodnie z wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dopiero upowszechniony na obszarze całego kraju środowiskowy model opieki psychiatrycznej, dając szansę na skuteczną pomoc osobom chorym psychicznie w pobliżu miejsca zamieszkania i odpowiednie wsparcie dla rodzin i opiekunów w ramach lokalnych centrów zdrowia psychicznego. Zwiększenie nakładów do postulowanego poziomu 5% wydatków na ochronę zdrowia, w ślad za innymi krajami Unii Europejskiej, umożliwi nie tylko wdrożenie nowoczesnego modelu opieki, ale również poprawę dostępu do skutecznych leków, zwłaszcza do leków przeciwpsychotycznych II generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu. Terapia taka nie tylko poprawia efekty leczenia i współpracę z personelem medycznym, ale również redukuje obciążenie opiekunów. Dlatego musi niepokoić kilkukrotnie, a w niektórych przypadkach nawet kilkunastokrotnie, niższy odsetek pacjentów przyjmujących leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach o przedłużonym działaniu w Polsce w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej. Jeśli chcemy mówić o nowoczesnej opiece psychiatrycznej, również ta sytuacja musi ulec zmianie.



ks.
ARKADIUSZ NOWAK

Prezes fundacji
Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej

W ostatnich latach w wielu krajach można zaobserwować wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym, a także zwiększenie wysiłków zmierzających do jego poprawy. Zmiana stylu życia, starzejące się społeczeństwo oraz niesprzyjające zdrowiu psychicznemu czynniki społeczne sprawiają, że w XXI wieku choroby psychiczne będą coraz większym wyzwaniem dla Europy.

Już dziś zaburzenia psychiczne dotyczą co piątej osoby na świecie i stanowią drugą po chorobach zakaźnych przyczynę chorób. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w ciągu najbliższych lat choroby psychiczne, w tym schizofrenia, staną się jednym z głównych problemów zdrowotnych, powodujących niesprawność życiową ludzi.

W odpowiedzi na te niepokojące prognozy i dane odnoszące się do bagatelizowania problemu chorób psychicznych w porównaniu do innych chorób zakaźnych Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła w 2013 roku dwa strategiczne dokumenty: Globalny Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego oraz Europejski Plan Działania, których celem jest poprawa profilaktyki zdrowia psychicznego i wsparcie osób cierpiących z powodu chorób psychicznych.

Pomimo tego w Polsce zdrowie psychiczne nadal jest niedoceniane i uważane za mniej priorytetowe niż inne choroby niezakaźne. Sytuacja społeczna chorych nie zmienia się od lat. Osoby cierpiące z powodu schizofrenii nadal zbyt często wyłączeni są z życia społecznego, a ciężar opieki nad pacjentem spada przede wszystkim na członków rodziny chorego, która dźwiga materialne, emocjonalne i społeczne konsekwencje tej choroby. Według danych przedstawionych w raporcie na każdego pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią przypada około 10 osób z jego najbliższego otoczenia bezpośrednio dotkniętych konsekwencjami choroby. Należy przy tym pamiętać, że schizofrenia dotyczy ludzi stosunkowo młodych, a dodatkowo jej przewlekły charakter powoduje, że obciążenie rodziny trwa wiele lat i nie pozostaje bez wpływu na kondycję zdrowotną opiekunów.

Powrót do zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi to długotrwały i złożony proces, w którym bardzo istotne jest kompleksowe podejście obejmujące nie tylko leczenie farmakologiczne, lecz także psychoedukację, psychoterapię oraz terapię zajęciową lub podjęcie pracy zawodowej. Jest to kierunek oczekiwany przez wszystkie środowiska działające dla dobra pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w którym powinna również zmierzać polityka zdrowotna i społeczna państwa.

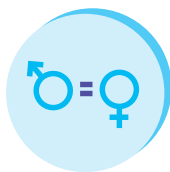
CO TO JEST SCHIZOFRENIA?

SCHIZOFRENIA TO POWAŻNE ZABURZENIE PSYCHICZNE WPŁYWAJĄCE NA ZDOLNOŚĆ JASNEGO MYŚLENIA I POSTRZEGANIA, WYRAŻANIA EMOCJI, PODEJMOWANIA DECYZJI ORAZ RELACJE Z INNYMI. CHOROBA DOTYKA GŁÓWNIEMIE LUDZI MŁODYCH, POWAŻNIE ZABURZAJĄC ICH KONTAKT Z RZECZYWISTOŚCIĄ. SYSTEMATYCZNE LECZENIE OPARTE O WSPÓŁPRACĘ Z LEKARZEM I OPIEKUNEM POZWALA WIELU OSOBOM WRÓCIĆ DO NORMALNEGO ŻYCIA.

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, która dotyka ponad 50 mln ludzi na świecie. Przyczyny rozwoju psychozy nie są do końca poznane. Jest ona następstwem złożonych interakcji pomiędzy czynnikami dziedzicznymi, indywidualnymi (np. umiejętności radzenia sobie ze stresem) oraz środowiskowymi (m.in. emigracja, życie w dużym mieście, ciężkie przeżycia, nałogi).^[1]

U podłoża choroby leży zaburzenie równowagi biochemicznej mózgu (przede wszystkim nieprawidłowości aktywności układu dopaminergicznego w mózgu), objawiające się zakłóconym postrzeganiem rzeczywistości, a tym samym nieprawidłowym odbieraniem świata. Osoby chore na schizofrenię i niepoddane terapii całkowicie izolują się od otoczenia, tracą przyjaciół, możliwość nauki, wykonywania pracy zawodowej oraz zdolność skutecznego porozumiewania się. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) świadomość i zdolności intelektualne osób chorych są na ogół utrzymane, jednak w miarę upływu czasu mogą wystąpić pewne deficyty poznawcze.^[2]

SCHIZOFRENIA CECHUJE SIĘ WIELOMA OBJAWAMI, KTÓRE U KAŻDEGO PACJENTA MOGĄ ROZWIJAĆ SIĘ INACZEJ I WYSTĘPOWAĆ Z RÓŻNYM NASILENIEM. ZDANIEM LEKARZY PSYCHIATRÓW SCHIZOFRENIA JEST CHOROBA O WYSOCE ZINDYWIDUALIZOWANYCH OBJAWACH – KAŻDY PACJENT MA SWOJĄ CHOROBE.



Kobiety i mężczyźni chorują z porównywalną częstością.

Schizofrenia występuje w podobnym stopniu we wszystkich grupach etnicznych na całym świecie.



Schizofrenia to choroba wieloczynnikowa, ma podłoże zarówno genetyczne, jak i środowiskowe i nie ma sposobu, aby przewidzieć, kto będzie chory, a kto nie.

PAMIĘTAJ - nikt nie jest winny temu, że zachorował.



Badania dowodzą, że przyczyną schizofrenii są zaburzenia równowagi biochemicznej w mózgu. Według naukowców schizofrenię może wywoływać zbieg czynników genetyczno-środowiskowych.



Schizofrenia, prowadzi do rozwoju niepełnosprawności u większej liczby ludzi młodych niż inne znane choroby.

<http://www.invegasustenna.com/about-schizophrenia>



Schizofrenię najprawdopodobniej powodują zaburzenia wydzielania dopaminy – jej nadmiar lub niedobór.



Najczęstszą postacią omamów są omamy słuchowe – osoby chore słyszą głosy.



Chory silnie wierzy, że jego myśli dostępne są innym osobom lub ktoś wkłada im myśli do głowy.



Wypowiedzi chorego stają się pogmatwane, niekomunikatywne. Dochodzi do dezorganizacji myślenia.



Urojenia paranoidalne – nieprawdziwe przekonania o rzeczywistości, niespójne i czasami absurdalne.



Chory traci kontakt z rzeczywistością, żyje we własnym świecie

Schizofrenia to nie jedno schorzenie, lecz wiele współistniejących chorób nazwanych mianem psychoz schizofrenicznych. W praktyce klinicznej podstawą rozpoznania schizofrenii jest pojawienie się objawów schizofrenicznych utrzymujących się co najmniej 1 miesiąc, do których należą:

OBJAWY WYTWÓRCZE

nazywane również objawami pozytywnymi (m.in. urojenia, zaburzenia struktury myślenia, doznania omamowe),

OBJAWY UBYTKOWE

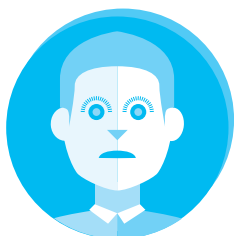
lub inaczej objawy negatywne (m.in. trudności w komunikacji, brak własnej woli, beczyność, sptyczenie ekspresji emocji, utrata zainteresowań relacjami społecznymi, spadek motywacji, ograniczenie przeżywania radości, apatia, spowolnienie ruchowe, mniejsza dbałość o siebie)

OBJAWY DEZORGANIZACJI PSYCHICZNEJ

trudności w zrozumieniu otoczenia, postępowania ludzi, ich wypowiedzi. [3]

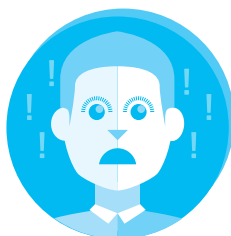
Wyszczególnione typy choroby nie są do końca odrębnymi jej postaciami, gdyż różnią się wyłącznie przewagą pewnych grup objawów. Ponadto, w wieloletnim przebiegu choroby, postaci te mogą przechodzić jedna w drugą. [4]

W ZALEŻNOŚCI OD NASILENIA ORAZ DOMINACJI POSZCZEGÓLNYCH
OBJAWÓW WYRÓŻNIA SIĘ 6 TYPÓW SCHIZOFRENII:^[2]



PROSTA

brak objawów wytwórczych,
powolne lecz postępujące
pogarszanie się codziennego
funkcjonowania pacjenta,
depresja, poczucie osamotnienia



PARANOIDALNA

dominują omamy i urojenia,
przekonania o byciu
prześladowanym lub
o byciu ofiarą spisku



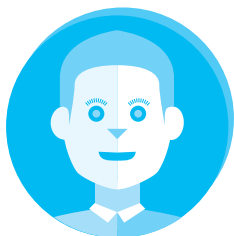
HEBEFRENICZNA

dominuje uczucie
niedostosowania i objawy
dezorganizacji: nieprzewidywalne
zachowanie, infantylność,
rozkojarzona mowa



KATATONICZNA

dominuje zahamowanie ruchowe,
chory nie nawiązuje kontaktu
z otoczeniem, pozostaje
w skrajnym bezruchu



REZYDUALNA

dominują tzw. przewlekle
objawy resztkowe o stabilnym
i niewielkim nasileniu

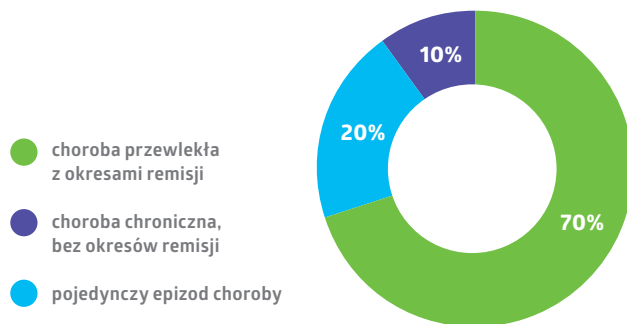


NIEZRÓŻNICOWANA

brak przewagi jednych
objawów nad innymi
i ich zmienność

Wykres 1.
Odsetek pacjentów z danym typem przebiegu schizofrenii

Falkai 2005; Wright 2008 [5, 6]



W większości przypadków przebieg schizofrenii ma charakter nawracający, okresowo pojawiają się zaostrzenia choroby poprzedzone okresami poprawy. U części chorych pomiędzy okresami choroby objawy ustępują niemal całkowicie, natomiast u innych choroba przebiega w sposób przewlekły i wciąż postępujący, z okresowymi zaostrzeniami. Rozpoznanie schizofrenii nie dla wszystkich może oznaczać przewlekłą, trwającą wiele lat chorobę, około 20% chorych doświadczy tylko jednego ostrego epizodu tej psychozy (por. Wykres 1).^[4]

OBJAWY:



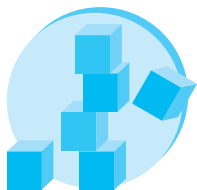
problemy z rozróżnieniem rzeczywistości od własnych urojeń i halucynacji



upośledzenie zdolności jasnego myślenia



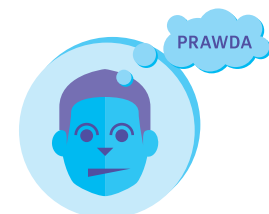
zaburzenia emocjonalne



zdezorganizowane zachowanie



halucynacje (omamy)



urojenia

W naturalnym przebiegu choroby wyodręb-
nia się 4 fazy: fazę ostrego epizodu, remisji,
nawrotu i późnej stabilizacji. Faza ostrego epi-
zodu w przypadku około 60–70% zachorowań
następuje przed 30. r.ż., objawy rozwijają się
bardzo szybko, a do ich pełnego rozwinięcia
wystarczy niecałe pół roku.

Chory w fazie ostrego epizodu doświadcza
szeregu objawów, takich jak: halucynacje,
urojenia, lęk, zaburzenia myślenia, dezorgani-
zacja działań, pobudzenie lub osłabienie, apa-
tia, osłabienie woli, utrata wigoru i inicjatywy.
W okresie tym rodzina i najbliżsi z otoczenia
chorego odgrywają ogromną rolę – **kluczowe
jest bowiem wczesne rozpoznanie choroby
i jak najszybsze rozpoczęcie leczenia.**
Niestety, w Polsce leczenie schizofrenii
na ogół wdrażane jest ze znacznym opóź-
nieniem. U ponad połowy chorych okres po-
między wystąpieniem pierwszych objawów
choroby a rozpoczęciem leczenia wynosi oko-
ło 1 roku. W tym czasie objawy choroby są
już znacznie nasilone, a skuteczność leczenia
farmakologicznego mniejsza. ^[21]

Zbyt długi okres oczekiwania na konsultację
psychiatryczną może prowadzić do eskalacji
objawów, a w konsekwencji będzie przyczyną
hospitalizacji pacjenta. Po fazie ostrego epizo-
du występuje faza remisji polegająca na zde-
cydowanej poprawie stanu zdrowia. Objawy
choroby ujawniają się w mniejszym stopniu,



LECZENIE SCHIZOFRENII
JEST DŁUGOTRWĄŁE, CZĘSTO
WIELOLETNIE, I NAJBARDZIEJ
SKUTECZNE, JEŚLI ROZPOCZĘTE
JEST WE WCZESNYM OKRESIE
ROZWOJU CHOROBY.

KRÓTKI CZAS OD WYSTĄPIENIA
PIERWSZYCH OBJAWÓW DO WŁĄCZENIA
LECZENIA POZWAŁA NA SZYBKĄ
POWRÓT PACJENTA DO NORMALNEGO
FUNKCJONOWANIA.

są łagodniejsze lub w ogóle nie występują, poprzez co znacznie poprawia się funkcjonowanie osoby chorej. Niestety u większości osób dochodzi do nawrotu choroby. Rodzaj objawów występujących w trakcie nawrotów często nie różni się od tych pojawiających się w okresie pierwszego epizodu, jednak ich siła i długość trwania może być różna. [4] Każdy kolejny nawrót wpływa na dalsze pogorszenie się stanu pacjenta oraz w istotny sposób obniża poziom jego funkcjonowania w społeczeństwie (dobrze uwidacznia to Rysunek 2 i zielony fragment wykresu). Większość nawrotów występuje w ciągu 5 lat od wystąpienia pierwszego epizodu schizofrenii – skumulowana częstość występowania wynosi 82% – a za ich główną przyczynę uważa się brak przyjmowania leków. [7, 8] Ostatnią fazą choroby jest późna stabilizacja, w której przebieg choroby znacznie łagodnieje. Zgodnie z doniesieniami badań faza ta następuje głównie u osób po 50. r.ż. [4]

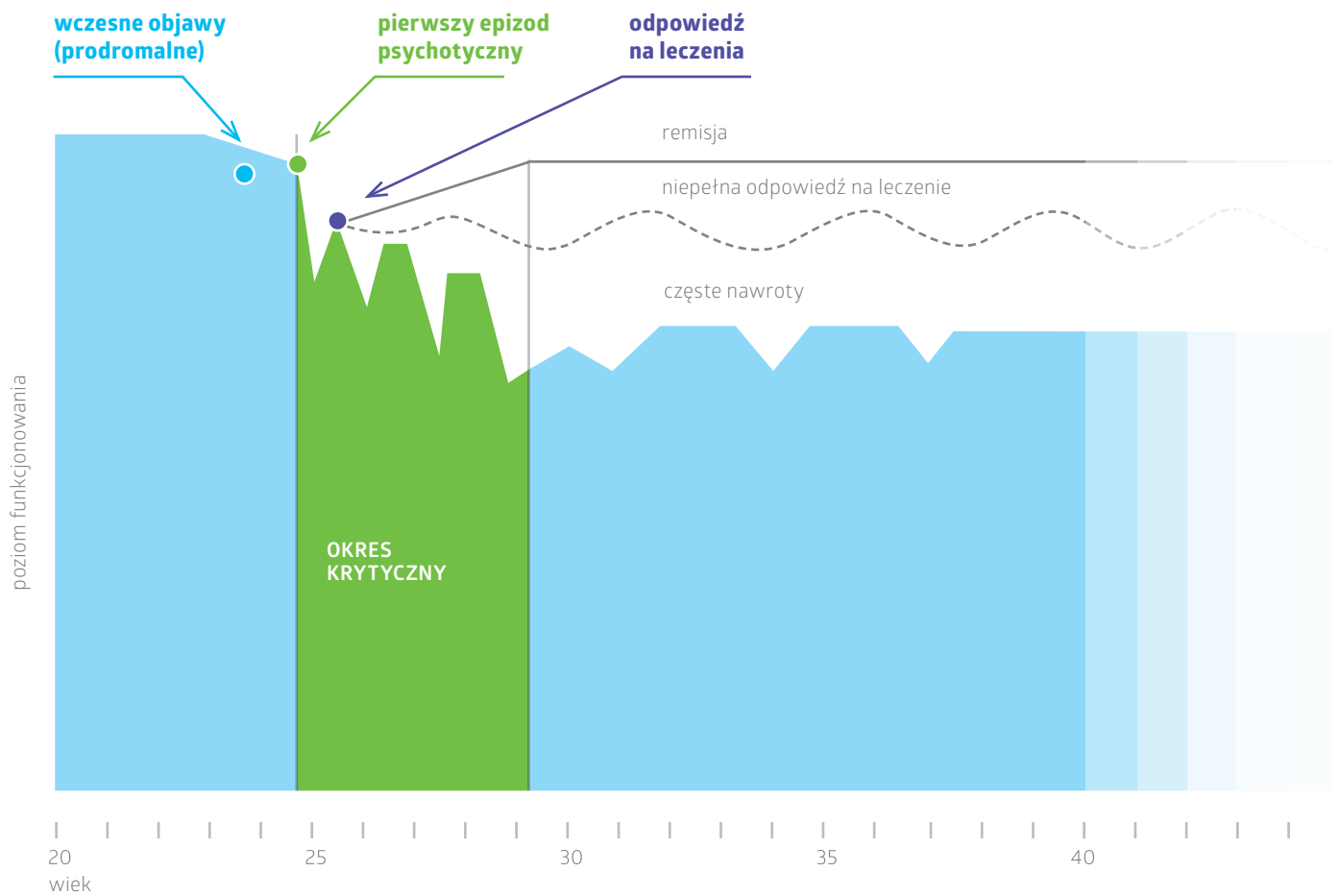
IDEALNA TERAPIA
TO TERAPIA ŁĄCZĄCA FARMAKOTERAPIĘ
Z PSYCHOTERAPIĄ PROWADZĄCĄ
DO ZNACZĄCEGO ZMNIEJSZENIA
CZY TEŻ ZLIKWIDOWANIA OBJAWÓW,
ZAPOBIEGANIA NAWROTOM, ALE TAKŻE
ZAPEWNIAJĄCĄ PACJENTOM POWRÓT
DO NORMALNEGO FUNKCJONOWANIA
W SPOŁECZEŃSTWIE.

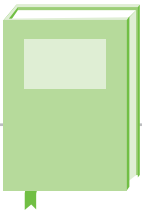
Czas trwania poszczególnych okresów zależy od postawy pacjenta, jego rodziny i nastawienia do leczenia. [3] Brak świadomości choroby, wiary w rezultaty leczenia, nadmiernie krytyczne albo emocjonalne podejście do chorego, a także nadopiekuńczość ze strony bliskich skutkują niestosowaniem się do zaleceń lekarskich oraz wzrostem poziomu stresu zarówno u chorego, jak i jego opiekunów. [11, 12]

Rysunek 2. Różnorodna odpowiedź na leczenie

na podstawie Birchwood 1998

Skuteczne kontrolowanie objawów jest niezwykle cenne, umożliwia powrót do normalnego życia (rodzinnego, społecznego i zawodowego).





DONIESIENIA NAUKOWE:
SCHIZOFRENIA PROWADZI DO SKRÓCENIA
ŻYCIA O 10–20 LAT. W GRUPIE PACJENTÓW
DOTKNIĘTYCH CHOROBAŃ RYZYKO ZGONU JEST
PONAD 2,5 RAZY WIĘKSZE W ODNIESIENIU
DO POPULACJI OSÓB ZDROWYCH, GŁÓWNI
ZE WZGLĘDU NA 12-KROTNI
ZWIĘKSZONE
RYZYKO SAMOBÓJSTWA ORAZ ZWIĘKSZENIE
RYZYKA ROZWOJU CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA
I UKŁADU ODDECHOWEGO.

Źródło: Chesney 2014 [15], Saha 2007 [16]

W konsekwencji prowadzi to u pacjenta do ostrych nawrotów psychozy, depresji, a nawet samobójstwa. ^[11] Szacuje się, iż samobójstwo jest przyczyną śmierci 5–10% pacjentów dotkniętych schizofrenią, a do głównych czynników ryzyka należą poczucie beznadziejności, depresja oraz liczba przyjęć do szpitala. ^[13, 14] Pogarszający się stan pacjentów oraz długotrwała opieka nad nimi rzutuje na stan psychiczny opiekunów, u których w konsekwencji może dojść do rozwoju depresji, nerwic wymagających nawet leczenia szpitalnego. ^[12]

Odpowiednio dobrana terapia, która nie powinna ograniczać się wyłącznie do leczenia farmakologicznego, lecz dodatkowo obejmować psychoterapię, psychoedukację, rehabilitację, terapię zajęciową oraz wsparcie dla opiekunów pacjenta, stanowi warunek sukcesu terapeutycznego.

Im wcześniej pacjent i jego bliscy zostaną objęci taką formą pomocy, tym większe szanse na powodzenie terapii i powrót chorego do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Nowoczesne leczenie jest ukierunkowane i kompleksowe, za główny cel stawia poprawę zdolności funkcjonowania, jakości życia chorego oraz zmniejszenie niekorzystnego wpływu choroby na pacjenta i jego rodzinę.



REALISTYCZNE OCZEKIWANIA I NADZIEJA NA PRZYSZŁOŚĆ

*Całkowite wyzdrowienie zdarza się u około jednej osoby na cztery, natomiast u większości pozostałych przypadków, w trakcie leczenia można uzyskać znaczną redukcję nasilenia objawów oraz poprawę samopoczucia na różnym poziomie

01

KTO CHORUJE NA SCHIZOFRENIĘ?

SCHIZOFRENIA JEST CHOROBA PSYCHICZNA, KTÓRA DOTYKA OKOŁO 1 NA 100 OSÓB NA ŚWIECIE. SZACUJE SIĘ, IŻ W EUROPIE NA SCHIZOFRENIĘ CHORUJE OD 0,7% DO 1% POPULACJI, ZAŚ CO ROKU ROZPOZNAJE SIĘ OKOŁO 15 NOWYCH PRZYPADKÓW NA 100 000 OSÓB. NA SCHIZOFRENIĘ MOŻE ZACHOROWAĆ KAŻDY, JEDNAK NAJCZĘŚCIEJ ROZPOZNAJE SIĘ JĄ U LUDZI MŁODYCH (PONAD POŁOWA ZACHOROWAŃ ROZPOCZYNA SIĘ PRZED 30. ROKIEM ŻYCIA), ZE ZBLIŻONĄ CZĘSTOŚCIĄ U KOBIET I U MĘŻCZYZN. [1, 17, 18]

W Polsce nie przeprowadzono dotychczas badań epidemiologicznych nad schizofrenią. Brak jest także centralnego rejestru chorych na schizofrenię, dlatego na podstawie różnych źródeł szacuje się, iż liczba chorych mieści się w przedziale 335 000–385 000, z czego połowa to pacjenci niezdiagnozowani, a tym samym nieotrzymujący właściwej opieki.

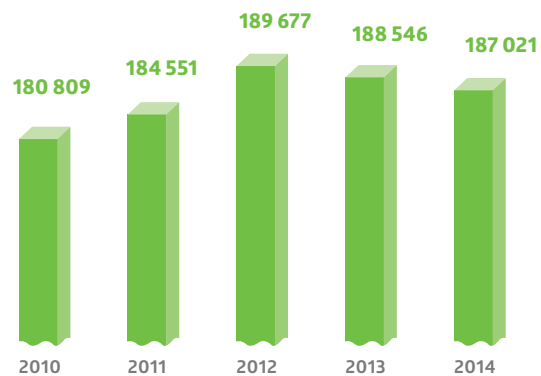
Szacunki te zgodne są z najaktualniejszymi danymi dotyczącymi liczby pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (F20) pochodzącymi z baz NFZ na lata 2010–2014. W roku 2010 NFZ sfinansował świadczenia dla 180 809 pacjentów z tym rozpoznaniem. W kolejnych latach liczba pacjentów ulegała nieznacznym wahaniom, przy czym w ciągu 5 lat liczba leczonych pacjentów z rozpoznaniem F20 wzrosła o 3,4% - do 187 021 (por. Wykres 2). Jednocześnie w danym okresie zaobserwowano spadek liczby hospitalizacji pacjentów ze schizofrenią o blisko 10%, z 57 930 do 52 387 rozliczonych przez NFZ hospitalizacji.^[19] Przyczyną redukcji przyjęć szpitalnych może być stopniowe przechodzenie funkcjonującego w Polsce systemu opieki psychiatrycznej od lecznictwa w dużych samodzielnych szpitalach psychiatrycznych, do modelu psychiatrii środowiskowej. W modelu tym przykładą się szczególną wagę do ograniczania leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach szpitalnych na rzecz opieki w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym, w którym chorzy na co dzień funkcjonują.^[18]

Liczba osób w Polsce, u których rocznie diagnozuje się schizofrenię

źródło: opracowane na podstawie danych IPIN 2009



Wykres 2.
Liczba pacjentów w Polsce z diagnozą F20 leczonych w ramach umów z NFZ



Pacjentów ze schizofrenią jest stosunkowo dużo w porównaniu do grup pacjentów dotkniętych innymi znanymi chorobami przewlekłymi. Znikoma świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych oraz narastające uprzedzenia i stereotypy, prowadzą jednak do stygmatyzacji tych chorób, a w konsekwencji do dyskryminacji i wykluczenia zarówno chorych, jak i instytucji organizujących pomoc w chorobach psychicznych.

Pomimo, iż w Polsce działa kilkanaście organizacji zrzeszających pacjentów ze schizofrenią lub ich rodziny i organizacje te działają prężnie i skutecznie na poziomie lokalnym, mając realny wpływ na codzienne życie chorych, pozostają one niezauważone przez decydentów. Pacjenci chorujący na schizofrenię, zbyt zagubieni w swoim życiu, nie są tak aktywni i medialni w walce o swoje prawa czy o zwiększenie nakładów na nowe leki, jak np. osoby chore na stwardnienie rozsiane czy mukowiscydozę.

Chorobowość schizofrenii na tle innych chorób (dane polskie):

187 000 SCHIZOFRENIA

60 000 WIRUSOWE ZAPALENIE
WĄTROBY TYPU C

60 000 STWARDNIENIE
ROZSIANE

5000 CHOROBA
LEŚNIEWSKIEGO I CROHNA

2000 MUKOWISCYDOZA

**Schizofrenia
jest chorobą
przewlekłą, która
dotyka ponad
50 mln
LUDZI na świecie.**

02

KIM JEST OPIEKUN CHOREGO NA SCHIZOFRENIĘ?

CHOROBA NAJBLIŻSZEJ OSOBY JEST TRUDNYM DOŚWIADCZENIEM, NIE TYLKO DLA CHOREGO, ALE RÓWNIEŻ DLA POZOSTAŁYCH CZŁONKÓW RODZINY, NA KTÓRYCH TO NAJCZĘŚCIEJ SPADA CIĘŻAR OPIEKI NAD CHORYM.

RODZINA DŹWIGA MATERIALNE, EMOCJONALNE I SPOŁECZNE KONSEKWENCJE CHOROBY, KTÓRE W ZNACZNYM STOPNIU WPŁYWAJĄ NA OBCIĄŻENIE PSYCHICZNE JEJ CZŁONKÓW (STRES, DEPRESJA, NERWICE). [11]

OBCIĄŻENIE RODZINY JEST JESZCZE WIĘKSZE, GDY JEST TO CHOROBA PSYCHICZNA I W DODATKU PRZEWLEKŁA.

OPIEKUN – CHARAKTERYSTYKA

Opiekunem osoby chorej na schizofrenię jest zwykle członek rodziny, osoba zaangażowana w proces terapeutyczny chorego oraz udzielająca mu różnego rodzaju pomocy m.in. wsparcia finansowego, sprawująca kontrolę nad procesem leczenia oraz pomagająca w pracach domowych.

W celu przedstawienia profilu polskiego opiekuna oraz jego istotnej funkcji w procesie terapeutycznym osoby ze schizofrenią, przeprowadzono badanie ankietowe „Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią” wśród 100 opiekunów osób chorych.

Zgodnie z wynikami badania rolę głównego opiekuna w większości przypadków sprawują kobiety (78%), średnio w wieku 51 lat (por. Wykres 3). Wyniki badania potwierdzają istotną rolę rodziny w opiece nad chorym, gdzie opiekunem w pierwszej kolejności jest rodzic chorego (46%) a w drugiej mąż / żona / partner / partnerka (26%) (por. Wykres 4). Z racji wysokiego stopnia pokrewieństwa w większości przypadków opiekunowie mieszkają razem z osobą chorą (81%). W przeważającej większości są to osoby pracujące zawodowo (68%), którym opieka zajmuje średnio 34 godziny tygodniowo, co stanowi aż 85% kolejnego etatu. [21] Wyniki te korespondują z danymi dostępnymi w innych badaniach polskich oraz światowych. [22-24]

78%

OPIEKUNÓW
TO KOBIETY



51 LAT

ŚREDNIA
WIEKU OPIEKUNA

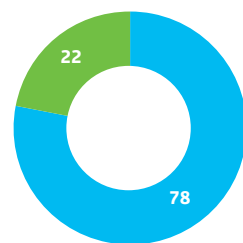
CZĘŚĆ NAUKOWCÓW PORÓWNUJE PROCES, JAKI ZACHODZI W RODZINACH Z CHORYM NA SCHIZOFRENIĘ, DO PROCESU PODCZAS REAKCJI PRZEDŁUŻONEJ ŻAŁOBY. UWAŻAJĄ ONI, ŻE BLISKA I KOCHANA OSOBA, KTÓRA WCIAŻ ŻYJE, ALE BRAK Z NIĄ KONTAKTU, POZOSTAWIA NAJBLIŻSZYCH W WYJĄTKOWO BOLESNYM ODCZUCIU OSAMOTNIENIA.

źródło: Chuchra 2009 [20]

Wykres 3.
Charakterystyka polskiego opiekuna na podstawie wyników badania ankietowego
„Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią”

Płeć opiekuna (%)

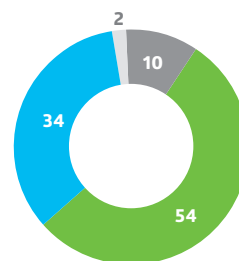
Jakiej płci jest opiekun?



● Kobieta
● Mężczyzna

Wykształcenie opiekuna (%)

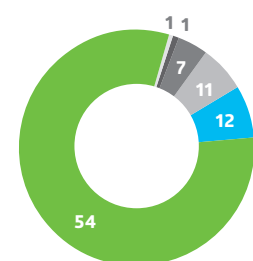
Jaki jest poziom wykształcenia opiekunów?



● Podstawowe
● Zawodowe
● Średnie
● Wyższe

Sytuacja zawodowa opiekuna (%)

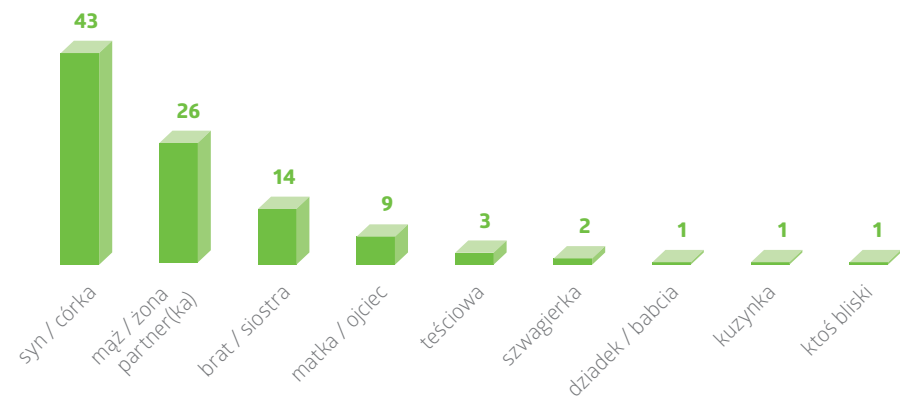
Jaka jest sytuacja zawodowa opiekunów?



● Uczeń/student
● Niepracujący(a)
● Emeryt(ka)
● Rencista(ka)
● Pracujący(a)
● Opiekun osoby niepełnosprawnej

Wykres 4.
Relacja pacjenta z opiekunem (%) na podstawie wyników badania ankietowego
„Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią”

Kim jest dla opiekuna osoba chora?



OBCIĄŻENIE OPIEKUNÓW

Osoby zaangażowane w opiekę nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi często ponoszą niekorzystne konsekwencje sprawowanego nadzoru. Konsekwencje te mają zarówno wymiar obiektywny, jak np. dodatkowe obciążenia finansowe wynikające z bycia opiekunem, jak i subiektywny – związany z dyskomfortem psychicznym oraz jakością życia.

Obciążenie obiektywne w sferze zawodowej, jak wskazują wyniki badania ankietowego „Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią”, dotyka 25% opiekunów, którzy w związku z pełnioną funkcją, zmuszeni byli zmniejszyć liczbę godzin pracy zawodowej średnio o 1/3. [21] Co więcej, opieka nad osobą chorą generuje wysokie koszty (wynoszące średnio 568 zł/miesiąc), co w kontekście zmniejszenia liczby godzin pracy, przyczynia się do znacznego obciążenia finansowego. [21, 22] Wśród opiekunów obserwuje się także znacząco wyższy odsetek przypadków nieefektywnej obecności w pracy (*ang. presenteeism*) (30% vs 17,5%) w stosunku do osób, które nie opiekują się chorym. [26] Opiekunowie doświadczają również pogorszenia stanu zdrowia oraz istotnie zwiększa się w tej grupie liczba hospitalizacji i wizyt na oddziale pomocy doraźnej. [21, 22]



ZESPÓŁ WYPALENIA (*ang. burnout syndrom*)
JEST STANEM FIZYCZNEGO I PSYCHICZNEGO
WYCZERPANIA, POJAWIAJĄCEGO SIĘ W WYNIKU
DŁUGOTRWAŁEGO UTRZYMYWANIA SIĘ
NEGATYWNYCH UCZUĆ.
OSOBY ZAANGAŻOWANE W DŁUGOTRWAŁE
UDZIELANIE POMOCY STANOWIĄ GRUPĘ NAJBARDZIEJ
NARAŻONĄ NA WYSTĄPIENIE ZESPOŁU WYPALENIA
(LEKARZE, TERAPEUCI, PIELĘGNIARKI, OPIEKUNOWIE).

Największe obciążenie opiekunowie odczuwają jednak w wymiarze subiektywnym. Opieka nad przewlekle chorym, wymagająca zaangażowania, poświęceń i wyrzeczeń, często wiąże się ze zmęczeniem i funkcjonowaniem w ciągłym stresie, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju „zespołu wypalenia” z dużym nasileniem objawów depresyjnych i lękowych. [27]

Wśród opiekunów obserwuje się wyraźny spadek jakości życia, głównie w sferze zdrowia psychicznego i w funkcjonowaniu społecznym. [28, 29] Około 12–18% opiekunów jest na granicy depresji, a czynnikami zwiększającymi ryzyko jej rozwoju są: młody wiek chorego, niski poziom wykształcenia opiekuna oraz nasilenie objawów chorobowych. [30]

JEŚLI JESTEŚ LEKARZEM OSOBY ZE SCHIZOFRENIĄ...

ZAPYTAJ JEJ OPIEKUNA O STAN ZDROWIA,
BYĆ MOŻE WYSTĄPIŁY U NIEGO PIERWSZE
OBJAWY DEPRESJI. JEST ON „CICHYM PACJENTEM”
NIE ZGŁASZA OBJAWÓW, A JEGO WIZYTY
LEKARSKIE W WIĘKSZOŚCI OGRANICZAJĄ SIĘ
DO TOWARZYSZENIA SWOIM PODOPIECZNYM.

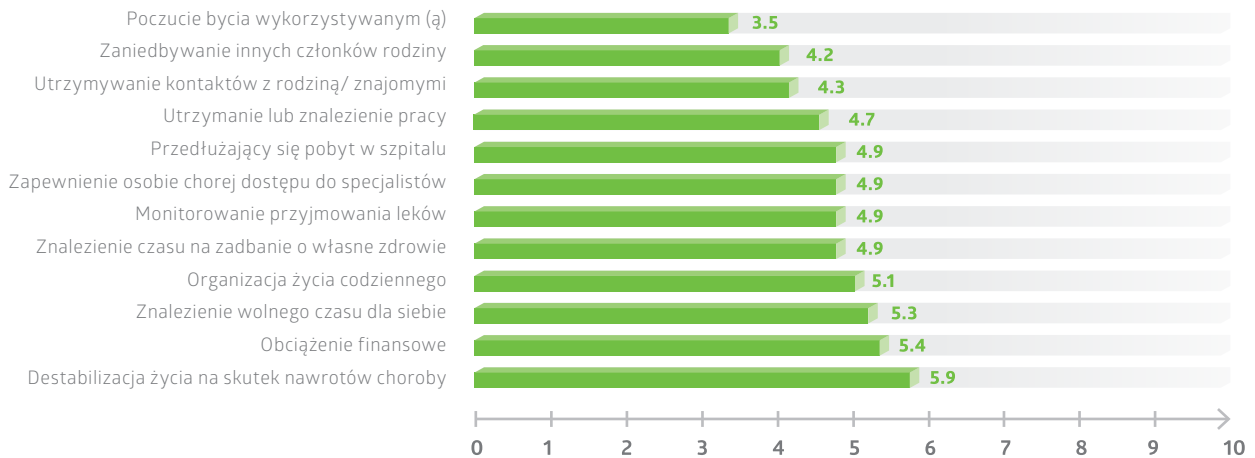
Jako obciążenie opiekunowie identyfikują także martwienie się oraz nakłanianie – czyli konieczność motywowania i mobilizowania chorego do wykonywania czynności życia codziennego. [22] Duży problem stanowi również stygmatyzacja opiekunów, co jest dodatkowym źródłem stresu oraz prowadzi do dyskryminacji i wykluczenia opiekunów z życia towarzyskiego. [28, 30]

W badaniu „Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią” opiekunowie uznali, że schizofrenia bliskiej osoby to największe źródło stresu w ich życiu, a duża część z nich doświadcza piętna społecznego związanego z tą chorobą. Długotrwała opieka nad pacjentem ze schizofrenią, wynosząca średnio 9 lat i w większości przypadków trwająca od momentu pojawienia się pierwszych objawów (52%), potęguje występowanie negatywnych odczuć u opiekunów. Chorzy to głównie osoby samotne, mające trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji, a opiekunowie to bardzo często jedyne osoby, z którymi chorzy utrzymują ciągły kontakt. Co więcej, zdecydowana większość opiekunów mieszka wraz z osobami chorymi i pozostaje ciągle narażona na sytuacje stresowe. W wyniku obciążenia, jakim jest opieka nad chorym, niemal 25% ankietowanych korzystało z pomocy psychiatry lub psychologa, w celu lepszego radzenia sobie z narastającymi trudnościami i problemami. Za najbardziej uciążliwy czynnik związany z opieką uznano: destabilizację życia na skutek nawrotów choroby wymagających pobytu w szpitalu, obciążenia finansowe, brak czasu wolnego dla siebie oraz konieczność przeorganizowania życia codziennego (por. Wykres 5). [21]

Wykres 5. Czynniki wpływające na obciążenie opiekunów

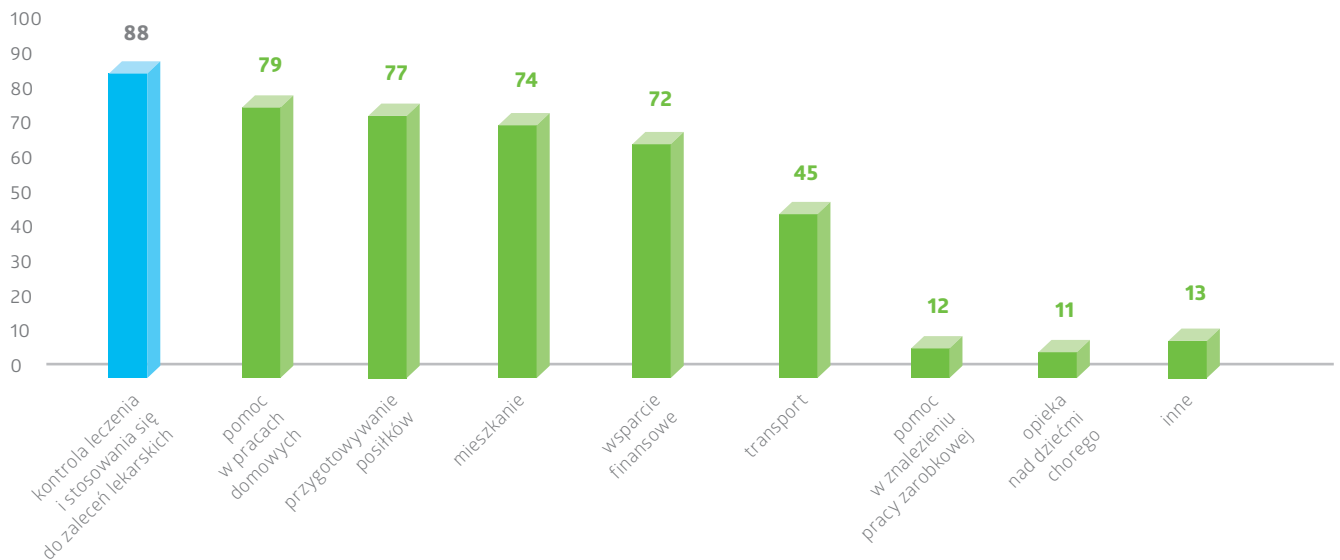
Pytanie: W opiece nad osobą chorą na schizofrenię opiekunowie spotykają się z różnymi obowiązkami, problemami i trudnymi sytuacjami. Proszę powiedzieć, na ile są one dla Pana(i) uciążliwe, posługując się skalą od 0 do 10.

Średnia ocena w skali od 0-10



Wykres 6. Rodzaje wsparcia udzielanego osobom chorym (%)

Ankieta: Jakich rodzajów pomocy udziela Pan(i) tej osobie?



ROLA OPIEKUNA W LECZENIU PACJENTA ZE SCHIZOFRENIĄ

Opieka w naturalnym środowisku pacjenta obok farmakoterapii i psychoedukacji stanowi kluczowy element leczenia. Wielu specjalistów uważa, że rodzinę/opiekunów pacjenta zawsze powinno się uwzględniać w planowaniu strategii leczenia oraz włączyć w proces psychoedukacji i terapii.

Rodziny zaangażowane w proces terapeutyczny stają się pomocne w dbaniu o przestrzeganie zasad terapii, zapobieganiu nawrotom oraz reedukacji pacjenta w zakresie umiejętności społecznych. Stanowią niejako filar systemu leczenia osób ze schizofrenią.^[31]

NAJLEPSZE WYNIKI LECZENIA OSIĄGANE SĄ WÓWCZAS, GDY NA SUKCES LECZENIA ZGODNIE WSPÓŁPRACUJĄ PACJENT, LEKARZ I RODZINA.

Akceptacja, szacunek i wsparcie emocjonalne pomagają w pokonywaniu cierpienia związanego z chorobą oraz kształtują w chorym chęć do podjęcia lub kontynuowania leczenia. Rodziny stają się pośrednikiem pomiędzy pacjentem a lekarzem. Wspierają zarówno działania terapeutyczne lekarza, jak i kreują w chorym aktywną postawę w terapii. Najlepsze wyniki leczenia osiągnięte są wówczas, gdy na sukces leczenia zgodnie współpracują pacjent, lekarz i rodzina. Trójstronna, rzetelna i oparta na zaufaniu współpraca znacznie ułatwia skuteczną walkę z chorobą oraz umożliwia lepsze poznanie przebiegu choroby, co z kolei przekłada się na jakość i komfort życia chorego i całej jego rodziny.^[32]

Istotność roli opiekuna w poprawie współpracy pacjenta chorego na schizofrenię znalazła potwierdzenie w wielu badaniach naukowych, które dowodzą, iż wsparcie rodziny przy przyjmowaniu leków i stabilna sytuacja życiowa skutkują lepszym stosowaniem się do zaleceń lekarskich.^[33] Wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego wskazują na wysokie zaangażowanie opiekunów w proces terapeutyczny chorego. Co więcej, ich rola opiera się nie tylko na kontroli leczenia i stosowania się do zaleceń lekarskich (88%), ale także na pomocy w pracach domowych (79%), przygotowywaniu posiłków (77%), wsparciu mieszkalnym (74%) i finansowym (72%) (por. Wykres 6).^[21]



Na każdego pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią przypada około 10 osób z jego najbliższego otoczenia bezpośrednio dotkniętych konsekwencjami choroby. Może to prowadzić do wielu negatywnych skutków, takich jak: pogorszenie się wzajemnych relacji, utrudnienia w podejmowaniu koniecznych decyzji związanych z zapewnieniem opieki choremu, zwiększenie obciążenia oraz stres związany z zaistniałą sytuacją chorobową.

Źródło: Schizofrenia. Poradnik [25]

03

JAKA JEST ROLA WSPÓŁPRACY W LECZENIU SCHIZOFRENII?

**NAWIĄZANIE NICI POROZUMIENIA,
GDZIE OBIE STRONY WŁĄCZAJĄ SIĘ
INTELEKTUALNIE I EMOCJONALNIE
W PROCES LECZENIA, ORAZ WSPÓLNE
UZGODNIENIE CELÓW WSPÓŁPRACY,
STANOWI ISTOTĘ DOBREJ RELACJI
NA LINII PACJENT - LEKARZ.**

ROLA WSPÓŁPRACY PACJENTA Z LEKARZEM W LECZENIU

Kluczowym aspektem w leczeniu schizofrenii jest osiągnięcie zadowalającego poziomu współpracy z pacjentem, gdyż niejednokrotnie wyniki leczenia bardziej zależą od tego, czy i jak pacjent przyjmuje lek, niż od jego skuteczności. Przestrzeganie zaleceń (*ang. adherence, compliance*) jest najbardziej istotną kwestią w terapii schizofrenii i podstawowym warunkiem osiągnięcia korzyści z leczenia.

Nawiązanie nici porozumienia, gdzie obie strony włączają się intelektualnie i emocjonalnie w proces leczenia, oraz wspólne uzgodnienie celów współpracy, stanowi istotę dobrej relacji na linii pacjent - lekarz.

Głównymi czynnikami mającymi wpływ na poziom współpracy pacjenta dotkniętego schizofrenią z lekarzem jest **demograficzny portret pacjenta** (wiek, płeć, status socjo-ekonomiczny, wykształcenie), **cechy choroby** (rozpoznanie i przebieg choroby, nasilenie objawów, obraz kliniczny schizofrenii, nadużywanie alkoholu, pamięć/funkcje poznawcze, wgląd pacjenta w chorobę, samopoczucie i inne przekonania chorego), **leczenie** (osoba i postawa lekarza, stosowany lek, hospitalizacja, wysokie koszty leczenia, duża częstość dawek leku, złożoność procedur leczniczych)

oraz **czynniki środowiskowe** (wsparcie społeczne, bariery praktyczne, takie jak: brak pieniędzy/środka transportu, edukacja pacjenta i jego rodziny).^[34, 35]

W przypadku schizofrenii brak współpracy nie jest wynikiem lenistwa pacjenta czy jego opiekunów, a spowodowany może być przez samą chorobę. Pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych, z deficytem uwagi i pamięci, mają problemy ze zrozumieniem, czego się od nich oczekuje, zapominają jak przyjmować leki. Brak zrozumienia choroby przy jednoczesnym braku akceptacji diagnozy i strachem przed stygmatyzacją prowadzi także do sytuacji, w której pacjenci nie widzą potrzeby przyjmowania leków, jest to dla nich okazaniem słabości i zależności. Myśl o chorobie zostaje w ten sposób odsunięta.^[33, 36]

W PRZYPADKU SCHIZOFRENII
**BRAK WSPÓŁPRACY NIE JEST WYNIKIEM
LENISTWA PACJENTA CZY JEGO OPIEKUNÓW,
A SPOWODOWANY MOŻE BYĆ
PRZEZ SAMĄ CHOROBE.**

FORMY NIEPRZESTRZEGANIA ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Na prawidłowe przestrzeganie zaleceń terapeutycznych składają się etapy takie jak: zrozumienie i akceptacja przez pacjenta zaleceń otrzymanych od lekarza, realizacja recepty w aptece, rozpoczęcie terapii oraz jej kontynuacja.

Na każdym z tych etapów mogą pojawić się trudności, których efektem jest niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych, obejmują one: niezrealizowanie recepty, brak lub opóźnione rozpoczęcie terapii, nieświadome jak i świadome pomijanie dawek leku, zmiana częstości dawkowania, okresowe zażywanie zmniejszonej/zwiększonej dawki leku, przerwa w stosowaniu leku, skracanie terapii, a także nieprzestrzeganie diety i brak aktywności ruchowej.

Częstym problemem w chorobach psychicznych jest brak akceptacji postawionej diagnozy czy też brak motywacji do podjęcia leczenia, czego efektem jest niezrealizowanie recepty w aptece. Co więcej, wykupienie leku również nie gwarantuje rozpoczęcia leczenia, część chorych rezygnuje z zażywania leku – np. w związku z treścią zawartą w ulotce leku lub jej objętością.^[37]



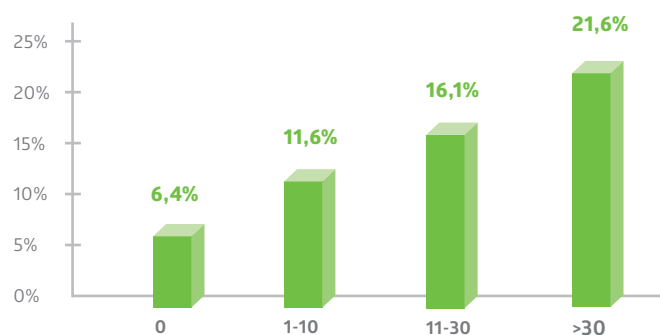
KONSEKWENCJE NIEPRZESTRZEGANIA PRZEZ PACJENTÓW ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

Nieprzestrzeżenie zaleceń terapeutycznych prowadzi do wielu niekorzystnych, a nawet tragicznych w skutkach następstw. Podstawową i bezpośrednią konsekwencją ignorowania zaleceń terapeutycznych jest brak efektów terapii i postęp choroby. [37]

Pacjenci niestosujący się do zaleceń lekarza, tj. niewspółpracujący, doświadczają zaostrzenia objawów chorobowych. Wielokrotnie rezygnacji z terapii lub niewłaściwemu jej stosowaniu towarzyszy ponowne pogorszenie funkcjonowania chorego w społeczeństwie i wśród najbliższych. Brak współpracy bywa zarówno skutkiem wzrostu niechęci pacjenta do leczenia, jak i jedną z przyczyn rozwoju tego stanu. Wśród pacjentów nieprzyjmujących leków lub przyjmujących je nieregularnie obserwuje się częstsze zgłaszanie się chorych w trybie nagłym do opieki psychiatrycznej, zwiększeniu ulega liczba oraz długość hospitalizacji, co z kolei powoduje wzrost rzeczywistych kosztów terapii i opieki nad tą grupą chorych. [33, 38] Jak wskazują wyniki badań, już kilkudniowa (1–10 dni/rok) przerwa w stosowaniu leków na schizofrenię powoduje niemal 2-krotny wzrost ryzyka nawrotu choroby i ponownej hospitalizacji (por. Wykres 7). [39]

Wykres 7.
Odsetek pacjentów poddanych hospitalizacji

Źródło: Weiden 2004 [32]



Okres nieprzyjmowania leczenia [dni/rok]

WARTO WIEDZIEĆ, ŻE...

W 2003 ROKU ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO) UMIEŚCIŁA NIESTOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH WŚRÓD NAJPOWAŻNIEJSZYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH LUDZKOŚCI I UZNAŁA JĄ ZA JEDNĄ Z GŁÓWNYCH PRZESZKÓD W OSIĄGANIU KORZYŚCI Z TERAPII.

Źródło: Sabate 2003 [40]



POMINIĘCIE
PRZYNAJMNIEJ
1 TABLETKI
W TYGODNIU,



MOŻE OZNACZAĆ
50-DNIOWĄ PRZERWĘ
W TERAPII W CIĄGU
ROKU.

ISTNIEJĄ DONIESIENIA MÓWIĄCE O TYM,
ŻE NIEKTÓRZY PACJENCI NIE PRZYJMUJĄ
LEKÓW NAWET PRZEZ

110 DNI
W ROKU.

Na podstawie badania Mahmoud 2004: okres obserwacji wynosił 1 rok, populację badaną stanowili pacjenci ze schizofrenią lub z zaburzeniami schizoafektywnymi, którzy byli leczeni atypowymi doustnymi lekami przeciwpsychotycznymi.

AŻ **62%** PACJENTÓW, KTÓRZY
DOŚWIADCZYLI NAWROTU W TRAKCIE 12 MIESIĘCY
PO PIERWSZYM EPIZODZIE PSYCHOTYCZNYM, NIE
PRZYJMOWAŁO LEKÓW ZGODNIE Z ZALECENIAMI
LEKARSKIMI.

Źródło: Morken 2008 [43]

BRAK WSPÓŁPRACY – SKALA PROBLEMU

W przypadku chorych na schizofrenię, istotna część pacjentów prezentuje problemy w zakresie współpracy w ciągu pierwszych 50 dni leczenia, a 15–25% pacjentów rezygnuje z przyjmowania leków już w ciągu pierwszych 7–10 dni po opuszczeniu szpitala. Kolejny kryzys obserwuje się po 6 miesiącach od stabilizacji choroby.

Te bardzo krótkie odstępy nie są jednak zaskakujące. W codziennej praktyce klinicznej ponowna hospitalizacja wkrótce po wypisie (w ciągu 30 dni) jest powszechna wśród osób z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii i dotyka około 25% pacjentów.^[41] W ciągu 2 lat po wypisie ze szpitala do zaleceń lekarza nie stosuje się już 75% pacjentów.^[42]

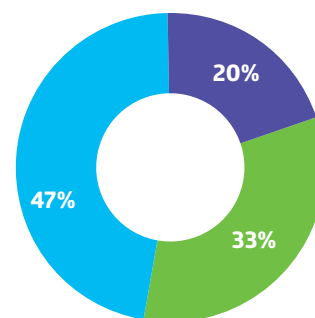
Dokładne określenie liczby pacjentów ze schizofrenią, którzy nie stosują się do zaleceń lekarskich jest jednak bardzo trudne, szczególnie w dłuższym horyzoncie czasowym. Lekarze psychiatrzy muszą opierać się na mało wiarygodnych informacjach zbieranych w wywiadzie zarówno od pacjenta, jak i jego opiekunów. Z obawy przed konsekwencjami, chorzy i ich rodziny niejednokrotnie wprowadzają lekarza w błąd i świadomie nie przyznają się, jak w rzeczywistości wygląda codzienne przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Jak wskazują wyniki szeroko zakrojonego ankietowego badania ADHES, prowadzonego zarówno wśród psychiatrów, pielęgniarek, jak i opiekunów chorych na schizofrenię, około 53% chorych należy do grupy, w której utrudnione jest współdziałanie na linii lekarz-pacjent, w tym 20% chorych uporczywie nie współpracuje z lekarzem (por. Wykres 8). W opinii psychiatrów aż 1 z 5 pacjentów przerywa całkowicie leczenie bez konsultacji z personelem medycznym. Ogólnie przyjmuje się, iż w grupie uporczywie niewspółpracujących niemal 85% chorych doświadczy zaostrzenia choroby, zaś tylko 30% z tej grupy jest w stanie wskazać niestosowanie się do zaleceń lekarza jako przyczynę tego nawrotu. Należy także zwrócić uwagę, że personel medyczny wskazuje, iż w dużej części odpowiedzialność za kontrolę stosowania się do zaleceń powinna wziąć na siebie rodzina pacjenta lub osoby bezpośrednio opiekujące się chorym, z kolei opiekunowie świadomi swojej roli wskazują, iż jest to jedna z najtrudniejszych ról, jaką muszą pełnić przy chorym.^[44–46]

Wykres 8.
Współdziałanie na linii lekarz-pacjent

Źródło: badanie ADHES [35–37]

- Pacjenci współpracujący
- Pacjenci z utrudnioną współpracą
- Pacjenci uporczywie niewspółpracujący



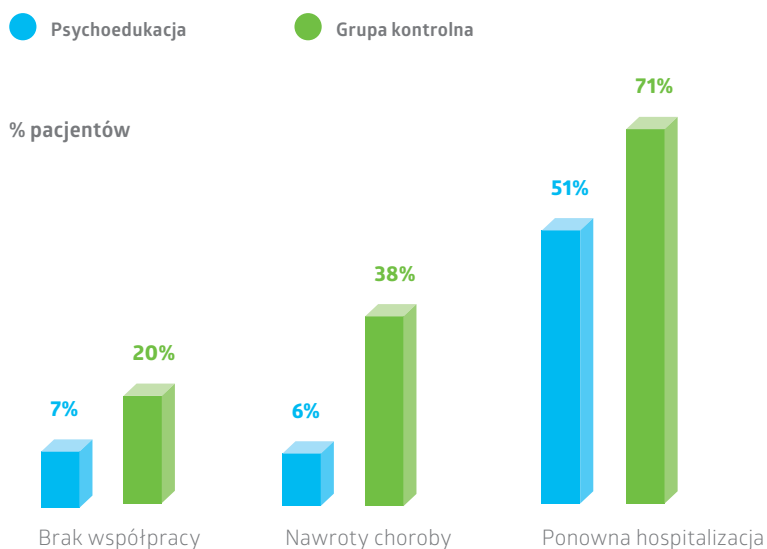
ŚWIADOMOŚĆ – PSYCHOEDUKACJA

Niedostateczny poziom współpracy często bywa wynikiem braku zrozumienia i akceptacji choroby zarówno przez chorego, jak i jego opiekunów. Osoba chora w momencie diagnozy traktuje chorobę jako wyrok, nie widzi sensu terapii i często poddaje się chorobie, co w dużej mierze wynika z braku wiedzy o chorobie i pozytywnych wynikach jej leczenia.

Budowanie świadomości wśród pacjentów i osób z ich otoczenia poprzez zwiększanie wiedzy na temat choroby, jej leczenia oraz funkcjonowania w dziedzinach związanych z leczeniem, jest czynnikiem kształtującym jakość współpracy. Psychoedukacja stanowi formę oddziaływania mającą na celu zmianę postawy i zachowania pacjenta w trakcie terapii.^[34]

Pacjent objęty programem edukacyjnym częściej stosuje się do zaleceń lekarskich, rzadziej przechodzi nawroty choroby, które mają charakter łagodniejszy, a sama hospitalizacja jest krótsza (por. Wykres 9).^[47] U pacjentów uczestniczących w zajęciach psychoedukacyjnych obserwuje się korzystny wpływ na funkcjonowanie ogólne i społeczne, jakość życia oraz satysfakcję z opieki w zakresie zdrowia psychicznego.^[47]

Wykres 9.
Wpływ psychoedukacji na poprawę współpracy pacjenta oraz redukcję nawrotów choroby i ponownej hospitalizacji.



Liczba pacjentów przyjmujących doustne leki antypsychotyczne i wykazujących jednocześnie brak współpracy lub częściową współpracę jest trudna do oszacowania, co uniemożliwia pełne rozpoznanie problemu.

04

JAK LECZYĆ SCHIZOFRENIĘ?

LECZENIE SCHIZOFRENII, CZĘSTO TRWAJĄCE PRZEZ CAŁE ŻYCIE PACJENTA, MA CHARAKTER KOMPLEKSOWY I POWINNO OBEJMOWAĆ OBOK FARMAKOTERAPII, TAKŻE PSYCHOEDUKACJĘ, PSYCHOTERAPIĘ ORAZ TERAPIĘ ZAJĘCIOWĄ.

SKUTECZNOŚĆ LEKÓW PRZECIWPSYCHOTYCZNYCH W INIEKCJACH O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU

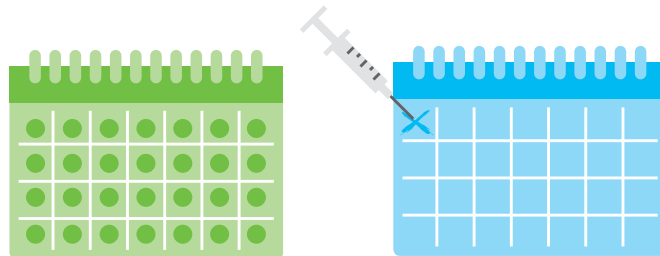
Leczenie zaburzenia o złożonym obrazie i szerokim wpływie na życie osób nim dotkniętych, jakim jest schizofrenia, wymaga wielowymiarowego podejścia – zarówno w zakresie postępowania stricte medycznego, jak i rehabilitacyjnego.

Terapia chorych na schizofrenię obejmuje leczenie zaostrzeń choroby, jak również długoterminowe leczenie podtrzymujące. Głównym celem prowadzonej terapii jest zapobieganie nawrotom choroby, zmniejszenie nasilenia objawów oraz poprawa jakości życia.

Z szerszego punktu widzenia, skuteczne leczenie, które umożliwi pacjentowi powrót do normalnego funkcjonowania, pozwala także obniżyć wskaźnik DALY (*ang. Disability-Adjusted Life Year*), czyli miarę obciążenia chorobowego społeczeństwa, wyrażoną w jednostkach czasu. Jeden DALY oznacza utratę jednego roku życia w zdrowiu wynikającą z niepełnosprawności lub przedwczesnej śmierci. Według danych zebranych przez WHO, w samym tylko 2010 roku w Polsce, ponad 92 tysiące lat życia (DALY) zostało utraconych wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu spowodowanych schizofrenią.

Sama niepełnosprawność stanowiła główne obciążenie dla społeczeństwa. W celu zobrazowania problemu wpływu schizofrenii na społeczeństwo polskie, należy wyobrazić sobie całkowitą utratę zdrowia przez mieszkańców takich miast jak Słupsk, Jaworzno lub Grudziądz. Wpływ schizofrenii na zdrowie społeczeństwa wzrasta w kolejnych latach.^[48]

Różne sposoby podawania leków:



TABLETKI

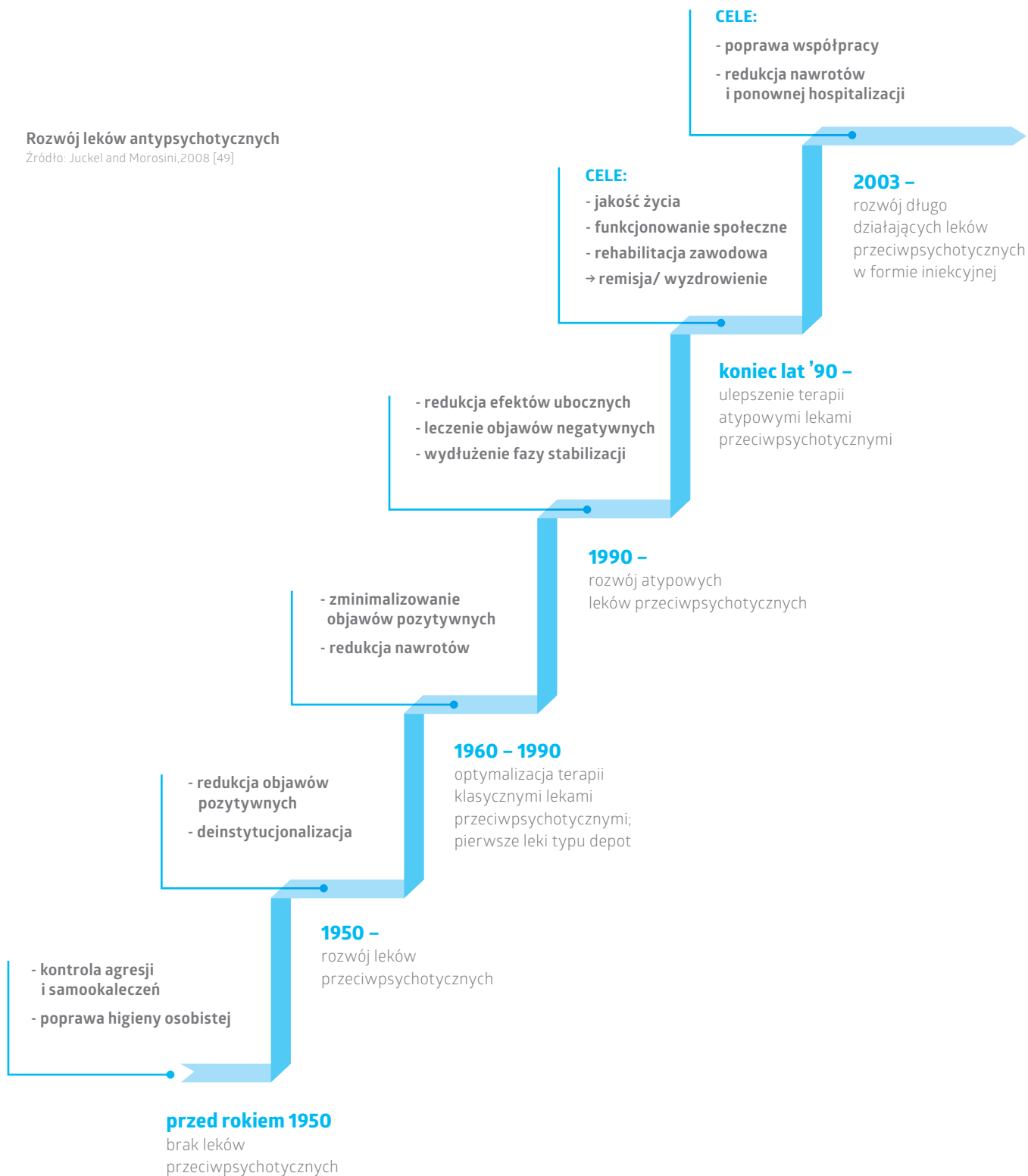
w formie doustnej, przyjmowane codziennie, czasami kilka razy w ciągu dnia. Tabletki należy przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza.

ZASTRZYKI KRÓTKO- LUB DŁUGODZIAŁAJĄCE

podawane w formie iniekcji podskórnych wyłącznie przez wykwalifikowany personel medyczny. Leki w iniekcjach o przedłużonym działaniu podawane są 1 do 2 razy w miesiącu, ich stopniowe uwalnianie w organizmie zapewnia stabilny poziom substancji czynnej w organizmie. Należy przestrzegać ustalonego schematu podawania.

Rozwój leków antypsychotycznych

Źródło: Juckel and Morosini, 2008 [49]



DOSTĘPNE FORMY FARMAKOTERAPII

Wśród dostępnych środków psychofarmakologicznych znajdują się zarówno leki przeciwpsychotyczne stosowane od połowy ubiegłego stulecia, posiadające udowodnioną skuteczność (leki klasyczne, I generacji), jak i nowe substancje o nieco odmiennym mechanizmie działania (leki atypowe, II generacji).

Leki klasyczne, silnie blokujące receptory dopaminowe, posiadają ograniczoną skuteczność w kontroli objawów negatywnych, a ich stosowanie wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia niepożądanych objawów pozapiramidowych, do których należą między innymi:

- reakcje dystoniczne polegające na silnych skurczach i wyginaniu różnych części ciała, przez co chory przybiera często nienaturalną postawę,
- napady, w trakcie których chory wpatruje się przez długi czas w jeden punkt,
- parkinsonizm polekowy o objawach przy-pominających chorobę Parkinsona,
- mimowolne ruchy, tiki, drżenie mięśni.

Preparaty te stosuje się głównie w zaostrzeniach choroby oraz w ramach terapii długoterminowej m.in. u pacjentów agresywnych, z urojeniami i omamami.

Leki atypowe są natomiast obecnie preparatami najczęściej stosowanymi w terapii schizofrenii. Ich działanie przeciwdopaminowe jest słabsze, a mechanizm polega na dodatkowym blokowaniu receptorów innych szlaków neuroprzebieżnikowych (receptory serotoninowe, muskarynowe, histaminowe). Wobec leków I generacji **leki atypowe cechują się lepszą kontrolą objawów negatywnych i afektywnych, lepszym wpływem na zaburzenia poznawcze oraz mniejszym ryzykiem wystąpienia niepożądanych objawów pozapiramidowych, co z kolei pozwala na uniknięcie pogorszenia współpracy na linii lekarz-pacjent, a w konsekwencji zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby.**^[50, 51]

PROBLEM BRAKU WSPÓŁPRACY LUB CZĘŚCIOWEJ WSPÓŁPRACY PACJENTA Z LEKARZEM W LECZENIU SCHIZOFRENII NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJE PRZY ZASTOSOWANIU DOUSTNYCH LEKÓW PRZECIWPYSYCHOTYCZNYCH.

Dwie kategorie leków przeciwpsychotycznych stosowanych w leczeniu schizofrenii:

LEKI I GENERACJI (klasyczne)

Dostępne w formie tabletek, iniekcji domięśniowych oraz zastrzyków długodziałających.

LEKI II GENERACJI (atypowe)

Dostępne w formie tabletek, iniekcji domięśniowych oraz zastrzyków długodziałających.

LEKI W INIEKCJACH O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU

Oprócz form doustnych opisanych leków, stosuje się także ich odpowiedniki o wydłużonym uwalnianiu, które podawane są w formie iniekcji domięśniowych 1 do 2 razy w miesiącu (LAI, ang. *long-acting antipsychotic injections*). Stosowanie leków o przedłużonym działaniu stanowi istotną opcję w leczeniu schizofrenii.

Jednocześnie mylnie zdaje się powszechne przekonanie, że stosowanie LAI zarezerwowane jest wyłącznie dla pacjentów niewspółpracujących z lekarzem. Należy zwrócić uwagę, iż zastosowanie leków o przedłużonym działaniu zapewnia przede wszystkim **stabilny poziom substancji czynnej w organizmie**, co daje pewność, iż leczenie przeciwpsychotyczne jest najbardziej skuteczne. Unika się w ten sposób wahania poziomu leku, co sprzyja utrzymaniu długotrwałej poprawy klinicznej.

Podawanie leków przeciwpsychotycznych w formie LAI umożliwia także prowadzenie terapii poprzez stosowanie **możliwie najniższych dawek leków**, co z kolei ograniczyć może wystąpienie działań niepożądanych w trakcie terapii. Stosowanie LAI **zmniejsza także ryzyko nagłego odstawienia leku oraz przedawkowania** i pozwala pacjentowi przerwać rutynę codziennego przyjmowania określonej ilości tabletek.^[52] W świetle tych danych podawa-

nie leku raz lub dwa razy w miesiącu może wpływać na wydłużanie się okresu remisji, co z kolei skutkuje pełną integracją społeczną, zmniejszaniem poziomu niepełnosprawności, powrotem do pracy oraz zmniejszeniem ryzyka samobójstw.^[53-55]

Oczywiście, nie bez znaczenia jest także **poprawa współpracy chorego z personelem medycznym**, co w szerszej perspektywie prowadzi również do **zmniejszenia niepokoju otoczenia chorego o to, czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich**.^[50] Wynika to m.in. z faktu, iż podanie leku w formie LAI wymaga odbycia wizyty ambulatoryjnej, co pozwala na bezpośredni kontakt chorego z personelem medycznym i – co ważniejsze – **umożliwia rozróżnienie braku odpowiedzi na konkretny lek od braku odpowiedzi spowodowanej niesystematycznością w codziennym przyjmowaniu preparatów doustnych**. Opiekun zaś, zwolniony jest z codziennego obowiązku przypominania o stosowaniu się do zaleceń lekarskich i nie musi negocjować z pacjentem przyjęcia kolejnej dawki leku.^[21]

W świetle tych faktów coraz częściej w wytycznych praktyki klinicznej rozważa się podawanie leków w formie LAI niemal we wszystkich grupach pacjentów dotkniętych schizofrenią, włącznie z pacjentami, u których wystąpił pierwszy epizod, jedynym warunkiem jest planowany stosunkowo długi okres leczenia.^[56]

UDOKUMENTOWANA SKUTECZNOŚĆ LAI

Skuteczność LAI została udowodniona w wielu randomizowanych badaniach klinicznych oraz w warunkach codziennej praktyki klinicznej.^[57]

LAI, szczególnie te należące do II generacji (leki atypowe), w porównaniu do leków przyjmowanych doustnie:

- mogą wpływać na redukcję objawów i tym samym łagodzić przebieg choroby^[58, 59]
- poprawiają funkcjonowanie ogólne chorych^[60], szczególnie tych z nowo zdiagnozowaną chorobą^[61]
- zmniejszają ryzyko hospitalizacji

Wyniki przeglądu systematycznego, w którym analizowano wyłącznie badania typu pre-post, (przez ekspertów uznane za najbliższe rzeczywistej praktyce klinicznej) wskazują, iż zmiana terapii z leczenia doustnego (pre) na LAI (post), pozwala na ponad **60-procentowe zmniejszenie ryzyka hospitalizacji**, a tym samym znacząco ogranicza liczbę przyjęć do szpitala wśród pacjentów dotkniętych schizofrenią.^[62] Same zaś leki atypowe, podawane w formie LAI, pozwalają zredukować odsetek pacjentów poddanych hospitalizacji o niemal 27% względem leczonych odpowiednikami doustnymi.^[63]

- są **dobrze tolerowane** przez pacjentów i mają **korzystny profil bezpieczeństwa**^[64-66]
- korzystnie wpływają na współpracę z lekarzem i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, dodatkowo **u mniejszej liczby pacjentów konieczna jest zmiana leczenia lub zwiększenie dawkowania**^[67, 68]
- mogą **poprawić jakość życia opiekunów** pacjenta ze schizofrenią – uproszczony zostaje schemat leczenia, chorych nie trzeba codziennie przekonywać i przypominać o obowiązku przyjęcia leku, tym samym zmniejsza się stres i niepokój opiekuna

Należy uznać, iż LAI to leki atypowe, które umożliwiają realizację ponadstandardowych celów leczenia schizofrenii – tj. przywrócenie funkcji prospołecznych, poznawczych, przy jednoczesnym działaniu przeciwdepresyjnym. Stanowią one szczególnie korzystną formę leczenia przeciwpsychotycznego, kumulują bowiem zarówno zalety stosowania leków długo działających, jak i leków II generacji.^[51]

TERAPIA LEKAMI O PRZEDŁUŻONYM
UWALNIANIU REDUKUJE OBCIĄŻENIE
OPIEKUNÓW



DOSTĘP DO LEKÓW DŁUGO DZIAŁAJĄCYCH - PERSPEKTYWA POLSKA

Spośród dostępnych leków przeciwpsychotycznych o przedłużonym uwalnianiu, w Polsce refundowane są leki klasyczne (haloperidol, zyklopentiksol, flupentiksol) oraz atypowe (risperidon, olanzapina).

OBECNIE, MIMO UDOWODNIONYCH KORZYŚCI TERAPEUTYCZNYCH, UŻYCIĘ ATYPOWYCH LEKÓW PRZECIWPACHOTYCZNYCH O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU NIE JEST ROZPOWSZECHNIONE W PRAKTYCE KLINICZNEJ, CO MA BEZPOŚREDNI ZWIĄZEK Z OGRANICZENIAMI REFUNDACYJNYMI.

Dwa spośród LAI najnowszej generacji: paliperidon oraz aripiprazol, pomimo uzyskania pozytywnej opinii Rady Przejrzystości, nie zostały uwzględnione do tej pory na liście leków refundowanych.^[69, 70] Jak podkreślają specjaliści z Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, od kilku lat żaden nowy lek psychotropowy nie został wprowadzony na listę leków refundowanych.^[71] Co więcej, tylko klasyczne LAI refundowane są w szerokim wskazaniu, tj. w chorobach psychicznych

lub upośledzeniu umysłowym, zaś dostępność do refundowanych leków II generacji w formie LAI jest bardzo ograniczona. Uprawniona do refundacji jest bowiem tylko wąska grupa pacjentów leczonych wcześniej doustną formą leku, u której doszło do nawrotu choroby w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego.

W opinii konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, udokumentowany uporczywy brak współpracy, to trwające co najmniej 4 tygodnie i utrzymujące się pomimo prób zmiany postępowania chorego: niestosowanie się do zaleceń lekarza w kwestii przyjmowania leków, zmiany dawkowania, przerwy w terapii, niestawianie się na wizyty lekarskie.^[72] Czynnikiem dodatkowo komplikującym sytuację jest trudność faktycznej oceny współpracy chorego. Najbardziej obiektywną metodą byłby pomiar leku w surowicy, jednak badanie to jest kosztowne i obciążające dla pacjenta. Pozostałe metody – tj. liczenie tabletek lub opakowań czy rejestrowanie elektroniczne otwarcia opakowań – są subiektywne i zawodne.^[50]

Specjaliści podkreślają jednocześnie użyteczność leków w formie LAI w pierwszym, krytycznym okresie choroby, tj. po wystąpieniu pierwszego epizodu schizofrenii oraz w ciągu pierwszych lat od zachorowania. Tym samym, ograniczenie ich zastosowania do pacjentów z przewlekłą schizofrenią, cechujących się znacznym deficytem w funkcjonowaniu oraz niewspółpracujących w leczeniu, stanowi istotną barierę w dostępie do terapii dla osób młodych. W opinii ekspertów to właśnie ta grupa pacjentów odniosłaby największe korzyści, otrzymałaby szansę na kontynuowanie nauki i pracy. Zastosowanie LAI pozwoliłoby na ograniczenie nawrotów choroby, głównie poprzez spodziewany wysoki poziom współpracy, a także pozwoliłoby ograniczyć koszty pośrednie związane z chorobą, takie jak niezdolność do pracy czy świadczenia rentowe. ^[56, 71, 73-76]

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

DLA ZAPEWNIENIA PACJENTOM ORAZ LEKARZOM SZERSZEGO DOSTĘPU DO RÓŻNYCH FORM FARMAKOTERAPII, CO UMOŻLIWIŁOBY INDYWIDUALIZACJĘ LECZENIA I JEGO OPTIMALIZACJĘ, KONIECZNE JEST WPROWADZENIE NA RYNEK ALTERNATYWNYCH LEKÓW DŁUGO DZIAŁAJĄCYCH O POZYTYWNYM STOSUNKU KORZYŚCI DO RYZYKA.

05

ILE KOSZTUJE SCHIZOFRENIA?

**W RANKINGU JEDNOSTEK CHOROBYCH
POWODUJĄCYCH NIEZDOLNOŚĆ DO
PRACY, GENERUJĄCYCH NAJWYŻSZE
WYDATKI NA ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE
Z TĄ NIEZDOLNOŚCIĄ W 2013 ROKU,
SCHIZOFRENIA ZNAJDOWAŁA SIĘ
NA 4. MIEJSCU**

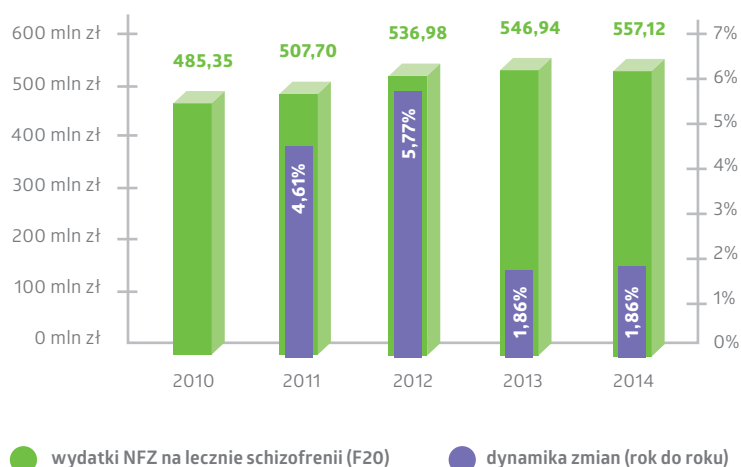
KOSZTY BEZPOŚREDNIE

W Polsce w 2012 roku na opiekę zdrowotną ogółem przeznaczono 107,8 mld zł, co stanowiło 6,8% PKB. Należy zaznaczyć, iż był to znacznie niższy odsetek niż średnia wartość oszacowana dla krajów zrzeszonych w ramach OECD. Nakłady państwa stanowiły ponad 70% ogólnej wartości wydatków, przy ponad 28% udziale kosztów prywatnych. [77, 78]

Wydatki na świadczenia medyczne związane z leczeniem pacjentów ze stwierdzoną schizofrenią wznoszą się corocznie. Pomiędzy rokiem 2010 a 2014 zanotowano prawie 15% wzrost, z poziomu 485,34 mln zł (2010 rok) do wartości 557,12 mln zł (2014 rok) (por. Wykres 10). W 2014 roku koszty leczenia pacjentów ze schizofrenią stanowiły 0,98% wartości wszystkich umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami. [79, 80]

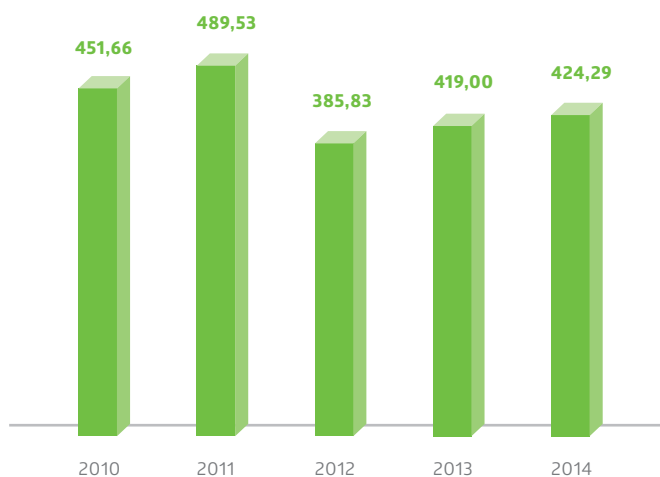
Opieka zdrowotna nad pacjentami ze schizofrenią finansowana jest w ramach szeregu świadczeń zdrowotnych. Największe wydatki w 2014 roku odnotowano w ramach świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (554 386 115 zł) oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (2 586 109 zł).

Wykres 10.
Wydatki na świadczenia NFZ związane z leczeniem pacjentów ze schizofrenią oraz dynamika wzrostu w latach 2010-2014 [81]

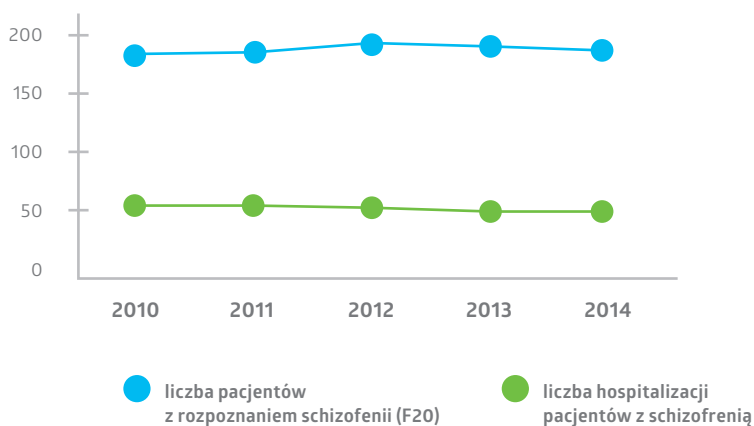


NISKI WSKAŹNIK UTRZYMANIA (niski wskaźnik kontynuacji) LECZENIA DOUSTNYMI LEKAMI PRZECIWPASYCHOTYCZNYMI, ZE WZGLĘDU NA NISKI POZIOM STOSOWANIA SIĘ DO ZALECEŃ LEKARZA, PROWADZI DO CZĘSTYCH NAWROTÓW I PONOWNYCH HOSPITALIZACJI ORAZ MA ZWIĄZEK Z TRWAŁYM POGORSZENIEM FUNKCJONOWANIA PACJENTA. CZĘSTE PONOWNE HOSPITALIZACJE SĄ NAJBARDZIEJ KOSZTOWNYM SKŁADNIKIEM BEZPOŚREDNICH KOSZTÓW MEDYCZNYCH.

Wykres 11.
Wydatki na refundację leków w latach 2010-2014 stosowanych w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej (w mln zł)



Wykres 12.
Liczba pacjentów oraz liczba hospitalizacji pacjentów ze stwierdzoną schizofrenią (2010-2014)



Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej wyniosły w 2014 roku ponad 424 mln zł. Do 2011 roku obserwowano tendencję wzrostową w wydatkach NFZ na refundację leków, jednak w 2012 roku odnotowano gwałtowny spadek (o ponad 103 mln zł) wartości refundacji leków, co było prawdopodobnie związane z wprowadzeniem ustawy refundacyjnej i stosowaniem sankcji wobec lekarzy za uchybienia w przepisywaniu leków refundowanych. Na przestrzeni lat 2010-2014 można zaobserwować zmniejszenie wydatków NFZ na refundację leków stosowanych w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej o ponad 27 mln zł (por. Wykres 11).

W 2014 roku leczono w Polsce ponad 187 tys. pacjentów ze schizofrenią, jednocześnie NFZ sfinansował 52 387 dni hospitalizacji związanych z tym schorzeniem. W latach 2010-2014 zarówno liczba pacjentów ze schizofrenią jak też liczba hospitalizacji tych pacjentów utrzymywała się na zbliżonym poziomie (por. Wykres 12). Średni czas hospitalizacji pacjentów (dane dla ICD-10: F20-F29) wzrósł pomiędzy 2010 a 2013 rokiem o 12,6 dnia i wyniósł 34,8 dnia w 2013 roku (por. Wykres 13).^[82]

Koszty związane z leczeniem pacjentów ze stwierdzoną schizofrenią znacząco różnią się w poszczególnych województwach, a jest to niewątpliwie związane z liczbą pacjentów, którzy zamieszkują lub podjęli leczenie na danym obszarze (na terenie województwa mazowieckiego leczono w 2014 roku 13,4% wszystkich pacjentów

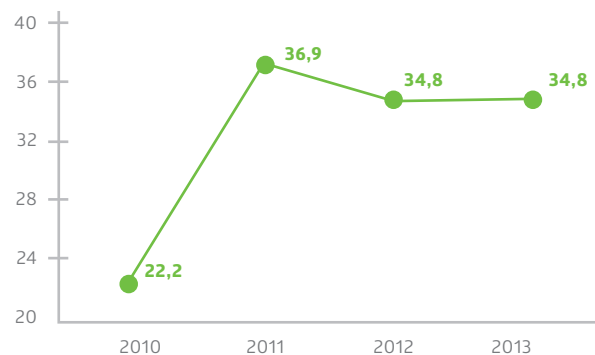
ze schizofrenią, na terenie województwa śląskiego – 11,64%, województwa małopolskiego – 9,26%). Najwyższe koszty leczenia schizofrenii odnotowano w 2014 roku w województwie mazowieckim i śląskim (odpowiednio 87,01 mln zł i 73,69 mln zł), co stanowiło odpowiednio 15,62% i 13,23% wydatków NFZ ogółem na leczenie schizofrenii. Najniższe wydatki wiązały się z leczeniem pacjentów w województwie warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim (odpowiednio 2,84% i 2,77%).

Z uwagi na charakter danych oraz sposób rozliczania niektórych świadczeń (np. świadczenia wykonywane w ramach POZ rozliczane są stawką kapitacyjną) istnieją trudności w oszacowaniu kosztów związanych z leczeniem, stąd też można przypuszczać, iż rzeczywiste koszty medyczne leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią są wyższe od przedstawionych w niniejszym opracowaniu.

Należy zaznaczyć, iż oprócz kosztów ponoszonych przez NFZ, związanych z leczeniem schizofrenii funkcjonuje w Polsce Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego głównym celem jest wyrównanie dostępu do różnych form opieki psychiatrycznej oraz wzbogacenie oferty terapeutycznej. Program finansowany jest z budżetu państwa, przez jednostki samorządu terytorialnego oraz przez NFZ. Zgodnie z założeniami programu, nakłady na realizację zadań wyniosły w 2014 roku niespełna 330 mln zł, a w harmonogramie finansowania na lata 2011-2015 oszacowano zalecane nakłady na ponad 1,27 mld zł.^[83]

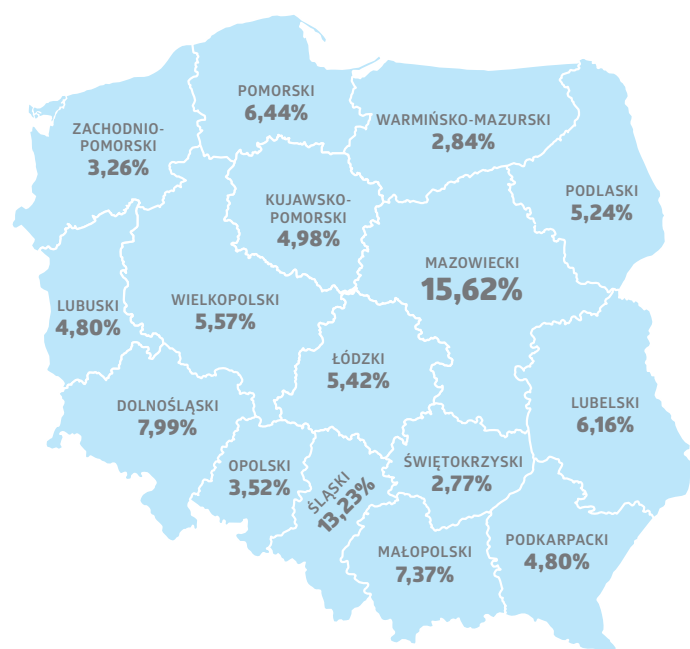
Wykres 13.
Średnia liczba dni hospitalizacji pacjentów z psychozami, m.in. ze schizofrenią w latach 2010-2013

*dane obejmują pacjentów z rozpoznaniem ICD-10: F20-F29



Odsetek kosztów bezpośrednich ponoszonych na leczenie pacjentów ze schizofrenią w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne



ŚWIADCZENIA WYPŁACANE PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZWIĄZANE ZE SCHIZOFRENIĄ

W 2013 roku wydatki ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w związku ze schizofrenią (ICD-10: F20) wyniosły ponad 1,11 mld zł, co stanowiło 3,4% wydatków ogółem na wszystkie schorzenia (ICD-10: A00-Z99).^[84]

W rankingu jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy, generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z tą niezdolnością w 2013 roku, schizofrenia znajdowała się na 4. miejscu, po opiece położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26), przewlekłej chorobie niedokrwiennej serca (I25) i zaburzeniach korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54).

Największy udział w wypłatach ZUS z powodu schizofrenii w 2013 roku miały renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty socjalne, które stanowiły odpowiednio 74,4% (827 785 tys. zł) oraz 22,7% (252 647 tys. zł) wydatków ZUS na schizofrenię ogółem (por. Tabela 1).

Tabela 1.
Wydatki ZUS z powodu schizofrenii w 2013 roku

Źródło: dane ZUS

Rodzaj świadczenia	Wypłaty [mln zł]	Udział w wypłatach z powodu schizofrenii
Renty z tytułu niezdolności do pracy	827,79	74,352%
Renty socjalne	252,65	22,693%
Świadczenia rehabilitacyjne	9,88	0,888%
Absencja chorobowa	23,01	2,066%
Rehabilitacja lecznicza	0,02	0,002%
SUMA	1 113,34	100,0%

KOSZTY POŚREDNIE

Schizofrenia (F20 wg klasyfikacji ICD-10) jest schorzeniem przewlekłym z tendencją do nawracania i utrwalania objawów. Nawroty obserwowane są średnio w 70–80% przypadków. Osoby nią dotknięte wymagają stałego leczenia, a także postępowania profilaktycznego w okresach remisji. Chorzy cierpiący na schizofrenię mają problemy z przystosowaniem w środowisku społecznym, w tym zawodowym. Choroba ta jest czynnikiem powodującym między innymi nieobecność w pracy oraz zmniejszenie aktywności zawodowej.

Poza kosztami bezpośrednimi, schizofrenia skutkuje spadkiem produktywności. Utrata produktywności spowodowana chorobą wiąże się z nieobecnością w pracy, zmniejszoną wydajnością pracy, koniecznością skorzystania z pomocy państwa (renty z tytułu trwałej i częściowej niezdolności do pracy), przedwczesnym zgonem oraz opieką nieformalną ze strony osób trzecich.

W prezentowanym opracowaniu skupiono się tylko na utracie produktywności spowodowanej nieobecnością pracownika z powodu choroby (absenteizm krótkotrwały) oraz związanej z pobieraniem przez pracownika renty z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy (absenteizm długotrwały).

„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”.

SCHIZOFRENIA JEST SCHORZENIEM PRZEWLEKŁYM.
NAWROTY SĄ OBSERWOWANE W

70-80%
PRZYPADKÓW.

SCHIZOFRENIA WPŁYWA NA WSZYSTKIE ASPEKTY ŻYCIA CHOREGO.

UPOŚLEDZA FUNKCJE POZNAWCZE, UNIEMOŻLIWIA PEŁNE FUNKCJONOWANIE W SPOŁECZEŃSTWIE NAWET WŚRÓD NAJBLIŻSZYCH, PROWADZI DO TRUDNOŚCI W PRACY LUB NAWET JEJ UTRATY.

KRÓTKOTERMINOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

W roku 2014 ZUS wydał ponad 27 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu schizofrenii, co oznacza, że około 15% zdiagnozowanych pacjentów w 2014 otrzymało przynajmniej jedno zwolnienie lekarskie w związku ze schizofrenią. Łączna liczba dni absencji chorobowej wyniosła ponad 610 tys. (por. Tabela 2). Od 2012 roku liczba dni absencji chorobowej spowodowanej schizofrenią przejawia tendencję wzrostową, podobnie zresztą jak liczba wydanych zaświadczeń lekarskich (por. Wykres 14).

W 2014 roku średnia długość zwolnienia z tytułu czasowej niezdolności do pracy wynosiła niespełna 22 dni. Najwięcej zaświadczeń lekarskich (2 956) w związku z nieobecnością w pracy z powodu schizofrenii wydano na czas 14 dni (por. Wykres 15).

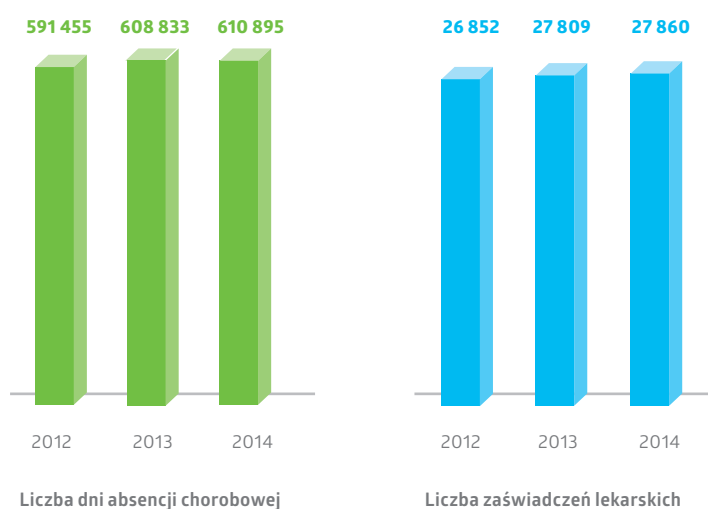
Tabela 2.
Absencja chorobowa z powodu schizofrenii (F20) w 2014 roku

Źródło: Dane ZUS [85]

Typ absencji chorobowej	Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń lekarskich
F20 schizofrenia	610 895	27 860

Wykres 14.
Absencja chorobowa z powodu schizofrenii (F20) w latach 2012-2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]



DŁUGOTERMINOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

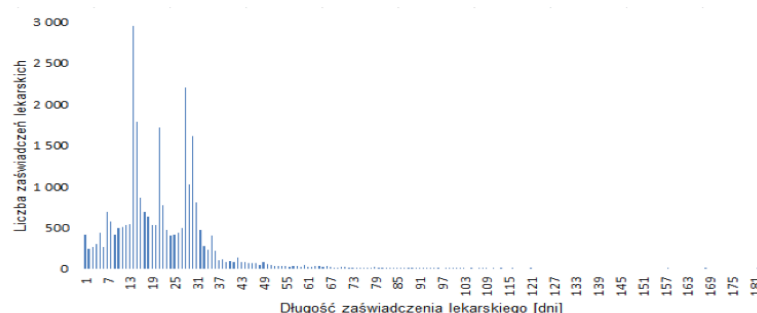
W 2014 roku 15 800 osobom, u których rozpoznano schizofrenię, przyznano renty z tytułu niezdolności do pracy (całkowitej lub częściowej). Wydane zostały 1 192 orzeczenia pierwszorazowe oraz 14 608 orzeczeń ponownych (por. Tabela 3).

Najwięcej, bo ponad połowa wydawanych orzeczeń stanowiły orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy (por. Wykres 16).

W porównaniu z rokiem 2011 liczba wydanych w 2014 roku orzeczeń pierwszorazowych wzrosła o blisko o 11%. W porównaniu z latami 2012 i 2013 liczba osób, którym w 2014 roku przyznano rentę po raz pierwszy z powodu schizofrenii była nieznacznie niższa. Podobnie sytuacja ukształtowała się w przypadku rent wydanych ponownie. W 2014 roku odnotowano mniejszą liczbę przyznanych orzeczeń niż w latach poprzednich, za wyjątkiem roku 2010, kiedy wydano najwięcej orzeczeń ponownych (spośród zaobserwowanych) (por. Wykres 17, Wykres 18).

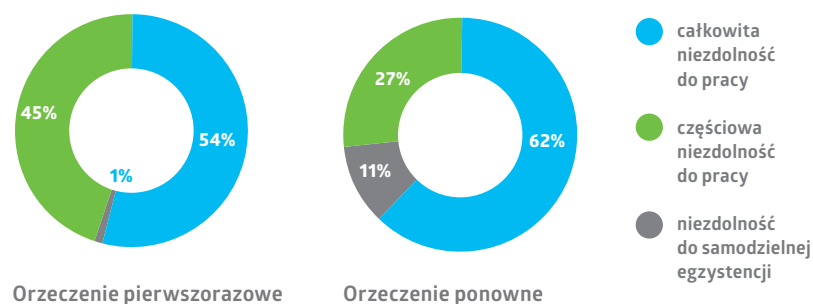
Wykres 15.
Liczba zaświadczeń lekarskich wydanych z powodu schizofrenii (F20) w zależności od długości zaświadczenia lekarskiego w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]



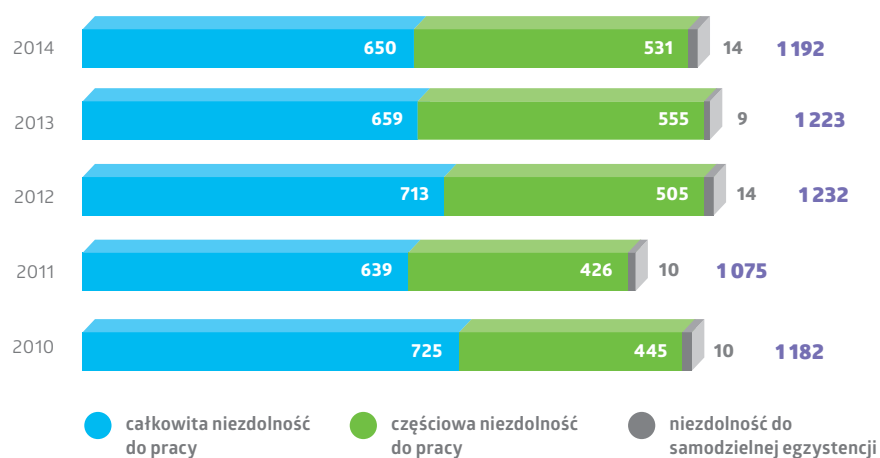
Wykres 16.
Struktura orzeczeń pierwszorazowych i ponownych wydanych w 2014 roku dla celów rentowych z powodu schizofrenii

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]



Wykres 17.
Liczba wydanych orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych z powodu schizofrenii (F20) w latach 2010-2014

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]



Wykres 18.
Liczba wydanych orzeczeń ponownych dla celów rentowych z powodu schizofrenii (F20) w latach 2010 - 2014

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]

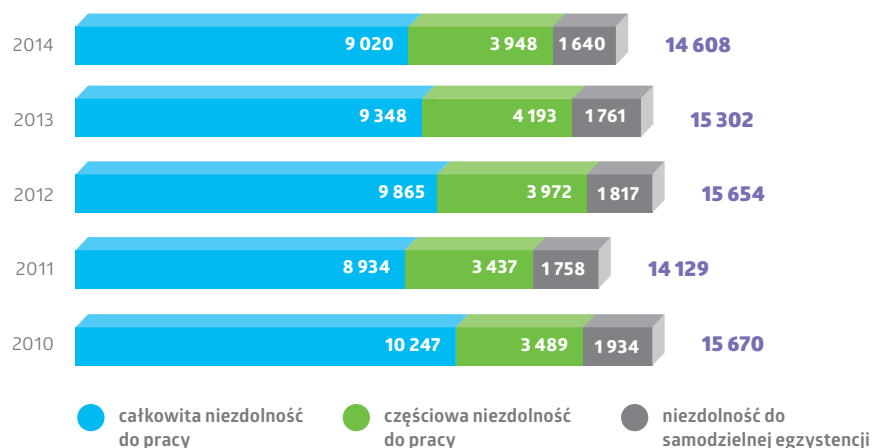


Tabela 3.
Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne wydane dla celów rentowych z powodu schizofrenii (F20) w 2014 roku

Źródło: Dane ZUS [85]

	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Całkowita niezdolność do pracy	Częściowa niezdolność do pracy	Łącznie
Orzeczenia pierwszorazowe, w tym:	14	648	530	1 192
terminowe	14	639	518	1 171
bezterminowe	-	9	12	21
Orzeczenia ponowne, w tym:	1 640	9 020	3 948	14 608
terminowe	1 449	8 351	3 948	13 748
bezterminowe	191	669	321	1 181

Tabela 4.
Średni wiek przejścia na rentę z powodu schizofrenii (F20) w 2014 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]

Wiek [lata]	Orzeczenia pierwszorazowe			Orzeczenia ponowne		
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Całkowita niezdolność do pracy	Częściowa niezdolność do pracy	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Całkowita niezdolność do pracy	Częściowa niezdolność do pracy
40,93	38,19	38,85	50,67	46,04	44,98	

Tabela 5.
Średni czas trwania renty terminowej z powodu schizofrenii (F20) w 2014 roku

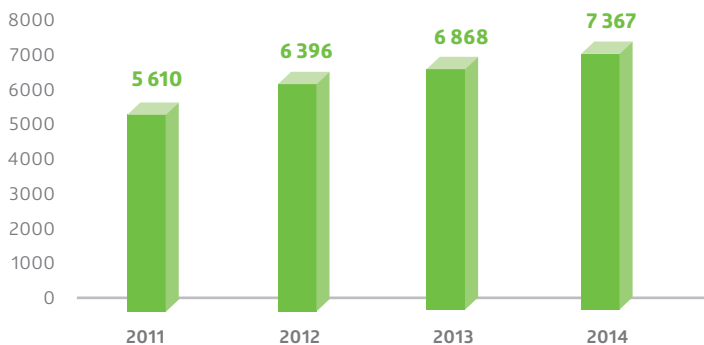
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]

Wiek [lata]	Orzeczenia pierwszorazowe			Orzeczenia ponowne		
	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Całkowita niezdolność do pracy	Częściowa niezdolność do pracy	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Całkowita niezdolność do pracy	Częściowa niezdolność do pracy
26,54	22,87	20,34	33,74	35,04	33,69	

RENTA SOCJALNA TO ŚWIADCZENIE PRZYZNAWANE OSOBOM PEŁNOLETNIM, KTÓRYCH STAN ZDROWIA NIE POZWALA NA PODJĘCIE JAKIEJKOLWIEK PRACY. POGORSZENIE STANU ZDROWIA MUSIAŁO JEDNAK MIEĆ MIEJSCE PRZED SKOŃCZENIEM 18 LAT LUB W TRAKCIE NAUKI, ALE PRZED UKOŃCZENIEM 25. ROKU ŻYCIA BĄDŹ W TRAKCIE STUDIÓW DOKTORANCKICH CZY ASPIRANTURY NAUKOWEJ. W PRZECIWNYM RAZIE RENTA NIE ZOSTANIE PRZYZNANA.

Wykres 19.
Orzeczenia o rentę socjalną wydane z powodu schizofrenii (F20) w latach 2011-2014

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS [85]



Z powodu schizofrenii w 2014 roku 7 367 pacjentów pobierało rentę socjalną. Na przestrzeni lat 2011-2014 obserwowany jest ciągły wzrost liczby chorych otrzymujących tego typu świadczenia (por. Wykres 19). Schizofrenia dotyka znaczną liczbę osób w młodym wieku, jeszcze zanim wejdą na rynek pracy. Rozwój osobisty oraz prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie zostaje powstrzymane przez pojawiający się kryzys psychiczny, który często wyklucza z rynku pracy. Bezsprzecznie fakt ten stanowi ogromne obciążenie finansowe zarówno dla rodziny chorego jak i całego społeczeństwa.

W 2014 roku pacjenci cierpiący na schizofrenię po raz pierwszy rentę częściową lub całkowitą otrzymywali średnio w wieku 38 lat. W przypadku pacjentów niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji średni wiek dla orzeczeń pierwszorazowych wyniósł prawie 41 lat. Natomiast średni wiek, w którym pacjenci otrzymywali orzeczenia ponowne wahał się od 45 do 51 lat (por. Tabela 4). Orzeczenia pierwszorazowe były wydawane średnio na około 2 lata, natomiast orzeczenia ponowne na okres prawie 3 lat (por. Tabela 5).

METODOLOGIA OSZACOWANIA KOSZTÓW POŚREDNICH

Absenteizm krótko- lub długotrwały generuje tak zwane koszty pośrednie. Stanowią one poważne obciążenie finansowe zarówno dla budżetu państwa, jak i indywidualnego pacjenta. W niniejszym opracowaniu koszty związane z utratą produktywności z powodu choroby zostały wyznaczone dwiema metodami: metodą kapitału ludzkiego (*human capital approach, HCA*) oraz metodą kosztów frykcyjnych (*friction cost approach, FCA*).

METODA KOSZTÓW FRYKCYJNYCH

W tej metodzie zwraca się uwagę na fakt, że w długim horyzoncie „tracony pracownik” może być zastąpiony przez osobę dotychczas bezrobotną lub przez reorganizację pracy. Utrata produktywności w tej metodzie naliczana jest przez pewien czas – tak zwany okres frykcyjny – niezbędny do przywrócenia odpowiedniego poziomu produkcji. ^[11]

Dla obliczeń przyjęto, że okres frykcyjny, czyli czas potrzebny na zastąpienie pracownika innym, wynosi 3 miesiące.

METODA KAPITAŁU LUDZKIEGO

Strata społeczna w wyniku choroby oznacza, że cały kapitał ludzki danej osoby nie może być dalej wykorzystywany przez społeczeństwo.

Strata ta jest uwzględniana przez cały okres choroby lub obniżonej aktywności chorego.

Metoda ta określa maksymalną utratę produktywności. ^[10]

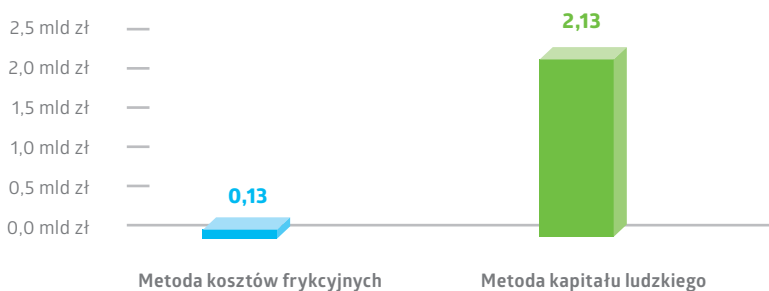
Tabela 6.
Koszty pośrednie schizofrenii

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS [85, 86]

Kategoria kosztowa	Metoda kosztów frykcyjnych	Metoda kapitału ludzkiego
Absenteizm krótkotrwały (absencja chorobowa)	119 355 186,44 zł	119 355 186,44 zł
Absenteizm długotrwały (renty)	13 426 338,60 zł	1 929 648 667,29 zł
Łączne koszty pośrednie	132 781 525,04 zł	2 049 003 853,73 zł

Wykres 20.
Łączne koszty pośrednie schizofrenii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS [85, 86]



W obu metodach jako jednostkę wyceny utraty produktywności wykorzystano przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej, które zgodnie z danymi GUS wyniosło w 2013 roku 3 659,40 zł^[86]. Koszty pośrednie naliczane są do momentu zakończenia aktywności zawodowej przez pracowników, zatem do osiągnięcia wieku emerytalnego. W analizie przyjęto docelowy, zgodny z reformą emerytalną, wiek 67 lat. W przypadku rent przyjęto również, że pacjenci mogą nie dożyć do wieku emerytalnego, w związku z czym wyniki skorygowano o przeżycie, wykorzystując polskie tablice trwania życia z 2013 roku raportowane przez GUS.^[87]

Koszty absencji chorobowej spowodowanej schizofrenią wyniosły w 2013 roku w przybliżeniu 119,36 mln zł. Z kolei koszty utraczonej produktywności, związane z przyznaniem rent z tytułu niezdolności do pracy z powodu schizofrenii oszacowane odpowiednio metodą kosztów frykcyjnych i metodą kapitału ludzkiego wyniosły około 13,43 mln zł oraz 2,13 mld zł (por. Tabela 6, Wykres 20).

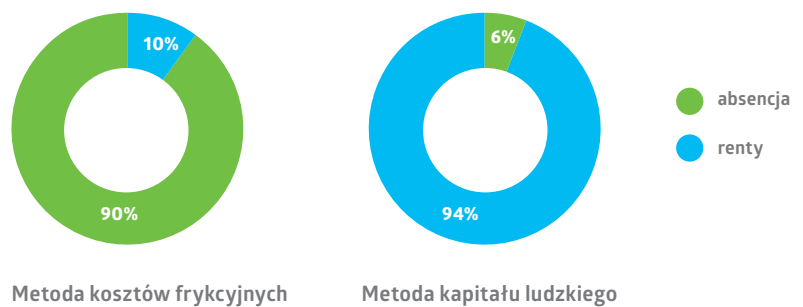
W przypadku metody kosztów frykcyjnych widoczny jest znaczny udział kosztów spowodowanych absencją chorobową (90%), przy niskim udziale kosztów związanych z trwałą i częściową niezdolnością do pracy (10%). Fakt ten wynika z idei metody kosztów frykcyjnych – zastępowania pracownika trwale niezdolnego do pracy. Odmienna sytuacja ma miejsce w przypadku kosztów szacowanych metodą kapitału ludzkiego. Koszty przyznanych rent stanowią prawie 94% (por. Wykres 21).



KOSZTY ABSENCJI ZOSTAŁY OBLICZONE PRZEZ POMNOŻENIE LICZBY DNI ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ ŚREDNIEGO WYNAGRODZENIA BRUTTO W GOSPODARCE NARODOWEJ. PUBLIKOWANE PRZEZ ZUS DANE DOTYCZĄ DNI KALENDARZOWYCH, NA KTÓRE WYDAWANE SĄ ZWOLNIENIA. OTRZYMANY WYNIK NALEŻY ZATEM ODNIEŚĆ DO LICZBY DNI PRZEPRACOWANYCH W CIĄGU ROKU. PRZY ZAŁOŻENIU 250 DNI ROBOCZYCH ORAZ 26 DNIACH PŁATNEGO URLOPU PRZYSŁUGUJĄCEGO PRACOWNIKOM, PRZYJĘTO, ŻE W 2013 ROKU BYŁY 224 DNI ROBOCZE.

Wykres 21.
Struktura kosztów pośrednich schizofrenii

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS [85, 86]



PODSUMOWANIE KOSZTÓW

Koszty całkowite, tj. łączne koszty bezpośrednie i pośrednie związane z leczeniem pacjentów ze stwierdzoną schizofrenią w 2013 roku wyniosły, w zależności od przyjętej metody szacowania kosztów pośrednich, od 1,1 mld zł do 3,1 mld zł (odpowiednio w przypadku metody kosztów frykcyjnych oraz metody kapitału ludzkiego).¹ Należy zaznaczyć, iż w ramach oszacowanych kosztów uwzględniono również koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej.

Oprócz kosztów bezpośrednich i pośrednich przedstawiono wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ponoszone z powodu schizofrenii, które w 2013 roku wyniosły 1,11 mld zł oraz wydatki związane z funkcjonowaniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (263,68 mln zł) (por. Tabela 7).

SCHIZOFRENIA JEST JEDNYM Z NAJBARDZIEJ
KOSZTOWNYCH SCHORZEŃ ZE WZGLĘDU NA
ROZPOCZYNIANIE W MŁODYM WIEKU, PRZEWLEKŁY
CHARAKTER, WYSOKĄ ZACHOROWALNOŚĆ
I ŚMIERTELNOŚĆ.

W przypadku schizofrenii, jak wielu innych chorób przewlekłych, należy mieć również na uwadze problem obciążenia opiekunów osób chorujących na zaburzenia psychiczne. Nie ulega wątpliwości, że opieka nad osobą z zaburzeniami psychicznymi wymaga ogromnego poświęcenia. Opiekunowie doświadczają pogorszenia stanu zdrowia, borykają się ze stresem i depresją. Zazwyczaj opiekunami są osoby z najbliższej rodziny, które poświęcają swój czas choremu, nie biorąc za to wynagrodzenia. Często osoby zaangażowane w opiekę rezygnują z pracy częściowo bądź całkowicie. W rezultacie koszty pośrednie powstają również w związku z utratą produktywności opiekunów osób chorych. W rzeczywistości koszty te są trudne do zmierzenia, gdyż jak wynika z powyższych analiz dostępne dane dotyczą jedynie osób ze schizofrenią, a niekiedy ogólnie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. W rezultacie w kalkulacjach kosztów schizofrenii rzadko uwzględnia się straty, jakie ponosi opiekun pacjenta, czy szerzej rodzina w związku z niezdolnością do regularnej pracy z powodu sprawowanej opieki. Pomijany jest również los pacjentów niezdiagnozowanych.

Schizofrenia pomimo rozpowszechnienia na poziomie 0,5% – 1% wymaga poniesienia znacznych nakładów finansowych.^[88] Przyczyna wysokich kosztów schizofrenii tkwi w specyfice choroby. Leczenie trwa nieprzerwanie od momentu diagnozy, często lata-

mi, przy czym typowy początek przypada na wczesne lata życia. Jako choroba przewlekła, z dużym prawdopodobieństwem nawrotu, oddziałuje na styl i jakość życia pacjenta oraz jego zdolność do pracy. Konsekwencje schizofrenii dotyczą również całe społeczeństwo, gdyż schizofrenia skutkuje znaczną utratą czasu pracy chorego, zarówno z powodu zwolnień chorobowych jak i częściowej czy trwałej niezdolności do pracy. Zmniejszenie zasobu pracy, a tym samym możliwości wytwórczych gospodarki negatywnie wpływają na wzrost gospodarczy. Z punktu widzenia utraty produktywności, finansowe konsekwencje choroby są szczególnie widoczne w odniesieniu do rent, gdy założymy, że kapitał danej osoby nie może być dalej wykorzystywany przez społeczeństwo ani zastąpiony przez inną osobę. Ponadto, w przybliżeniu 1/3 osób ze schizofrenią podejmuje próby samobójcze, z czego 10% skutkuje śmiercią.^[88] Fakt ten także wpływa na zwiększenie kosztów z perspektywy społeczeństwa. Koniecznym jest zatem podjęcie działań mających na celu minimalizację kosztów związanych ze schizofrenią.

Tabela 7.
Koszty całkowite związane z leczeniem pacjentów ze schizofrenią w 2013 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i GUS [85, 86]

Kategoria kosztowa	Metoda kosztów frykcyjnych	Metoda kapitału ludzkiego
Koszty bezpośrednie (bez refundacji leków)	546 937 326 zł	
Koszty refundacji leków*	419 003 464 zł	
Łączne koszty pośrednie	132 781 525 zł	2 130 513 046 zł
KOSZTY BEZPOŚREDNIE I POŚREDNIE*	1 098 722 315 zł	3 096 453 836 zł
WYDATKI ZUS	1 113,34 mln zł	
WYDATKI NA NPOZP**	263,68 mln zł	

*w zestawieniu ujęto leki stosowane w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej

**Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

1) Należy zaznaczyć, iż z uwagi na charakter dostępnych danych oraz sposób rozliczania niektórych świadczeń medycznych nie można przeprowadzić precyzyjnych oszacowań kosztów zarówno pośrednich jak i bezpośrednich, zatem przedstawione wartości należy traktować jako przybliżone.

06

PODSUMOWANIE

**SCHIZOFRENIA JEST NAJCZĘSTSZĄ CIĘŻKĄ
CHOROBA PSYCHICZNĄ, KTÓRA DOTYKA
1 NA 100 OSÓB NA ŚWIECIE. ZE WZGLĘDU
NA STOSUNKOWO WYSOKIE
ROZPOWSZECHNIENIE W POPULACJI,
PRZEWLEKŁY PRZEBIEG I WPŁYW
NA WIELE WYMIARÓW FUNKCJONOWANIA
SPOŁECZNEGO CHORYCH, STANOWI ONA
POWAŻNE WYZWANIE DLA POLITYKI
ZDROWOTNEJ**

Nowoczesna farmakoterapia wraz z kompleksowym podejściem rehabilitacyjnym, umożliwia obecnie wywieranie korzystnego wpływu na przebieg naturalny procesu chorobowego, co powoduje redukcję częstości nawrotów, ograniczenie ryzyka nasilania się stygmatyzujących objawów ubytkowych oraz minimalizację konsekwencji somatycznych chorób współwystępujących.

Najnowsze leki przeciwpsychotyczne poza korzystnym wpływem na stan zdrowia pacjenta i jego funkcjonowanie, stanowią także opcję opłacalną dla systemu. Dostęp do leków nowej generacji w Polsce jest jednak silnie ograniczony. Pomimo włączenia na listy refundacyjne dwóch nowoczesnych neuroleptyków długo działających, niespełna 4% chorych na schizofrenię otrzymuje leczenie w tej formie (por. Tabela 8).^[19, 89] Powodem takiego ograniczenia są przede wszystkim restrykcyjne warunki refundacyjne, które w opinii ekspertów noszą znamiona stygmatyzacji strukturalnej.^[90] Sytuację pogarsza fakt, iż chorzy kwalifikujący się do terapii długo działającymi lekami II generacji znajdują się w zaawansowanym stopniu choroby i niejednokrotnie są po wielu nawrotach psychozy, gdzie każdy kolejny nawrót skutkuje pogorszeniem funkcjonowania w społeczeństwie i dodatkowymi kosztami dla płatnika.^[19, 89] Na poprawę obecnej sytuacji zdaniem ekspertów mogłoby wpłynąć zaliczenie długo

działających leków II generacji do leków pierwszorzutu w leczeniu schizofrenii, włączanych już po wystąpieniu pierwszego epizodu, będącego kluczowym momentem do wdrożenia skutecznej terapii. Pacjenci mieliby wówczas większą szansę na prawidłowy rozwój w społeczeństwie oraz rozwój zawodowy.^[89]

Tabela 8.
Odsetek pacjentów przyjmujących LAI w poszczególnych krajach.

Kraj/Region	Odsetek pacjentów przyjmujących LAI
Australia	27%
Austria	50%
Azja Wschodnia	15,3%
Belgia	21,5%
Finlandia	30%
Hong Kong	37%
Kanada	6,5%
Niemcy	9%
Nowa Zelandia	15%
Polska	4%
Szwecja	50%
USA	18–28%
Węgry	22%
Wielka Brytania	29%

Poza istotną rolę farmakoterapii, do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osób chorych na schizofrenię w społeczeństwie, niezbędne są również inne elementy systemu opieki, a mianowicie: dostęp do opieki ambulatoryjnej, sprawnie działająca terapia środowiskowa, wsparcie dla rodzin i opiekunów, a także wsparcie zawodowe dla chorych. W terapii chorób psychicznych, w tym schizofrenii, konieczne jest zapewnienie dostępności wszelkich metod leczniczych, w tym pozafarmakologicznych, co w Polsce zrealizować można poprzez zwiększenie liczby placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo dla osób narażonych na zaburzenia zdrowia psychicznego i ich rodzin. Konieczne jest przy tym upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, gdzie kadra o różnicowanych kompetencjach będzie leczyć i pomagać pacjentom dotkniętym schizofrenią w znanym i bliskim im otoczeniu ^[9]. Założenia te, choć znalazły się w zapisach obecnie funkcjonującego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, nadal nie zostały w pełni zrealizowane.

Należy pamiętać, iż niezmiernie ważna w procesie zdrowienia pacjenta jest także rola rodziny. Eksperci zauważają, iż bez wsparcia opiekunów nawet najlepsze leczenie nie może się udać. Wskazując na tak dużą rolę i odpowiedzialność opiekunów w procesie rekonwalescencji i powrotu do funkcjonowania osoby chorej, należałoby jednocześnie objąć opiekunów dodatkowym programem wsparcia psychologicznego oraz edukacyjnego, aby złagodzić skutki stresu, jaki cały czas odczuwają.

Zatem prawidłowa opieka nad chorym ze schizofrenią, obok typowo medycznych działań, powinna skupić się także na wsparciu psychicznym pacjenta – zarówno przez rodzinę, najbliższe otoczenie jak i lekarza. Niezwykle ważne jest utrzymanie opiekunów w dobrej kondycji zdrowotnej, gdyż to głównie na nich spoczywa ciężar kształtowania w pacjencie woli walki z chorobą.

Należy pamiętać, iż niezmiernie ważna w procesie zdrowienia pacjenta jest także rola rodziny. Eksperci zauważają, iż bez wsparcia opiekunów nawet najlepsze leczenie nie może się udać.

BIBLIOGRAFIA

1. Stilo SA, Murray RM. (2010) The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues Clin Neurosci* 12(3):305–315.
2. ICD-10 2004. available at: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2004/fr-icd.htm?gf20.htm> (26.8.2015).
3. Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M. (2007) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Śląski Uniwersytet Medyczny available at: <http://pwsz.suwalki.pl/documents/16934/34250/Psychiatria.%20Podr%C4%99cznik%20dla%20student%C3%B3w%20piel%C4%99gniarstwa.pdf>.
4. Schizofrenia, podstawowe informacje - Grupa Synopsis Online. available at: <http://online.synopsis.pl/Schizofrenia-podstawowe-informacje/> (28.8.2015).
5. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller H-J, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. (2005) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, Part 1: acute treatment of schizophrenia. *World J. Biol. Psychiatry* 6(3):132–191.
6. Wright P, Phelan M. *Psychiatria. Sedno*, Tom 1. 2008.
7. Müller N. (2004) Mechanisms of relapse prevention in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 37 Suppl 2:S141–147.
8. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Lieberman JA. (1999) Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 56(3):241–247.
9. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. (2003) Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 29(2):325–340.
10. Marwaha S, Johnson S. (2004) Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(5):337–349.
11. Borowiecka-Kluza J, Miernik-Jaeschke M., Jaeschke R., Siwek M, Dudek D. (2013) Brzemie rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi - zarys problemu. *Psychiatria Polska* 47(4):635–646.
12. Bucka A. Zespół wypalenia u opiekunów osób cierpiących na przewlekłą schizofrenię. available at: <http://www.wiecjestem.us.edu.pl/zespol-wypalenia-u-opiekunow-osob-cierpiacych-na-przewlekla-schizofrenie> (26.8.2015).
13. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, Montes JM, Vieta E. (2014) Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand* 130(6):418–426.
14. Makara-Studzińska M, Koślak A. (2009) Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii. *Przegląd aktualnej literatury. Psychiatria Polska* 43(4):411–420.
15. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 13(2):153–160.
16. Saha S, Chant D, McGrath J. (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 64(10):1123–1131.
17. Araszkiwicz A, Golicki D, Heitzman J, Jarema M. (2011) *Biała Księga. Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce*. Raport. available at: http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Zdrowie_pszychiczne_Biala_Ksiega_2011_rok.pdf.
18. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T. (2014) Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce. PTP available at: http://www.watchdogfron.pl/wp-content/uploads/2014/02/Raport_Schizofrenia2.pdf.
19. Drapała A, Gierczyński J, Karczewicz E, Sielicki P. (2015) Schizofrenia - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. *Uczelnia Łazarskiego*.
20. Chuchra M. (2009) Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię. *Roczniki psychologiczne* 12(2):.
21. BSM. (2015) *Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią*. Raport z badania ilościowego. Janssen.
22. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. (2012) Obciążenie opiekunów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 21(3):175–181.
23. Svetlini A, Johnson B, Magro C, Saunders J, Jones K, Silk S, Hargarter L, Schreiner A. (2015) Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 22(7):472–483.
24. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin J-M, Brugha TS, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A, EuroSC Research Group. (2007) Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry* 190:333–338.
25. Schizofrenia. Poradnik. Lundbeck A/S available at: <https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/schizofreniaporadnik.pdf>.
26. Gupta S., Isherwood G., Jones K., Van Impe K. PMH43: DESCRIBING THE HEALTH STATUS OF SCHIZOPHRENIA CAREGIVERS IN THE 5EU. available at: <http://www.kantarhealth.com/docs/publications-citations/describing-the-health-status-of-schizophrenia-caregivers-in-the-5eu.pdf?sfvrsn=4>.
27. Anna Nitka-Siemieńska. *ZESPÓŁ WYPALENIA U RODZICÓW OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ PRZEWLEKŁĄ*. Akademia Medyczna w Gdańsku, 2007.
28. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF ADULTS WITH SCHIZOPHRENIA IN 5EU.
29. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. (2015) Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry* 15(1):.
30. Chan SW. (2011) Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 25(5):339–349.
31. Chądzyńska M., Meder J., Tyszkowska M. (2008) Współpraca w leczeniu schizofrenii – wyniki projektu ADHES (pogłębiona analiza). *Psychiatria Polska* 42(4):561–570.
32. *Choroba między nami. Poradnik dla rodzin osób chorujących na schizofrenię*. available at: http://www.drogadosiebie.pl/files/poradnik_dla_rodzin.pdf.
33. Pawełczak P, Karakuła-Juchnowicz H, Łukasik P. (2014) Poziom współpracy pacjentów chorych na schizofrenię w zakresie przyjmowania leków a ryzyko nawrotu psychozy. *Current Problems of Psychiatry* 15(1):32–40.

34. Kuczyński W., Rzewuska M., Sobucka K., Chojnowska A. (1999) Współpraca (compliance) w leczeniu chorych na schizofrenię. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii* 15(4):5–21.
35. Sendt K-V, Tracy DK, Bhattacharyya S. (2015) A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res* 225(1-2):14–30.
36. Weiden PJ, Buckley PF, Grody M. (2007) Understanding and treating "first-episode" schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Am.* 30(3):481–510.
37. (2010) Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów. *polpharma* available at: http://www.polpharma.pl/gfx/polpharma/pl/polpharmakatalogfleshowy/334/2/1/raport_z_badania_screen.pdf.
38. Haddad P, Scott J, Brain C. (2014) Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *PROM Volume* 5:43–62.
39. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. (2004) Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 55(8):886–891.
40. Sabate E. (2003) ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action. available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
41. Heslin K, Weiss A. (2015) Hospital Readmissions Involving Psychiatric Disorders, 2012 #189. available at: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb189-Hospital-Readmissions-Psychiatric-Disorders-2012.jsp> (28.8.2015).
42. Vauth R, Löschmann C, Rüschi N, Corrigan PW. (2004) Understanding adherence to neuroleptic treatment in schizophrenia. *Psychiatry Res* 126(1):43–49.
43. Morken G, Widen JH, Grawe RW. (2008) Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 8(1):32.
44. Emsley R. Initiatives to increase awareness of non-adherence in schizophrenia: the ADHES campaign.
45. Schizophrenia through the Carers' eyes. ADHES Europe project: Survey results 2011.
46. Schizophrenia through the Nurses' eyes. ADHES EMEA project: Survey results 2011.
47. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. (2011) Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (6):CD002831.
48. Search GBD Data | Institute for Health Metrics and Evaluation. available at: <http://www.healthdata.org/search-gbd-data> (2.9.2015).
49. Juckel G, Morosini PL. (2008) The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 21(6):630–639.
50. Jarema M, Wichniak A, Dudek D, Samochowiec J. (2015) Wskazówki do stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonym działaniu. *Psychiatr. Pol.* 49(2):225–241.
51. Jarema M, Wichniak A, Dudek D, Samochowiec J. (2015) Leki przeciwpsychotyczne II generacji o przedłużonym działaniu: kiedy i jak stosować? *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 31(1):57–66.
52. Bera RB. (2014) Patient outcomes within schizophrenia treatment: a look at the role of long-acting injectable antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 75 Suppl 2:30–33.
53. Subotnik KL, Casaus LR, Ventura J, Luo JS, Hellemann GS, Gretchen-Dooley D, Marder S, Nuechterlein KH. (2015) Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 72(8):822–829.
54. Llorca P-M. (2008) Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Res* 161(2):235–247.
55. Cañas F, Alptekin K, Azorin JM, Dubois V, Emsley R, García AG, Gorwood P, Haddad PM, Naber D, Olivares JM, Papageorgiou G, Roca M. (2013) Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: the STAY initiative. *Clin Drug Investig* 33(2):97–107.
56. Jaeschke R. (2015) Omówienie uaktualnionych wytycznych World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) dotyczących długoterminowego leczenia chorych na schizofrenię oraz zasad postępowania w przypadkach wystąpienia powikłań terapii przeciwpsychotycznej. *Med. Prakt. Psychiatria* (6):7–24.
57. Lauriello J, Campbell A. (2015) Pharmacotherapy for schizophrenia: Long-acting injectable antipsychotic drugs. available at: <http://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-long-acting-injectable-antipsychotic-drugs> (25.8.2015).
58. Keks NA, Ingham M, Khan A, Karcher K. (2007) Long-acting injectable risperidone v. olanzapine tablets for schizophrenia or schizoaffective disorder. Randomised, controlled, open-label study. *Br J Psychiatry* 191:131–139.
59. Bai YM, Chen TT, Wu B, Hung CH, Lin WK, Hu TM, Lin C-Y, Chou P. (2006) A comparative efficacy and safety study of long-acting risperidone injection and risperidone oral tablets among hospitalized patients: 12-week randomized, single-blind study. *Pharmacopsychiatry* 39(4):135–141.
60. Haddad PM, Taylor M, Niaz OS. (2009) First-generation antipsychotic long-acting injections v. oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review of randomised controlled trials and observational studies. *Br J Psychiatry Suppl* 52:S20–28.
61. Emsley R, Oosthuizen P, Koen L, Niehaus DJH, Medori R, Rabinowitz J. (2008) Oral versus injectable antipsychotic treatment in early psychosis: post hoc comparison of two studies. *Clin Ther* 30(12):2378–2386.
62. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. (2013) Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry* 74(10):957–965.
63. Lafeuille MH, Cloutier M, Fortier J, Duh MS, Fastenau J, Dirani R, Lefebvre P. (2014) Systematic review of long-acting injectables (LAI) versus oral atypical antipsychotics (OA) on hospitalization in schizophrenia. *Value in Health* 17(3):A210.
64. Fleischhacker WW, Eerdeken M, Karcher K, Remington G, Llorca P-M, Chrzanowski W, Martin S, Gefvert O. (2003) Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 64(10):1250–1257.

65. Gharabawi GM, Bossie CA, Zhu Y, Mao L, Lasser RA. (2005) An assessment of emergent tardive dyskinesia and existing dyskinesia in patients receiving long-acting, injectable risperidone: results from a long-term study. *Schizophr. Res.* 77(2-3):129–139.
66. (2015) ZYPADHERA, INN-olanzapine - WC500054429. EMA available at: http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000890/WC500054429.pdf (14.9.2015).
67. Brnabic AJM, Kelin K, Ascher-Svanum H, Montgomery W, Kadziola Z, Karagianis J. (2011) Medication discontinuation with depot and oral antipsychotics in outpatients with schizophrenia: comparison of matched cohorts from a 12-month observational study. *Int. J. Clin. Pract.* 65(9):945–953.
68. Olivares JM, Rodríguez-Morales A, Diels J, Povey M, Jacobs A, Zhao Z, Lam A, Villalobos Vega JC, Cuéllar JA, de Castro FJA, Quintero CM-V, Martín JFR, Domínguez PT, Ojeda JLP, Cortés SS, et al. (2009) Long-term outcomes in patients with schizophrenia treated with risperidone long-acting injection or oral antipsychotics in Spain: results from the electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry (e-STAR). *Eur. Psychiatry* 24(5):287–296.
69. Stanowisko nr 5/02/2009 z dnia 19 stycznia 2009 r. w sprawie finansowania paliperidonu (Invega®) w leczeniu schizofrenii. AOTMiT available at: http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/rada/stanowisko_RK_5_02_2009_paliperidon_Invega.pdf (26.8.2015).
70. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 51/2015 z dnia 20 kwietnia 2015 roku w sprawie oceny leku Abilify Maintena (arypiprazol), EAN 5702157142200, we wskazaniu: „schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego”. AOTMiT available at: http://www.aotm.gov.pl/bip/assets/files/zlecenia_mz/2015/026/SRP/U_13_147_150420_stanowisko_51_Abilyfy_Maintena%20_w_ref.pdf (26.8.2015).
71. Wichniak A. (2015) Apel do MZ w sprawie problem braku wystarczającego finansowania psychiatrii w Polsce. available at: http://psychiatria.org.pl/aktualnosci.tekst.226.apel_do_mz_w_sprawie_problemu_braku_wystarczajacego_finansowania_psychiatrii_w_polsce (25.8.2015).
72. Jarema Marek. (2012) Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji. *Psychiatria Polska* available at: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2008/Jarema%20Zalecenia%20w%20Aktualnosci_Psychiatria%20Polska%206_2008.pdf.
73. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management | 1-Recommendations | Guidance and guidelines | NICE. available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations> (2.9.2015).
74. Altamura AC, Aguglia E, Bassi M, Bogetto F, Cappellari L, De Giorgi S, Fagiolini A, Ferrannini L, Girardi P. (2012) Rethinking the role of long-acting atypical antipsychotics in the community setting. *Int Clin Psychopharmacol* 27(6):336–349.
75. Llorca PM, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Samalin L. (2013) Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry* 13:340.
76. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Mashile M, Fusar-Poli P. (2013) Long-acting injectable antipsychotics in early psychosis: a literature review. *Early Interv Psychiatry* 7(3):247–254.
77. Health Status. available at: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (28.8.2015).
78. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok. available at: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html> (28.8.2015).
79. Uchwały Rady NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia. available at: <http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-52015iii.6351.html> (28.8.2015).
80. Instytut: Raport nt. schizofrenii. available at: <http://instytuty.lazarski.pl/izwoz/wydawnictwa/raport-nt-schizofrenii/> (28.8.2015).
81. Schizofrenia - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. available at: <http://instytuty.lazarski.pl/izwoz/wydawnictwa/raport-nt-schizofrenii/> (28.8.2015).
82. Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej.
83. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. available at: http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0009/5778/npoz_zdrpub_03112011.pdf (28.8.2015).
84. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2013 r.pdf. available at: <http://www.zus.pl/files/Wydatki%20na%20C5%9Bwiadczenia%20z%20ubezpiecze%C5%84%20spo%C5%82zecznych%20zwi%C4%85zane%20z%20niezdolno%C5%9Bci%C4%85%20do%20pracy%20w%202013%20r.pdf> (15.9.2015).
85. Portal Statystyczny ZUS. available at: <http://www.psz.zus.pl/Default.aspx> (27.8.2015).
86. Główny Urząd Statystyczny. Bank Danych Lokalnych - Główny Urząd Statystyczny. available at: http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (27.8.2015).
87. Trwanie życia w 2013 r. available at: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2013-r.,2,8.html> (27.8.2015).
88. CDC. Centers for Disease Control and Prevention - Mental Health. available at: <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/burden.htm> (2.9.2015).
89. Pacjenci ze schizofrenią mogą być aktywni. available at: <http://psychiatriawpolsce.pl/pacjenci-ze-schizofrenia-moga-byc-aktywni/> (1.9.2015).
90. (2014) OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich available at: http://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf.
91. Grylewicz J. Ocena realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego available at: <http://www.twojeprawapacjenta.pl/download/analiza-realizacji-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.pdf>.

