

mgr inż. Adela Teleon

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Badanie stanu oraz ocena potrzeb organizacyjnych i zdrowotnych”

Promotor rozprawy: dr hab. n. o zdr. Anna Włoszczak-Szubzda, prof. WSEI

Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Paulina Kaczor-Szkodny

STRESZCZENIE

W Polsce, podobnie jak na świecie, sytuacja epidemiologiczna zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego w związku z ciągłym wzrostem zachorowalności budzi niepokój. Według Światowej Organizacji Zdrowia zaburzenia z obszaru zdrowia psychicznego w Europie zajmują czwarte miejsce wśród najbardziej istotnych obciążeń zdrowotnych, pierwsze miejsce zajmują choroby układu krążenia następnie nowotwory i urazy [69, 96]. W wielu krajach wychodząc naprzeciw potrzebom wprowadzono nowy model leczenia, polegający na odejściu od opieki szpitalnej i przesunięcia opieki nad pacjentem do środowiska. Zaobserwowano istotną zmianę w wielu krajach europejskich w organizacji opieki psychiatrycznej, zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych na rzecz opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. W Polsce także zaczyna być realizowany przyjęty kierunek opieki środowiskowej. Niemniej przy tym niezwykle istotna jest dostępność do świadczeń z zakresu poradnictwa psychicznego czy psychologicznego w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. Według średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych na dzień 31 grudnia 2017 r., dostępność była zróżnicowana w zależności od województwa. Oceniając dostępność dla poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych na podstawie opracowania NIK zgodnie z danymi NFZ zauważono, że najdłuższy średni czas oczekiwania wynosił 47 dni. Natomiast w zakresie dostępności dla poradni psychologicznych dla dorosłych wykazano, że najdłuższy średni czas oczekiwania wynosił aż 260 dni [69]. Warto także zauważyć, że zaburzenia psychiczne generują wysokie koszty dla państwa, natomiast, koszty poniesione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w 2012 r. w związku z epizodem depresyjnym wyniosły około 320 mln zł., w tym koszty absencji chorobowej około 255 mln. zł, zaś renty z tytułu niezdolności do pracy 37 mln. zł. Natomiast wydatki ZUZ ogółem związane z niewydolnością do pracy (Koszty absencji chorobowej i koszty rent z tytułu niezdolności do pracy) spowodowane epizodem depresyjnymi zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi wyniosły 762 mln. zł [80, 81]. Należy zauważyć, że absencja chorobowa związana z depresją ma zdecydowanie wyższą wartość poniesionych kosztów niż koszt rent, przy tym udział kosztów leczenia poniesionych przez NFZ jest zdecydowanie wielokrotnie niższy niż kosztów poniesionych przez ZUS. Na podstawie danych ZUS z 2012 r. (jako najstarszych danych dostępnych na portalu) odnoszących się do absencji chorobowych w zakresie depresji, epizodów depresyjnych i zaburzeń nastroju a także danych z 2015 r. zauważalny jest wyraźnie trend wzrostowy zarówno liczby zwolnień lekarskich wydanych w związku z tymi jednostkami chorobowymi jak i liczby dni dotyczących absencji chorobowej. Dane wskazują na to, że choroby psychiczne stanowią coraz powszechniejszy problem zdrowotny dotyczący

osób czynnych zawodowo, co powoduje coraz większe straty dla gospodarki i społeczeństwa, ale przede wszystkim dla samych chorych [80, 81]. Szacuje się, że w Polsce około 25% ludności w wieku produkcyjnym cierpi na zaburzenia psychiczne, jednak nawet 75% cierpiących z tego powodu nie otrzymuje profesjonalnej pomocy. Mimo, że wiedza na temat zaburzeń psychicznych jest coraz większa, stopień stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi niestety się nie zmniejsza [83, 84]. Na podstawie badania CBOS z 2012 r. aż 73% badanych oceniło choroby psychiczne jako choroby wstydlive, uważało także, że są one ukrywane przed znajomymi i tylko 23% badanych tak nie uważało. Warto zauważyć, że badanie prowadzone było od 2005 r. i niestety od tamtego czasu nie zaszły istotne zmiany na korzyść w ocenie chorych psychicznie przez respondentów.

Chcąc dokonać oceny stanu potrzeb zdrowotnych oraz organizacyjnych, pacjentów i lekarzy z obszaru zdrowia psychicznego w kontekście funkcjonującego aktualnie w Polsce modelu realizacji świadczeń zdrowotnych, podjęto badania własne przy użyciu dwóch autorskich kwestionariuszy ankiet. Kwestionariusz ankiety dotyczący oceny stanu zdrowia i potrzeb pacjentów w obszarze świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej składał się z 17 pytań, drugi kwestionariusz ankiety dotyczący oceny stanu zdrowia pacjentów przedstawionej przez lekarzy, oraz identyfikacja potrzeb lekarzy w obszarze świadczeń gwarantowanych w kontekście realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej składał się z 10 pytań. Właściwe badania przeprowadzone zostały od sierpnia do grudnia 2018 roku wśród pacjentów Przychodni POZ w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Wesoła i w Przychodni Medycyny Rodzinnej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, a także wśród lekarzy odbywających kursy specjalizacyjne i doszkalające w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Kryterium włączenia u pacjentów był minimalny wiek 18 lat oraz fakt zgłoszenia się na wizytę do lekarza POZ. Kryterium włączenia u lekarzy było uczestnictwo w wybranych kursach specjalizacyjnych i doskonalących przeznaczonych przede wszystkim dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej, ponadto minimalny wiek 26 lat i status lekarza przynajmniej jako w trakcie specjalizacji. Rozdano 400 ankiet wśród pacjentów, z czego otrzymano 385. Wśród lekarzy rozdano 300 ankiet, z czego otrzymano 282. Ostatecznie w badaniach poddano analizie kwestionariusze 667 osób. Dowiedziono, że istnieją różnice polegające na tym, że więcej pacjentów oceniło swoje zdrowie psychiczne 38,70% (N149) jako „bardzo dobre”, niż oceniło swoje zdrowie fizyczne 24,94% (N96) jako „bardzo dobre”, natomiast lekarze ocenili zdrowie fizyczne swoich pacjentów jako „bardzo dobre” lepiej 0,71% (N2), niż ocenili zdrowie psychiczne 0% (N0) swoich pacjentów. Ponadto zdecydowanie rzadziej ocenili lekarze jako „słabe” zdrowie fizyczne pacjentów 25,18% (N71), niż zdrowie psychiczne pacjentów 44,16% (N126) i odwrotnie niż pacjenci, którzy ocenili rzadziej jako „słabe” swoje zdrowie psychiczne 12,21% (N47) niż fizyczne 19,48% (N75). Zauważono także, że pacjenci 22,08% (N85) istotnie rzadziej ocenili, że byli pytani o problemy emocjonalne, stany depresyjne lub zdrowie psychiczne podczas wizyty, niż ocenili to sami lekarze 62,41% (N176). Ponadto istotnie rzadziej 24,68% (N95) pacjentów oceniło, że byli pytani o występowanie zaburzeń w odżywiania, niż ocenili to sami lekarze

44,68% (N126). Także istotnie rzadziej 19,48% (N75) pacjentów oceniło, że byli pytani o używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, niż ocenili to sami lekarze 84,75% (N239), że pytali pacjentów o występowanie tych problemów. Zauważono, że częściej lekarze 35,82% (N101) ocenili, że pytali pacjentów o wszystkie z problemów (o problemy emocjonalne, stany depresyjne lub zdrowie psychiczne, lub o zaburzenia odżywiania, lub o używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych) podczas rutynowej wizyty, niż ocenili pacjenci 4,68% (N18), że byli pytani o wszystkie problemy. Dowiedziono także, że częściej lekarze 59,93% (N169) ocenili, że czasami dostrzegali u swoich pacjentów problemy emocjonalne, stany depresyjne, niż pacjenci 39,22% (N151) ocenili, że czasami dostrzegali u siebie problemy emocjonalne, stany depresyjne. Ponadto prawie pięciokrotnie częściej lekarze 39,01% (N110) ocenili, że często dostrzegali u swoich pacjentów problemy emocjonalne, stany depresyjne, niż pacjenci 8,05% (N31) ocenili, że często dostrzegali u siebie problemy emocjonalne, stany depresyjne. Zauważono także, że ponad dwa razy częściej 98,94% (N279) lekarze dostrzegali u swoich pacjentów problemy emocjonalne, stany depresyjne istniejące jako czasami i często, niż pacjenci dostrzegali te problemy u siebie 47,27% (N182). Podobnie zauważono, że częściej lekarze 79,08% (N223) ocenili, że czasami dostrzegali wśród bliskiej rodziny swoich pacjentów w wywiadzie rodzinnym problemy emocjonalne, stany depresyjne, niż pacjenci 42,34% (N163) ocenili, że czasami dostrzegali wśród bliskiej rodziny problemy emocjonalne, stany depresyjne. Ponadto ponad dwukrotnie częściej lekarze 12,76% (N36) ocenili, że często dostrzegali wśród bliskiej rodziny swoich pacjentów w wywiadzie rodzinnym problemy emocjonalne, stany depresyjne, niż pacjenci 5,97% (N23) ocenili, że często dostrzegali wśród bliskiej rodziny problemy emocjonalne, stany depresyjne. Ponadto zauważono, że prawie dwa razy częściej 91,84% (N259) lekarze dostrzegali u bliskiej rodziny pacjentów występowanie problemów emocjonalnych, stanów depresyjnych jako czasami lub często, niż pacjenci dostrzegali te problemy wśród bliskiej rodziny 48,31% (N186) występujące jako czasami lub często. Dowiedziono także, że częściej lekarze 61,35% (N173) ocenili, że leczenie z powodu problemów emocjonalno – psychicznych pacjentów byłoby dla nich krępujące, niż pacjenci 44,16% (N170) ocenili, że leczenie z powodu problemów emocjonalno – psychicznych byłoby dla nich krępujące. Zauważono także, że najczęściej respondenci pacjenci ocenili poziom dostępności do publicznej służby zdrowia z obszaru zdrowia psychicznego jako przeciętny 38,44% (N225) i tylko 5,45% (N21) badanych oceniło poziom dostępności do publicznej służby zdrowia jako wysoki. Aż 36,11% (N139) respondentów pacjentów oceniło poziom dostępności jako niski 32,47% (N125) i jako bardzo niski 3,64% (N14). Dowiedziono także, że najczęściej respondenci pacjenci ocenili poziom dostępności do publicznej podstawowej opieki zdrowotnej jako przeciętny u 49,61% (N191), natomiast tylko 6,49% (N25) badanych oceniło poziom dostępności do publicznej służby zdrowia jako wysoki. Aż 43,90% (N169) respondentów pacjentów oceniło poziom dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej jako niski 31,69% (N122) i jako bardzo niski 12,21% (N47). Zauważono także w badaniach, że kobiety, osoby w wieku powyżej 65 lat, wdowy/wdowcy, bezrobotni, emeryci/renciści i pacjenci z obszarów wiejskich szczególnie potrzebują zwiększonego dostępu do świadczeń z obszaru zdrowia

psychicznego. Ponadto zauważono, że czynnikiem ochronnym zdrowia psychicznego, który obniża potrzebę korzystania ze świadczeń jest wykształcenie wyższe, związek małżeński, status zawodowy aktywny zawodowo. Dowiedziono także, że tylko 8,16% (N23) respondentów lekarzy wskazało, że czas przeznaczony na wizytę jest wystarczający, 43,26% (N122) oceniło, że jest niewystarczający i 48,58% (N137) lekarzy oceniło, że czas przeznaczony na wizytę jest zdecydowanie niewystarczający, w sumie aż 91,84% (N259) lekarzy uznała czas na wizytę dla pacjenta za niewystarczający. Zauważono także, że aż 97,16% (N274) badanych lekarzy i 82,86% (N319) badanych pacjentów odpowiedziało, że widzieliby potrzebę wsparcia zespołu POZ o psychologa do opieki nad obszarem zdrowia psychicznego. Podsumowując wykazano, że zdaniem respondentów, tak pacjentów jak i lekarzy, aktualny model funkcjonowania świadczeń z obszaru zdrowia psychicznego w Polsce, nie zaspokaja w pełni potrzeb, zarówno w obszarze zdrowotnym jak i organizacyjnym, natomiast rozwiązaniem może być wprowadzenie świadczenia gwarantowanego porady psychologicznej w POZ zgodnie z oczekiwaniem pacjentów i lekarzy.

SUMMARY

In Poland, similar to other countries worldwide, the epidemiological situation related with disorders in the domain of mental health, in association with an increase observed in morbidity, are a cause for concern. According to the World Health Organization, in Europe, disorders in the area of mental health occupy the fourth position among the most important health burdens, with cardiovascular diseases in the first place, followed by cancer and injuries [69,96]. Meeting the needs, in many countries, a new model of treatment has been introduced, consisting in departure from hospital care and shifting patient care to the environment. In many European countries, a significant change has been observed in the organization of psychiatric care, and the reduction in the number of hospital beds on behalf of ambulatory and environmental care. The adopted direction of environmental care starts to be followed also in Poland. Nevertheless, availability of services in the field of mental or psychological counselling within services guaranteed by the National Health Fund is extremely important. Considering the mean waiting time for stable cases, on 31 December 2017, the accessibility differed according to administrative provinces. While evaluating the accessibility of mental health centres for adults based on the report by the Supreme Chamber of Control, in accordance with the data by the National Health Fund, it was found that the longest waiting time was 47 days. In turn, considering the accessibility of psychological counselling centres for adults, the longest mean waiting time was as long as 260 days [69]. It is noteworthy that mental disorders generate high costs for the State. In 2012, the costs borne by the Social Insurance Agency (ZUS), with relation to a depressive episode were approximately 320 million PLN, including sick absenteeism approximately – 255 million PLN, while disability allowances – 37 million PLN. In turn, the total Social Insurance Fund (NFZ) expenditure for incapacity for work (costs of sick absenteeism and costs of allowances for incapacity for work) caused by depressive episode and recurrent depressive disorder were 762 million PLN [80, 81]. It is noteworthy that sick absenteeism related with depression shows a considerably higher value of the costs borne, compared to disability allowances. In addition, it should be indicated that the percentage of the costs of treatment borne by the NFZ is definitely many times lower than that of costs borne by the ZUS. Based on the data by the ZUS of 2012 (as the oldest data available on the portal) concerning sick absenteeism due to depression, depressive episodes, and mood disorders, as well as data of 2015, an upward tendency is clearly observed with respect to both the number of sick leaves issued in association with these disease entities, and the number of days of sick absenteeism. The data show that mental diseases are an increasingly more common health problem affecting the occupationally active population, which causes increasing losses for the economy and society, but primarily for this particular population [80, 81]. It is estimated that in Poland, approximately 25% of the population at productivity age suffer from mental disorders; however, even 75% of them do not receive professional assistance. Despite the fact that knowledge concerning mental disorders increases, unfortunately, the degree of stigmatization of persons with mental disorders does not decrease [83, 84]. Based on the study by the Polish Public Opinion Research Centre of 2012, as many as 73% of respondents evaluated mental diseases as shameful illnesses, and also considered that these diseases are

hidden from acquaintances, while only 23% of respondents did not express such an opinion. It is noteworthy that the study has been carried out since 2005, and unfortunately, since then, no important changes in opinions of respondents have taken place to the benefit of mentally ill persons.

In order to assess the state of health and organizational needs of patients and physicians in the field of mental health in the context of the model of provision of health services currently functioning in Poland, an own study was conducted using two author-constructed questionnaires. The questionnaire concerning assessment of patients' state of health and their needs in the area of guaranteed services in primary health care consisted of 17 items, while the second questionnaire pertaining to the evaluation of patients' state of health expressed by physicians and identification of physicians' needs in the area of guaranteed services in primary health care consisted of 10 items. The proper study was carried out during the period from August-December 2018 among patients of the Primary Health Care Outpatient Clinic at the Independent Group of Public Open Health Care Facilities, Warsaw, and in the Family Medicine Outpatient Department at the Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior and Administration (MSWiA) in Warsaw, as well as among physicians taking specialization and refresher courses at the Centre for Postgraduate Medical Education in Warsaw. The criterion of enrolment of patients into the study was age of 18 years and the fact of reporting to a PHC physician. The criterion for inclusion among physicians was participation in the selected specialization and refresher courses designed primarily for physicians specializing in family medicine, and additionally, a minimum age of 26 years and the status of being a physician at least in the course of specialization. A total number of 400 questionnaire forms were distributed among the patients, of which 385 were returned. Among physicians, 300 questionnaires were distributed, of which 282 were returned. The questionnaires completed by 667 respondents were ultimately analyzed. The percentage of patients 38.70% (N149) who evaluated their mental health as 'very good' was higher than that of those who evaluated their physical health as 'very good' 24.94% (N96), whereas physicians evaluated the state of physical health of their patients in more positive terms than mental health – evaluations of physical health as 'very good' concerned 0.71% (N2) of patients, compared to mental health – 0% (N0). In addition, physicians considerably more rarely evaluated the state of physical health of their patients as 'poor' – 25.18% (N71), than the state of patients' mental health 44.16% (N126), which was contrary to patients who more rarely assessed their mental health than physical health as 'poor' – 12.21% (N47) and 19.48% (N75), respectively. It was also observed that patients significantly more rarely reported that they during a visit they were asked about emotional problems, depressive states or mental health than it was assessed by physicians – 22.08% (N85) and 62.41% (N176), respectively. Additionally, a significantly lower percentage of patients – 24.68% (N95) reported that they were asked about the occurrence of eating disorders, than evaluated by physicians – 44.68% (N126). Also, significantly fewer patients – 19.48% (N75) mentioned that they were asked concerning the use of alcohol or psychoactive substances, than the percentage of physicians who reported asking their patients about the occurrence of these problems – 84.75% (N239). It was observed that physicians – 35.82% (N101) more often asked their patients

concerning all problems (emotional problems, depressive states, mental health, eating disorders, alcohol consumption or use of psychoactive substances) during routine visit, than evaluated by patients – 4.68% (N18) who mentioned that they were asked about all problems. It was also confirmed that a higher percentage of physicians – 59.93% (N169) mentioned that they sometimes observed emotional problems and depressive states in their patients, compared to that of patients who sometimes observed emotional problems and depressive states in themselves – 39.22% (N151). Moreover, physicians nearly 5 times more frequently – 39.01% (N110) reported that they observed emotional problems and depressive states in their patients than the patients themselves 8.05% (N31) while assessing their own emotional problems and depressive states.

It was also noted that physicians twice as often observed emotional problems and depressive states in their patients as occurring sometimes and frequently – 98.94% (N279), compared to patients indicating these problems in themselves – 47.27% (N182). Similarly, it was noted that physicians more often mentioned that they sometimes observed emotional problems and depressive states among close family members of their patients in family history – 79.08% (N223), compared to patients when asked if they sometimes observed emotional problems and depressive states among close family members – 42.34% (N163). In addition, physicians twice as often reported that they frequently observed emotional problems and depressive states in close family members of their patients in family history 12.76% (N36) as the patients themselves – 5.97% (N23) when asked if they frequently observed emotional problems and depressive states among close family members. Moreover, it was found that physicians nearly twice as often observed emotional problems and depressive states in close family members of their patients as occurring sometimes or frequently – 91.84% (N259), compared to patients indicating these problems in their close family as occurring sometimes or frequently – 48.31% (N186). It was also confirmed that the percentage of physicians who reported that they would find treatment due to emotional-mental problems of patients embarrassing was higher – 61.35% (N173) than that of patients – 44.16% (N170) who mentioned that they would find treatment due to emotional-mental problems embarrassing. The results of the study also showed that a higher percentage of the respondents-patients evaluated the level of accessibility of public health care in the area of mental health as mediocre – 38.44% (N225), compared to only 5.45% (N21) who evaluated the level of accessibility of public health care as high. As many as 36.11% (N139) of respondents-patients evaluated the level of accessibility as low – 32.47% (N125), and 3.64% (N14) – as very low. It was also found that the respondents-patients most often assessed the level of accessibility of public primary health care as mediocre – 49.61% (N191), whereas only 6.49% (N25) of them evaluated the level of accessibility of public health care as high. As many as 43.90% (N169) of respondents-patients evaluated the level of accessibility of health care as low – 31.69% (N122), and 12.21% (N47) – as very low. The study also demonstrated that females, persons aged over 65, widows/widowers, the unemployed, pensioners and those who receive disability benefit, as well as patients from rural areas require a greater accessibility to mental health services. Moreover, it was found that higher education, marital relationship, and being

occupationally active are protective factors of mental health reducing the demand for the use of health services. The result of the study demonstrated that only 8.16% (N23) of respondents-physicians indicated that the time devoted to a visit is sufficient, 43.26% (N122) mentioned that it is insufficient, and 48.58% (N137) of physicians reported that the time devoted to a visit is definitely insufficient. In general, as many as 91.84% (N259) of physicians considered the time devoted to patient visit as insufficient. It was also observed that as many as 97.16% (N274) of the examined physicians, and 82.86% (N319) of patients in the study replied that there is a need for supporting the PHC team by a psychologist who would take care of the domain of mental health. Summing up, the study demonstrated that according to the respondents – both patients and physicians, the current model of functioning of services in the area of mental health in Poland does not fully satisfy needs, neither in the health nor organizational domains, whereas the introduction of guaranteed psychological counselling service in PHC in accordance with the expectations of patients and physicians could be a solution.