

Wyniki leczenia w skandynawskim systemie ochrony zdrowia psychicznego: przewidywana długość życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

Kristian Wahlbeck, Jeanette Westman, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Thomas Munk Laursen

The British Journal of Psychiatry (2011) 199, 453–458

Punkt wyjścia: Osoby z zaburzeniami psychicznymi cechują się nadmierną umieralnością z przyczyn naturalnych i innych. Względna przewidywana długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi jest parametrem odzwierciedlającym skuteczność polityki socjalnej i ochrony zdrowia.

Cele: Ocena tendencji wyników ochrony zdrowia u osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

Metody: Badano kolejne kohorty osób przyjmowanych do szpitala przez 5 lat z powodu zaburzeń psychicznych w całej Danii, Finlandii i Szwecji, w latach 1987–2006. Na podstawie rejestrów wypisów ze szpitala i danych o umieralności pochodzących z rejestrów zgonów w powiązaniu z przyczynami, w każdym z państw identyfikowano populację ryzyka. Najważniejszym badanym parametrem była przewidywana długość życia w wieku 15 lat.

Wyniki: Osoby przyjmowane do szpitala z powodu zaburzeń psychicznych charakteryzowały się 2-3-krotnie większą umieralnością w porównaniu z osobami z populacji ogólnej we wszystkich trzech państwach, w których prowadzono badanie. Różnica w przewidywanej długości życia była większa u mężczyzn niż u kobiet. Obserwowana różnica zmniejszyła się między 1987 a 2006 rokiem w tych krajach, szczególnie wśród kobiet. Zauważalny wyjątek stanowili mężczyźni z zaburzeniami psychicznymi w Szwecji. Mimo ogólnie korzystnych tendencji, mężczyźni z zaburzeniami psychicznymi nadal żyją 20, a kobiety 15 lat krócej niż osoby tej samej płci z populacji ogólnej.

Podsumowanie: W epoce deinstytucjonalizacji różnica przewidywanej długości życia osób z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu z osobami z populacji ogólnej w trzech krajach skandynawskich uległa pewnemu zmniejszeniu. Uzyskane wyniki przemawiają za dalszym rozwojem skandynawskiego modelu społecznej opieki państwa opiekuńczego, tzn. finansowanego z podatków modelu publicznej opieki środowiskowej i ochrony społecznej. W celu dalszego zmniejszenia tej różnicy konieczne są działania na rzecz promocji zdrowia, poprawa dostępu do ochrony zdrowia oraz zapobieganie samobójstwom i przemocy.

W większości krajów o wysokich dochodach przekształcono model ochrony zdrowia psychicznego ze skoncentrowanego na szpitalu w kierunku zintegrowanego ze środowiskiem. Podejścia prowadzące do integracji ze społeczeństwem i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi zastąpiły stopniowo opiekę instytucjonalną i postawy paternalistyczne. Niewiele jest jednak dowodów, które

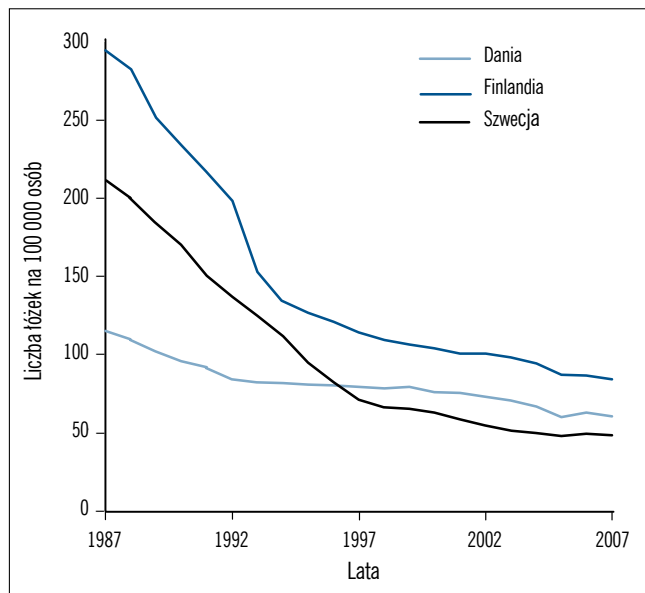
popierałyby lub podważały zasadność zmian w polityce zdrowia psychicznego, rzadko dostępne są również wyniki badań systemowych.¹ Osoby z zaburzeniami psychicznymi charakteryzuje nadmierna umieralność, z powodu chorób i zaburzeń somatycznych, a także urazów.² Zwiększoną umieralność osób z zaburzeniami psychicznymi tylko częściowo można tłumaczyć zwiększonym ryzykiem samobójstwa. W przeprowadzo-

Kristian Wahlbeck, DMedSc, Nordic School of Public Health, Nordic Research Academy in Mental Health, Gothenburg, Sweden, National Institute for Health and Welfare (THL), Vaasa, Finland; Jeanette Westman, PhD, Nordic School of Public Health, Nordic Research Academy in Mental Health, Gothenburg, Szwecja; Merete Nordentoft, MD, Nordic School of Public Health, Nordic Research Academy in Mental Health, Gothenburg, Sweden, and Psychiatric Center Bispebjerg, Bispebjerg Hospital, Kopenhaga, Dania; Mika Gissler, PhD, Nordic School of Public Health, Nordic Research Academy in Mental Health, Gothenburg, Szwecja, i THL, Helsinki, Finlandia; Thomas Munk Laursen, PhD, Nordic School of Public Health, Nordic Research Academy in Mental Health, Gothenburg, Szwecja, National Centre for Register-Based Research, Aarhus University, Aarhus, Dania

Adres do korespondencji: Dr Kristian Wahlbeck, National Institute for Health and Welfare (THL), Department of Mental Health and Substance Abuse Services, POBox 30, FIN-00271 Helsinki, Finland. Email: kristian.wahlbeck@thl.fi

Finansowanie: Badanie było finansowane z grantu Nordic Council of Ministers oraz z grantu nr 2008-0885 Swedish Council for Social Research. Konflikt interesów: brak.

Rycina 1. Liczba psychiatrycznych łóżek szpitalnych na 100 000 mieszkańców w Danii, Finlandii i Szwecji w latach 1987-2007.



nym w Finlandii badaniu kohortowym z 17-letnią obserwacją prospektywną wykazano 50% zwiększenie umieralności u osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, przede wszystkim z powodu chorób układu oddechowego i układu krążenia.³ W populacyjnych badaniach kohortowych dotyczących mieszkańców Finlandii i Szwecji stwierdzono, że chorych na schizofrenię charakteryzowała ponad dwukrotnie wyższa, w porównaniu z populacją ogólną, umieralność z powodu chorób i zaburzeń somatycznych, nawet po uwzględnieniu czynników ryzyka związanych ze stylem życia.⁴⁻⁷ W ogólnokrajowym badaniu duńskim, opartym na analizie dokumentacji, opisano nadmierną umieralność osób przyjmowanych do szpitala z powodu schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej i dużej depresji.⁸ Wyniki skandynawskich badań nie są wyjątkowe. W różnych krajach europejskich jednoznacznie potwierdzono zwiększoną umieralność u hospitalizowanych chorych z zaburzeniami psychicznymi,⁹⁻¹² osób wypisanych ze szpitala^{13,14} i pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.¹⁵

Przewidywaną długość życia determinują czynniki wpływające na zdrowie, takie jak styl życia, środowisko, świadomość zdrowotna i dostęp do opieki zdrowotnej. Różnica w przewidywanej długości życia między chorymi psychiatrycznymi a populacją ogólną jest w przybliżeniu wskaźnikiem skuteczności polityki, ośrodków i akcji promocji zdrowia, w tym ukierunkowanych na zapobieganie samobójstwom, skierowanych do tej znajdującej się w niekorzystnej sytuacji populacji. Odzwierciedleniem skutecznej państwowej strategii dotyczącej zdrowia psychicznego i dostępności opieki powinno być zmniejszenie różnic w umieralności. Autorzy postanowili ocenić skutecz-

ność polityki ochrony zdrowia psychicznego w trzech krajach skandynawskich (w sumie przebadano 20 milionów osób), przez analizę trendów w przewidywanej długości życia u osób, które co najmniej raz trafiły do szpitala z powodu zaburzeń psychicznych.

Kraje skandynawskie są wysokorozwiniętymi państwami opiekuńczymi o długiej tradycji egalitarystycznej polityki zdrowotnej i socjalnej. Celem tych państw w ostatnich dziesięcioleciach była poprawa zdrowia psychicznego i psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ośrodki zdrowia psychicznego przeszły gruntowną reformę. Zmiana polegała na odejściu od psychiatrycznej opieki instytucjonalnej w kierunku opieki ambulatoryjnej i uczestnictwa w życiu społecznym. Zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych dla osób leczonych psychiatrycznie (ryc. 1), szczególnie tych z chorobami przewlekłymi, skompensowano zwiększeniem udziału leczenia psychiatrycznego w podstawowej opiece zdrowotnej i zwiększeniem liczby domów stałego pobytu zapewnianych przez opiekę społeczną.¹⁶ Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej głęboko zmieniła warunki życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego można by oczekiwać wpływu tych zmian na przewidywaną długość życia. Mimo reform przeprowadzono niewiele badań, w których oceniano trendy w umieralności u osób z zaburzeniami psychicznymi, a ich wyniki były niejednoznaczne.^{17,18} W celu oceny osiągnięć reform psychiatrycznej opieki zdrowotnej w krajach skandynawskich autorzy przeanalizowali przewidywaną długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi w Danii, Finlandii i Szwecji.

METODY

DEFINICJA PRZYPADKÓW

W badaniu uwzględniano osoby identyfikowane na podstawie rozpoznania przy wypisie ze szpitala w ogólnokrajowych rejestrach szpitalnych. W krajach skandynawskich do definiowania i klasyfikowania zaburzeń psychicznych i somatycznych w szpitalnych rejestrach wypisów wykorzystuje się Międzynarodową Klasyfikację Chorób (International Classification of Diseases, ICD). W latach 1987-2006 w rejestrach wypisowych i rejestrach przyczyn zgonów w krajach skandynawskich wykorzystywano trzy wersje ICD. Wykorzystywano głównie rozpoznania kodowane przy każdym przyjęciu do szpitala i kategoryzowano je zgodnie z grupami diagnostycznymi ICD-10.¹⁹ Rozpoznanie ICD-8 i ICD-9 zostały przetransformowane na rozpoznania ICD-10.

Z rejestrów pozyskiwano wszystkie dane pacjentów z podstawowym rozpoznaniem jakichkolwiek zaburzeń psychicznych (kody F00-F69 według ICD-10). Nie uwzględniano badanych, u których kiedykolwiek rozpoznano upośledzenie umysłowe (F70-F79). Wykluczano również chorych przyjętych do szpitala z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych na podłożu organicznym, w tym otępienia (F00-F09), począwszy od pierwszej hospitalizacji z powodu otępienia, z uwzględnieniem

wszystkich późniejszych epizodów. Przyczyną wykluczenia pacjentów z upośledzeniem umysłowym i otepieniem było duże ryzyko przedwczesnej śmierci związane z organicznym charakterem tych zaburzeń.

PRZYCZYNY ZGONÓW

W każdym z państw, w których prowadzono badanie, informacje na temat przyczyn zgonów są zapisywane w krajowym rejestrze danych. Główna przyczyna zgonów jest ustalana na podstawie informacji zawartej w akcie zgonu. W każdym z państw przyczyny zgonu były sprawdzane przez przeszkolony pod względem medycznym personel. W tym badaniu oddzielnie analizowano zgony z powodu chorób i zaburzeń medycznych (kody ICD-10 A00-R99), wskutek samobójstw (X60-84) i spowodowane przyczynami zewnętrznymi, innymi niż samobójstwo (V01-Y98, z wyłączeniem X60-84).

REJESTRY SKANDYNAWSKIE

Dania

Duński centralny rejestr psychiatryczny uwzględnia wszystkie szpitalne oddziały psychiatryczne w Danii i od 1969 roku jest skomputeryzowany.²⁰ Od 1993 roku jako system diagnostyczny wykorzystywano ICD-8, którą w 1994 roku zastąpiono klasyfikacją ICD-10. Duński rejestr przyczyn zgonów zawiera skomputeryzowane informacje dotyczące wszystkich zgonów wśród obywateli duńskich i osób mieszkających w Danii, datę i miejsce zgonu, a także jego przyczynę. Jest w dużym stopniu kompletny, a także – jak zbadano – charakteryzuje się doskonałą trafnością.²¹

Finlandia

Fiński rejestr wypisów szpitalnych zawiera dane dotyczące wszystkich pacjentów hospitalizowanych od 1969 roku. W celach diagnostycznych w latach 1969-86 wykorzystywano ICD-8, w latach 1987-95 – ICD-9, a od 1996 roku – ICD-10. Wykazano, że ten rejestr jest rzetelnym i trafnym narzędziem do badań epidemiologicznych.²² Fiński rejestr przyczyn zgonów uwzględnia dane dotyczące zgonów wszystkich obywateli i osób zamieszkujących na stałe w Finlandii. Charakteryzuje się dużym stopniem kompletności. Wszystkie wskazane przyczyny zgonów są rutynowo weryfikowane przez program Statistics Finland, a w niejasnych przypadkach decyzję podejmuje komisja.

Szwecja

Szwedzki rejestr wypisów szpitalnych uwzględnia wszystkie szpitale w Szwecji. Zawiera dane dotyczące wszystkich przyjęć do szpitala i rozpoznań przy wypisie według ICD od 1987 roku. W okresie 1987-1996 wykorzystywano ICD-9, a następnie od 1997 roku – ICD-10. Rejestr jest w dużym stopniu kompletny.²⁴ Szwedzki rejestr przyczyn zgonów zawiera informacje dotyczące zgonów wszystkich osób mieszkających

w Szwecji, klasyfikowane według ICD-9 lub ICD-10. Błąd kodowania oszacowany na podstawie próby zgonów wynosił w przybliżeniu 3%.²⁵

ANALIZA STATYSTYCZNA

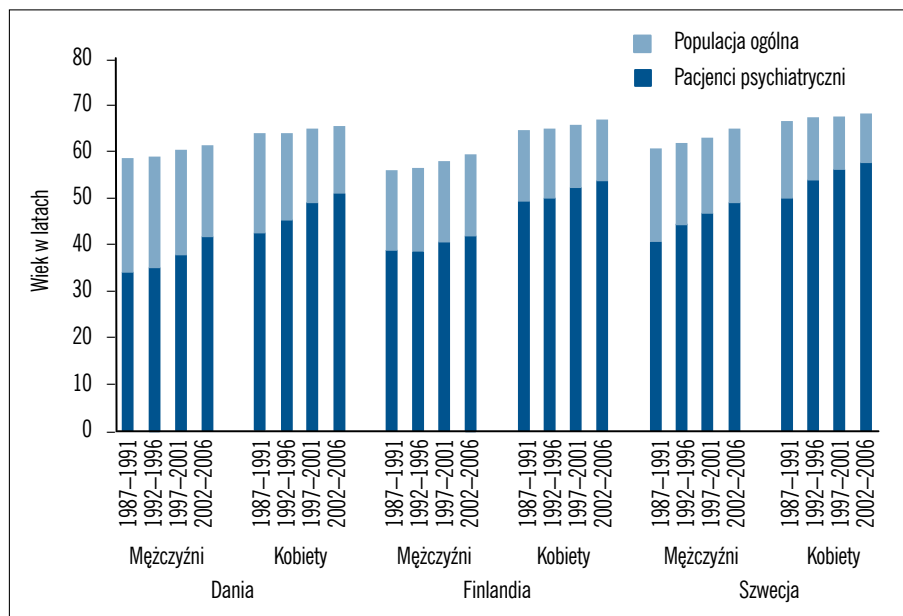
Obserwację prowadzono od 1 stycznia 1987 do 31 grudnia 2006 r. Całą obserwację podzielono na 5-letnie okresy: 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001 i 2002-2006. Dla każdego z tych okresów oddzielnie określano grupę ryzyka, uwzględniając wszystkich pacjentów, którzy w tym czasie przynajmniej raz trafili do szpitala z powodu zaburzeń psychicznych. Obliczono wskaźniki umieralności dla pacjentów w grupach wiekowych: 15-29 lat, 30-44 lata, 45-59 lat, 60-74 lata i 75 lub więcej lat. W celu wystandaryzowania wskaźników umieralności posłużono się standardową populacją skandynawską w 2000 roku.²⁶ Standaryzowane wskaźniki umieralności u pacjentów psychiatrycznych porównywano z wskaźnikami umieralności w populacji ogólnej,²⁷ obliczając wskaźniki obserwowane/oczekiwane. Obliczono przewidywaną długość życia w wieku 15 lat i między 15 a 64 lat dla badanych z grup ryzyka, tzn. osób przyjmowanych do szpitala z powodu zaburzeń psychicznych, oddzielnie mężczyzn i kobiet. Wykorzystano metodę Wieslera ze stratyfikacją wieku do 12 miesięcy.²⁸ Przewidywana długość życia została zsumowana w każdym z 5-letnich okresów w celu zmniejszenia losowej zmienności. W celu porównania z populacją ogólną wykorzystano opublikowane przez WHO dane dotyczące przewidywanej długości życia (<http://data.euro.who.int/hfadb>).

Wyniki

Osoby z zaburzeniami psychicznymi na tyle poważnymi, żeby uzasadnione było przyjęcie do szpitala, we wszystkich badanych krajach charakteryzowały się 2-3-krotnie większą umieralnością w porównaniu z osobami z populacji ogólnej. Uzyskane wyniki sugerują, że przewidywana długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi we wszystkich trzech państwach uległa wydłużeniu. Skrócenie przewidywanej długości życia u osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi między 1987 a 2006 rokiem uległo zmniejszeniu, z wyjątkiem mężczyzn zamieszkałych w Szwecji (ryc. 2). Obserwowana różnica jest większa dla mężczyzn niż kobiet, niezależnie od kraju i okresu obserwacji (tab. 1 i 2).

Tendencje dotyczące względnej umieralności w każdej grupie wiekowej odzwierciedlały trendy w populacji ogólnej. W Danii zauważono znaczące zmniejszenie ryzyka umieralności u młodych osób z zaburzeniami psychicznymi. W Finlandii u kobiet we wszystkich grupach wiekowych obserwowano korzystne tendencje, jednak u mężczyzn tendencja w umieralności była o wiele mniej korzystna. W Szwecji obraz był o wiele bardziej zróżnicowany: względne ryzyko umieralności uległo zmniejszeniu u kobiet poniżej 45 r.ż., natomiast u starszych kobiet obserwowano niewielkie po-

Rycina 2. Całkowita przewidywana długość życia u pacjentów psychiatrycznych i w populacji ogólnej w Danii, Finlandii i Szwecji w okresie 1987-2006 dla osób w wieku 15 lat.



gorszenie. W Szwecji u mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi względne ryzyko zgonu zwiększało się z czasem, lecz nie u mężczyzn powyżej 75 r.ż.

Na początku badania przewidywana długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi była krótsza w Danii i Finlandii niż w Szwecji. Podczas badania przewidywana długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi wydłużyła się o około 7 lat w Danii i Finlandii, ale w Szwecji tylko o połowę tego czasu. Mimo to w okresie 2002-2006 różnica przewidywanej długości życia u osób z zaburzeniami psychicznymi nadal była większa w Danii niż w dwóch pozostałych krajach. W Szwecji wydłużenie przewidywanej długości życia u mężczyzn odpowiadało wydłużeniu tego parametru w populacji ogólnej, nie stwierdzono natomiast zmniejszenia różnicy w przewidywanej długości życia. Względne ryzyko samobójstwa i zgonu z innych przyczyn zewnętrznych u mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi uległo wydłużeniu. Pomimo tych korzystnych zmian skandynawscy mężczyźni z zaburzeniami psychicznymi nadal żyją 20 lat krócej, a kobiety 15 lat krócej niż osoby z populacji ogólnej, co wynika ze zwiększenia umieralności z przyczyn zaliczanych do wszystkich kategorii.

Omówienie

W krajach skandynawskich przejście od szpitalnego leczenia psychiatrycznego do środowiskowych form opieki ułatwił wysoki poziom bezpieczeństwa socjalnego i dobry dostęp do publicznych ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej. Nie-

zależnie od publicznej opieki zdrowotnej, lokalne władze (samorządy) zapewniają szeroki zakres ośrodków socjalnych, w tym mieszkania chronione i różne formy aktywności społecznej. Mimo zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych liczba pacjentów hospitalizowanych w ciągu roku w kolejnych latach prawie się nie zmieniła. Tłumaczy się to skróceniem przeciętnego czasu pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Obserwowano zmniejszenie liczby pacjentów hospitalizowanych przewlekłe na oddziałach szpitalnych. Zmniejszeniu liczby łóżek towarzyszył rozwój opieki środowiskowej. Od połowy lat 80. XX wieku stopniowo wprowadzano środowiskowe ośrodki zdrowia psychicznego, które w pełni rozwinęły się w latach 90., chociaż z powodu recesji rozwój psychiatrii środowiskowej w Finlandii i Szwecji uległ spowolnieniu na początku lat 90. W Finlandii,

na przykład, liczba psychiatrycznych wizyt ambulatoryjnych w okresie badania w przybliżeniu uległa podwojeniu.²⁹

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE UMIERALNOŚĆ

Proponowano kilka wyjaśnień zwiększonej umieralności osób z zaburzeniami psychicznymi. Zalicza się do nich niezdrowy styl życia,³⁰ niewystarczający dostęp do dobrej jakości opieki zdrowotnej,^{31,32} a także tradycja nieuwzględniania chorób somatycznych w leczeniu pacjentów psychiatrycznych.³³ Zwiększona umieralność odzwierciedla również liczne czynniki podatności. Osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej są ubogie, bezrobotne, samotne i marginalizowane. Wszystkie te cechy są znanymi czynnikami słabego zdrowia i przedwczesnego zgonu.³⁴

Uzyskane dane wskazują na związek czasowy między deinstytucjonalizacją a wydłużeniem przewidywanej długości życia osób przyjmowanych do szpitala z powodu zaburzeń psychicznych. Wiele barier w dostępie do opieki zdrowotnej wiąże się ze stygmatyzacją.³⁵ Deinstytucjonalizacja i destygmatyzacja zaburzeń psychicznych są wzajemnie powiązane. Nie można wykluczyć swoistego efektu destygmatyzacji, z jej wtórnym wpływem na zachowania związane z szukaniem pomocy i dostępem do opieki zdrowotnej u osób z zaburzeniami psychicznymi, skutkującego wydłużeniem przewidywanego czasu przeżycia. W 2006 roku na podstawie ogólnoeuropejskiego sondażu relacjonowano lepsze nastawienie do osób z zaburzeniami psychicznymi wśród mieszkańców Europy Zachodniej i Północnej, w tym krajów skandynawskich.³⁶ Autorzy są przekonani, że rozwój opieki

środowiskowej może przyczyniać się do bardziej pozytywnego stosunku do osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

Przewidywana długość życia jest związana z kapitałem społecznym i sprawiedliwym podziałem dochodów. W Unii Europejskiej kraje skandynawskie charakteryzują się największym formalnym i nieformalnym kapitałem społecznym.³⁷ Chociaż w niektórych krajach zachodnich w czasie trwania badania opisywano zmniejszenie kapitału społecznego, to nie odnotowano takiego zjawiska w krajach skandynawskich.³⁸ Mimo recesji, która rozpoczęła się w latach 90. XX wieku, nierówności społeczne dotyczące zdrowia zasadniczo utrzymywały się na tym samym poziomie. Wydaje się, że uzyskane przez autorów wyniki nie odzwierciedlają najważniejszych zmian w czynnikach społecznych wpływających na zdrowie.

Dane z Rosji wskazują na silną zależność między tendencją do przedwczesnego zgonu a używaniem alkoholu, szczególnie u mężczyzn.⁴⁰ Podczas badania spożycie mocnych alkoholi uległo niewielkiemu zmniejszeniu tylko w Szwecji (z 1,3 do 1,2 l czystego alkoholu na osobę w wieku 15 lat i starszą), natomiast w Danii i Finlandii spożycie mocnych alkoholi zwiększyło się.⁴¹ Dlatego nie wydaje się prawdopodobne, aby korzystne zmiany w przewidywanej długości życia zależały od społecznych zmian dotyczących używania alkoholu.

POLITYKA ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM

Uzyskane przez autorów, raczej niepokojące, dane ze Szwecji wskazują, że w ciągu 20 lat nie stwierdzono postępu w zmniejszaniu różnicy w przewidywanej długości życia u mężczyzn

Tabela 1. Ryzyko umieralności i przewidywana długość życia w wieku 15 lat u mężczyzn z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i w populacji ogólnej w Danii, Finlandii i Szwecji

	Dania				Finlandia				Szwecja			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006
Cała grupa ryzyka, <i>n</i>	34 072	31 675	34 769	36 616	60 071	58 543	72 244	67 485	49 414	46 918	43 593	41 341
Umieralność w grupie ryzyka/100 000 osób	4105	4133	3638	3920	4221	3708	3724	3642	4294	4015	3743	3564
Obserwowany/przewidywany wskaźnik umieralności ^a												
Wiek 15-29	15,3	18,5	13,3	11,7	8,7	9,4	9,1	9,2	12,8	15,2	15,9	14,4
Wiek 30-44	10,6	11,5	11,9	11,6	9,7	8,4	9,4	9,7	10,8	11,3	13,3	13,2
Wiek 45-59	6,3	5,9	5,9	6,3	5,4	5,3	5,6	5,6	6,8	7,0	7,7	8,0
Wiek 60-75	3,0	2,9	3,1	3,1	3,0	2,8	3,2	3,3	3,2	3,1	3,5	3,9
Wiek 75+	2,4	1,9	1,8	1,8	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	1,8	1,8
W sumie	3,2	3,1	2,9	3,0	2,1	2,1	1,8	2,3	3,0	3,0	2,9	2,9
Obserwowana/przewidywana choroba (cała grupa)	2,6	2,5	2,4	2,5	1,6	1,6	1,4	1,8	2,4	2,4	2,2	2,2
Obserwowane/przewidywane samobójstwa (cała grupa)	26,4	27,5	25,8	25,1	10,9	9,8	8,1	9,3	17,4	17,6	20,7	20,6
Obserwowane/przewidywane inne zewnętrzne przyczyny (cała grupa)	5,8	7,1	7,1	6,1	5,7	5,6	4,7	6,0	8,5	9,2	9,2	9,6
Przewidywana długość życia, w latach												
Grupa ryzyka	33,9	34,2	36,7	39,0	35,9	39,8	40,1	41,9	40,2	42,2	42,0	43,3
Populacja ogólna	58,1	58,5	59,7	60,9	56,7	58,1	59,5	60,8	60,4	61,6	62,7	63,6
Różnica w przewidywanej długości życia	24,2	24,3	23,0	21,9	20,7	18,3	19,4	18,9	20,2	19,4	20,7	20,3

^aObserwowana vs przewidywana umieralność w standardowej populacji skandynawskiej

z zaburzeniami psychicznymi. Wykazano, że względne ryzyko zgonu w wyniku samobójstwa i z innych przyczyn zewnętrznych uległo zwiększeniu u szwedzkich mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu ze szwedzkimi mężczyznami z populacji ogólnej. W okresie prowadzenia obserwacji we wszystkich trzech krajach doszło do znacznego zmniejszenia umieralności z powodu samobójstw.²⁶ Mężczyźni częściej umierają w wyniku samobójstwa, a dane autorów wskazują, że liczba samobójstw u mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi zmniejszyła się bardziej niż liczba samobójstw mężczyzn w populacji ogólnej w Danii i Finlandii, ale nie w Szwecji. Przeprowadzona w Finlandii na niewielkim obszarze analiza wykazała, że do zmniejszenia ryzyka samobójstwa u osób z zaburzeniami psychicznymi przyczyniła się poprawa opieki środowiskowej.⁴²

Przejście do modelu opieki środowiskowej w Szwecji dokonało się mniej skutecznie niż w dwóch pozostałych krajach. Obserwacje wykazały, że w wielu przypadkach lokalne samorządy w Szwecji nie były w stanie zapewnić opieki środowiskowej wypisanym ze szpitali pacjentom, którzy przebywali w nich przez dłuższy czas. W 2006 roku w celu poradzenia sobie z tym problemem wprowadzono narodowy program zdrowia psychicznego.⁴³ We wszystkich trzech krajach opracowano plany narodowej akcji zapobiegania samobójstwom (w Finlandii w 1991 roku, w Szwecji w 1995 roku i w Danii w 1998 roku), ale wprowadzanie tych akcji w życie było silniej wspierane przez rządy Danii i Finlandii niż Szwecji.⁴⁴ Brak stanowczo prowadzonej polityki zapobiegania samobójstwom w Szwecji może częściowo tłumaczyć, dlaczego nie udało się zapobiegać

Tabela 2. Ryzyko umieralności i przewidywana długość życia w wieku 15 lat u kobiet z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i w populacji ogólnej w Danii, Finlandii i Szwecji

	Dania				Finlandia				Szwecja			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006
Cała grupa ryzyka, <i>n</i>	37 807	35 416	38 050	40 002	43 177	42 422	55 883	56 561	40 621	39 906	39 536	38 958
Umieralność w grupie ryzyka/100 000	3578	3536	3090	2553	3803	3354	3029	2480	3369	3235	2814	2503
Obserwowany/przewidywany wskaźnik umieralności ^a												
Wiek 15-29	27,1	20,5	13,1	10,9	19,8	16,4	13,6	14,7	15,4	14,3	12,4	13,0
Wiek 30-44	12,9	11,4	10,5	9,7	12,4	11,0	10,1	9,8	12,1	12,4	12,2	11,8
Wiek 45-59	5,3	5,3	5,7	6,0	6,7	5,8	5,9	5,7	6,1	6,1	6,3	6,2
Wiek 60-75	3,1	3,0	2,7	3,1	3,4	2,9	3,3	3,3	3,3	3,1	3,7	4,0
Wiek 75+	1,5	1,5	1,4	1,4	1,6	1,5	1,5	1,3	1,6	1,6	1,5	1,5
W sumie	2,8	2,6	2,5	2,5	2,0	1,9	1,6	1,9	2,7	2,6	2,2	2,0
Obserwowana/przewidywana choroba (cała grupa)	2,1	2,1	2,1	2,1	1,6	1,5	1,3	1,5	2,2	2,2	1,9	1,7
Obserwowane/przewidywane samobójstwa (cała grupa)	36,7	34,4	37,9	38,8	27,7	22,4	17,8	18,8	34,2	34,5	35,1	36,6
Obserwowane/przewidywane inne zewnętrzne przyczyny (cała grupa)	4,4	5,8	5,7	7,1	5,2	4,9	4,5	5,6	7,3	6,2	6,3	5,9
Przewidywana długość życia, w latach												
Grupa ryzyka	41,6	43,7	46,9	48,3	46,2	51,1	52,3	54,1	49,5	51,5	52,7	53,1
Populacja ogólna	63,6	63,6	64,4	65,4	64,7	65,7	66,7	67,6	66,2	67,0	67,5	68,0
Różnica w przewidywanej długości życia	22,0	19,9	17,4	17,1	18,5	14,6	14,3	13,6	16,7	15,5	14,8	14,9

^aObserwowana vs przewidywana umieralność w standardowej populacji skandynawskiej

samobójstwom u mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi, co powiodło się w Danii i Finlandii.

WPLYW PŁCI

Uzyskane dane wskazują również na wpływ czynników zależnych od płci. We wszystkich trzech krajach wydłużenie przewidywanej długości życia osób z zaburzeniami psychicznymi było mniejsze u mężczyzn niż u kobiet. Wpływ płci może odzwierciedlać różnice w szukaniu pomocy w ośrodkach środowiskowych. Europejskie badania wykazały, że kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni rozmawiają z profesjonalistami zajmującymi się ochroną zdrowia o problemach dotyczących zdrowia psychicznego.⁴⁵ Może to również obrazować zależny od płci charakter zaburzeń psychicznych: ogólnie przyjmuje się, że kobiety częściej chorują na zaburzenia afektywne, a mężczyźni na zaburzenia związane z nadużywaniem substancji.⁴⁶ Jeżeli przejście do opieki środowiskowej jest mniej korzystne dla osób cierpiących na zaburzenia związane z używaniem substancji, mogłoby to prowadzić do niekorzystnych konsekwencji dla mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi.

OGRANICZENIA BADANIA

Zaletą tego badania były stabilne systemy opieki zdrowotnej i obejmujące całą populację rejestry przyczyn zgonów, jednak porównywalność wyników w różnych krajach mogą zaburzać różnice w tych systemach, np. różne praktyki odsyłania pacjentów. Trzeba zachować ostrożność przy porównywaniu wartości bezwzględnych, lepszym parametrem porównawczym są tendencje. Źródła danych były ograniczone do trzech krajów skandynawskich. Autorzy nie mogli uwzględnić danych z Norwegii, ponieważ dane dotyczące wypisów ze szpitala w norweskim rejestrze pacjentów do 2009 roku nie obejmowały kodów umożliwiających identyfikację osób, potrzebnych do powiązania danych z rejestrów.⁴⁷

Dobór uczestników badania opierał się na rejestrach osób wypisywanych ze szpitali, dlatego osoby z zaburzeniami psychicznymi, które w okresie od 1987 do 2006 roku nie były przyjmowane do szpitala ani diagnozowane, nie zostały uwzględnione w analizie. Zatem w badaniu nie uwzględniono niehospitalizowanych osób z mniej poważnymi zaburzeniami psychicznymi, które mogły charakteryzować się dłuższą przewidywaną długością życia. Zmiany w systemach opieki zdrowotnej i praktykach diagnostycznych mogą powodować niejednorodności rozkładu ryzyka populacyjnego w czasie, jednak stabilna liczba osób hospitalizowanych w okresie badania świadczy o tym, że nie dokonała się duża zmiana w rozkładzie pacjentów hospitalizowanych. W czasie badania w krajach skandynawskich zmniejszyła się częstość przeprowadzania autopsji, ale częstość zgonów o nieznanym przyczynie w rejestrach pozostała niewielka, od 0,2% w Finlandii, przez 0,8% w Szwecji, do 1,1% w Danii.

Autorzy przestrzegają przed zbyt łatwym przekładaniem tych wyników na inne państwa. Obserwowane korzystne

efekty deinstytucjonalizacji psychiatrii w trzech krajach skandynawskich mogą być w dużym stopniu swoiste i zależne od ochronnych czynników społeczno-ekonomicznych, silniejszych niż w wielu innych krajach. Do tych potencjalnych czynników ochronnych należy silna opieka społeczna, dobra ochrona społeczna, duży kapitał społeczny i korzystne postawy społeczne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

IMPLIKACJE BADANIA

Przewidywana długość życia jest parametrem odzwierciedlającym w przybliżeniu, w jakim stopniu społeczeństwo skutecznie zaspokaja potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi. Wyniki tego badania wskazują na postęp w tej dziedzinie w Danii, Finlandii i dotyczący kobiet w Szwecji. Jednocześnie wykazano, że obserwowane zmiany były niewielkie, a także, że utrzymała się różnica w przewidywanej długości życia u mężczyzn w Szwecji, co wynika z nieskutecznego zapobiegania samobójstwom i zgonom z powodu aktów przemocy i wypadków w tej grupie. Reformy, które doprowadziły do zamknięcia instytucji psychiatrycznych, wiążą się z nieodłącznym ryzykiem zaniedbania pacjentów i pozostawienia ich samym sobie. Uzyskane wyniki wykazują, że w różnych krajach można dokonywać deinstytucjonalizacji przy jednoczesnym utrzymaniu na tym samym poziomie przewidywanej długości życia osób z zaburzeniami psychicznymi lub jej wydłużeniu. Pomimo przekształceń ośrodków zdrowia psychicznego różnica w przewidywanej długości życia przez 20 lat pozostała w dużej mierze niezmienną i utrzymywały się najważniejsze nierówności zdrowotne między osobami z zaburzeniami psychicznymi a resztą społeczeństwa.

From the British Journal of Psychiatry (2011) 199, 453–458. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283–90.
2. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11–53.
3. Joukamaa M, Heliö vaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry* 2001;179:498–502.
4. Joukamaa M, Heliö vaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry* 2006;188:122–7.
5. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* 2000;45:21–8.
6. Fors BM, Isacson D, Bingefors K, Widerlöf B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study. *Nord J Psychiatry* 2007;61:252–9.
7. Tidemalm D, Waern M, Stefansson CG, Elofsson S, Runeson B. Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:23.
8. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:899–907.

9. Hewer W, Rössler W, Fatkenheuer B, Löffler W. Mortality among patients in psychiatric hospitals in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:174-9.
10. Hewer W, Rössler W. Mortality of patients with functional psychiatric illnesses during in-patient treatment [in German]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997;65: 171-81.
11. Perakis A, Kolaitis G, Kordoutis P, Kranidioti M, Tsiantis J. Mortality among institutionalised people with learning disabilities in Greece: a 30-year survey at the Leros PIKPA asylum. *Br J Psychiatry* 1995;167(suppl 28):70-7.
12. Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:297-304.
13. Salazar-Fraile J, Gomez-Beneyto M, Perez-Hoyos S, Hurtado-Navarro I. Mortality among psychiatric patients referred to the mental health services in Valencia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:224-9.
14. Stark C, MacLeod M, Hall D, O'Brien F, Pelosi A. Mortality after discharge from long-term psychiatric care in Scotland, 1977-94: a retrospective cohort study. *BMC Public Health* 2003; 3: 30.
15. Ensínck KT, Schuurman AG, van den Akker AM, Metsemakers JF, Kester AD, Knotterus JA, et al. Is there an increased risk of dying after depression? *Am J Epidemiol* 2002;156:1043-8.
16. Gissler M, Tuori T, Wahlbeck K, The Nordic Reference Group. Mental health in the Nordic countries. *Health Statistics in the Nordic Countries 2005 - Helsestatistik for de Nordiske Lande 2005*. Nordic Medico-Statistical Committee, 2007.
17. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000;321:483-4.
18. Heilä H, Haukka J, Suvisaari J, Lönnqvist J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med* 2005;35:725-32.
19. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. WHO, 1992.
20. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. *Dan Med Bull* 1997;44:82-4.
21. Juul K, Helweg-Larsen K. The Danish registers of causes of death. *Dan Med Bull* 1999;46:354-7.
22. Keskimäki I, Aro S. The accuracy of data on diagnoses, procedures and accidents in the Finnish Hospital Discharge Register. *Int J Health Serv* 1991;2:15-21.
23. Lahti RA, Penttilä A. The validity of death certificates: routine validation of death certification and its effects on mortality statistics. *Forensic Sci Int* 2001;115: 15-32.
24. Swedish Ministry of Health and Social Affairs. *Kvalitet och innehåll i patientregistret. Utskrivningar från slutenvården 1964-2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997-2007 [Quality and content of the Swedish Patient Register]*. Socialstyrelsen, 2009.
25. Johansson LA, Westerling R. Comparing Swedish hospital discharge records with death certificates: implications for mortality statistics. *Int J Epidemiol* 2000;29: 495-502.
26. Nordic Medico-Statistical Committee. *Health Statistics in the Nordic Countries 2007. Helsestatistik for de Nordiske Lande 2007*. NOMESCO, 2009.
27. World Health Organization Regional Office for Europe. *European Health For All Database (HFA-DB)*. WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://data.euro.who.int/hfad/>).
28. Wiesler H. Une méthode simple pour la construction de tables de mortalité abrégées. *Proceedings of the First World Population Conference, Rome, vol. 4*. United Nations, 1954.
29. Karlsson N, Wahlbeck K. *Från Reformintention Till Praxis: Mentalvårdens Utveckling i Finland Efter År 1990 [From Reform Intentions to Practice:*

KOMENTARZ



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii
Akademia Medyczna we Wrocławiu

Artykuł autorów skandynawskich ukazał się w niezwykle ważnym momencie, a mianowicie w czasie, kiedy w Polsce powinny toczyć się intensywne prace (już nie dyskusje) nad wdrażaniem, zagwarantowanego ustawowo, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), którego realizację została przewidziana lata na lata 2011-2014.

Niestety, jak na razie nie odnotowuje się na tym polu widocznego postępu. Nie obserwuje się szczególnej aktywności ze strony instytucji odpowiedzialnych za wdrażanie Programu, a potencjalni wykonawcy określonych w Ustawie zadań, którzy mogliby się spodziewać dopływu środków budżetowych na ten cel, nie mają powodów do zadowolenia. Także środowiska naukowe nie podjęły jak dotychczas aktywności, aby wykorzystując zapis Ustawy, zaplanować badania m.in. do oceny skuteczności i realizacji Programu, ale także w celu unowocześnienia i poszerzenia zastosowania systemów statystyki medycznej, tak aby możliwe było

monitorowanie na bieżąco sytuacji w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce.

Warto zatem przyjrzeć się, jakie efekty poprawiające stan zdrowia osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi przyniosły działania reformatorskie w skandynawskim systemie ochrony zdrowia psychicznego, co może stanowić inspirację do podjęcia zintensyfikowanych działań na rzecz NPOZP w Polsce.

Jednym z ważnych negatywnych mierników oceny stanu zdrowia populacji jest wskaźnik umieralności. Wiele badań przeprowadzonych w różnych krajach wskazuje na duże rozwarstwienie między oczekiwaną długością życia w populacji ogólnej i osób leczonych psychiatrycznie, szczególnie tych z najcięższymi zaburzeniami psychicznymi. Rozwarstwienie to wcale nie musi się zmniejszać, a wręcz przeciwnie może się zwiększać, o ile nie zostaną podjęte określone działania reformatorskie, w tym akcje promocji zdrowia, poprawa dostępu do ochrony zdrowia, zapobieganie samobójstwom czy bezpieczne leczenie w systemie dobrze zintegrowanym ze środowiskiem.

Cele takie pod koniec lat 80. ubiegłego stulecia zostały wytyczone w trzech krajach skandynawskich, Danii, Szwecji i Finlandii, a po dwudziestu latach poddano analizie wskaźniki umieralności, aby ocenić przewidywaną długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Zmniejsz-

- Developments in Finnish Mental Health Care Since 1990]. Rapport 24/2010. Finland National Institute for Health and Welfare, 2010 (<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d0d504f0-d878-4a19-97b3-e3b060f9b09a>)
30. Osborn DP, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's general practice research database. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 242–9.
 31. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:565–72.
 32. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:713–20.
 33. Sims ACP. Mortality statistics in psychiatry. *Br J Psychiatry* 2001;179:477–8.
 34. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:14.
 35. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006; 367: 528–9.
 36. European Commission. Mental Well-being. Special Eurobarometer 248/wave 64.4. EC Directorate General Communication, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_248_en.pdf).
 37. Pichler F, Wallace C. Patterns of formal and informal social capital in Europe. *Eur Sociol Rev* 2007;23:423–35.
 38. Halpern D. Social Capital. Polity Press, 2005.
 39. Lahelma E, Kivela K, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Soc Sci Med* 2002; 55:609–25.
 40. Zaridze D, Brennan P, Boreham J, Boroda A, Karpov R, Lazarev A, et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet* 2009;373:2201–14.
 41. Finland National Institute for Health and Welfare. Nordic Alcohol Statistics 2008. Finland National Institute for Health and Welfare, 2009 (http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Ti20_09.pdf).
 42. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147–53.
 43. Swedish Ministry of Health and Social Affairs. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. SOU 2006:100 [Ambition and Responsibility: National Strategy for People with Mental Disorders and Disabilities]. Socialdepartementet, 2006 (<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf>).
 44. Nordentoft M, Gudnason K, Laigaard A, Koch I, Bille-Brahe U, Hjorth Madsen B, et al. Forslag til Handlingsplan til Forebyggelse af Selvmordsforsøg og Selvmord i Danmark [Action Plan for Prevention of Suicide and Suicide Attempts in Denmark]. Denmark National Board of Health, 1998.
 45. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:47–54.
 46. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.
 47. Norwegian Patient Register. Aktivitetsdata i Psykisk Helsevern for Voksne 2008. Rapport IS-1749 [Activity Data from Adult Mental Health Services 2008]. Helsedirektoratet, 2010.

szenie różnic w umieralności w stosunku do populacji ogólnej byłoby odzwierciedleniem skuteczności narodowej strategii dotyczącej zdrowia psychicznego i dostępności opieki.

Zmiany, jakie dokonywały się w lecznictwie psychiatrycznym w wymienionych krajach, polegały na zmniejszeniu liczby łóżek szpitalnych dla osób leczonych psychiatrycznie, co zostało skompensowane zwiększeniem udziału leczenia psychiatrycznego w podstawowej opiece zdrowotnej i intensywnie rozwijaną opieką środowiskową. Trzeba zauważyć, że zmniejszenie liczby łóżek było największe w Szwecji od około 30/10 000 mieszkańców w 1987 r. do blisko 10/10 000 w 2007 roku, natomiast znacznie mniejsza w Danii, odpowiednio z 11/10 000 do 6/10 000. W Polsce w latach 1990–2007 w podobnej skali jak w Danii zredukowano łóżka w szpitalach psychiatrycznych od 8,2 do 4,7 na 10 000 mieszkańców. Dokonywało się to jednak w innych realiach, gdzie w niewielkim stopniu rozwijała się opieka środowiskowa, nie wdrażano adekwatnych programów opieki środowiskowej, a monitorowanie procesu miało jedynie wymiar statystyczno-administracyjny.

Autorzy badania zwracają uwagę, że mimo znacznego zmniejszenia liczby łóżek wcale nie zmniejszyła się bezwzględna liczba przyjęć do szpitali, co było wynikiem znacznego skrócenia czasu pobytu na oddziałach stacjonarnych. Podobne zjawisko obserwuje się w Polsce, chociaż w niektórych regionach (dolnośląskie) szpitale psychiatryczne często nie dysponują wolnymi miejscami, co skutkuje kierowaniem

pacjentów do szpitali znacznie oddalonych od miejsca zamieszkania, utrudniając tym samym skuteczne leczenie środowiskowe. Nie bez znaczenia jest też tutaj typowe dla polskich realiów sztuczne utrzymywanie wysokiego stanu osobowego pacjentów na oddziale, aby można było w 100% wypełnić kontrakt z NFZ.

Autorzy artykułu podkreślają pewne różnice w przewidywanej długości życia osób leczonych psychiatrycznie między krajami, przy najlepszych wskaźnikach w Danii i Finlandii (wydłużyła się o około 7 lat) i gorszych w Szwecji, gdzie wzrost był wprawdzie mniejszy, ale proporcjonalny do wzrostu tego parametru w populacji ogólnej. Mimo tych korzystnych zmian cierpiący na zaburzenia psychiczne skandynawscy mężczyźni nadal żyją 20, a kobiety 15 lat krócej niż osoby z populacji ogólnej.

Ten artykuł, opublikowany w wysoko notowanym czasopiśmie, daje również pogląd na rolę czynników ryzyka, które stanowią o zwiększonej umieralności wśród osób leczonych psychiatrycznie, a także wskazuje na potencjalne działania zapobiegawcze. Nie bez znaczenia jest tutaj dobrze rozwinięty w krajach skandynawskich system monitorowania procesu, dający możliwość łączenia danych z różnych instytucji. Można sobie wyobrazić, że gdyby taki system działał w Polsce i moglibyśmy w ramach NPOZP ocenić, jak zmieniła się przewidywana długość życia chorych psychicznie, to w przybliżeniu byłaby to odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu społeczeństwo skutecznie zaspokaja potrzeby tych osób.