

Mental and behavioral disorders in the population of homeless patients admitted to hospital emergency departments

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w populacji bezdomnych pacjentów przyjmowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych

Anna Burak ABDEF¹ <https://orcid.org/0000-0002-9541-7268>, Maria Kłopočka ADEF²

<https://orcid.org/0000-0003-2149-5826>, Zofia Wyszowska ADEF³ <https://orcid.org/0000-0002-0919-2251>

¹ Department of Emergency Medicine, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland

² The Department of Gastroenterology and Eating Disorders, Nicolaus Copernicus University, Toruń, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Poland

³ Department of Management, University of Technology and Life Sciences in Bydgoszcz, Poland

Abstract

The aim of the study is to identify the most common mental and behavioral disorders diagnosed in homeless patients admitted to hospital emergency departments and to identify performed medical procedures including diagnostic and therapeutic measures in this range.

Material and Method:

Data from information systems of three hospitals concerning stays of homeless people in ED in Bydgoszcz in 2013-2015 were analyzed. As many as 3133 stays were identified. The data was compiled using the Microsoft Excel spreadsheet and Statistica 10 statistical software package.

Results: Diagnoses in the category of mental disorders and behavioral disorders constituted 23.3% of diagnoses made in the studied population, of which two thirds were psychiatric disorders and behavioral disorders caused by alcohol use. Specific personality disorders (5.84%), schizophrenia (3.82%), and mild mental retardation (2.24%) were diagnosed in patients. One tenth of all the ICD-9 procedures performed were the procedures of the category 94 - *Procedures related to mental condition*.

Conclusions: Mental and behavioral disorders are one of the main reasons for admission of homeless people to hospital emergency departments. Most diseases is diagnosed in facilities where psychiatric consultation is possible, as well as where the number of procedures related to mental condition performed is the highest. Homeless patients suffering from mental and behavioral disorders are rarely admitted to hospital wards for hospitalization. Psychiatric care for homeless patients admitted to emergency departments is an ad hoc intervention and depends on the availability of a psychiatrist. Providing homeless patients with access to a psychiatric diagnosis at ED level would affect the quality of psychiatric care and would contribute to the improvement of mental health of homeless people.

Keywords: homelessness, mental disorders, hospital emergency department

Streszczenie

Celem badania była identyfikacja najczęstszych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania diagnozowanych u bezdomnych pacjentów przyjmowanych w SOR oraz wykonanych procedur medycznych obejmujących zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne w tym zakresie.

Material i metoda: Analizie poddano dane z systemów informatycznych trzech szpitali dotyczące pobytów bezdomnych osób w SOR w Bydgoszczy w latach 2013-2015. Zidentyfikowano 3133 pobyty. Dane opracowano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel oraz pakietu statystycznego Statistica 10.

Wyniki: Rozpoznanie w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania stanowiły 23,3% rozpoznań postawionych w badanej populacji, w tym dwie trzecie stanowiły zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu. U pacjentów stwierdzono również: specyficzne zaburzenia osobowości (5,84%), schizofrenię (3,82%), upośledzenie umysłowe lekkie (2,24%). Spośród wszystkich wykonanych procedur ICD-9 jedną dziesiątą stanowiła kategoria 94 - *Zabiegi*

związane z psychiką.

Wnioski: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią jedną z głównych przyczyn przyjęć bezdomnych osób w SOR. Najwięcej rozpoznań w tym zakresie jest stawianych w placówkach, w których istnieje możliwość konsultacji psychiatrycznej. Bezdomni pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania rzadko przyjmowani są na hospitalizację do oddziałów szpitalnych. Opieka psychiatryczna dla pacjentów bezdomnych przyjmowanych w SOR ma charakter doraźnych interwencji oraz jest zależna od dostępności lekarza psychiatry. Zapewnienie bezdomnym pacjentom dostępu do diagnozy psychiatrycznej na poziomie SOR wpłynęłoby na jakość opieki psychiatrycznej oraz przyczyniłoby się do poprawy zdrowia psychicznego osób bezdomnych.

Słowa kluczowe: bezdomność, zaburzenia psychiczne, szpitalny oddział ratunkowy

Introduction

Homelessness is a real social problem that pertains to all countries of the world. The number of homeless people in Poland in 2019 was determined as 30 330. One fifth of them are non-institutionalized homeless people [1], who, according to the European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS), would fall into the category of "having no roof over their heads" [2].

The homelessness phenomenon is getting better and better known, and the negative impact of homelessness on the health of people affected by it is well-documented in the literature, especially in the foreign literature [3-6]. In Poland, relatively few studies have been devoted to the comprehensive approach to the health care of homeless people [7-10]. There is also a shortage of quantitative and qualitative studies concerning the problem of homeless people with mental disorders and behavioral disorders. It is even difficult to determine the size of the homeless people population in Poland having this problem.

Researchers emphasize frequent occurrence of mental disorders, including addiction to alcohol and other substances, among people who have no place of residence [11-19]. The occurrence of mental and behavioral disorders in homeless people is affected by living in stressful conditions, under constant threat, in high mental burden, insecurity, as well as loneliness and isolation to a large extent [20-23]. The level of advancement of these disorders is correlated with the duration of a homeless person on the street [17].

The International Classification of Diseases (ICD) [24] includes various mental health anomalies in F00 to F99 classification groups, including organic mental disorders, psychiatric disorders and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances, schizophrenia, mood disorders, neurotic disorders, personality disorders, mental retardation and other.

Homeless people living on the streets, bus stops, railway station areas, parks, garden houses, in dives, more rarely from hostels or night shelters are brought to hospital emergency departments. In the population of these patients, mental disorders and behavioral disorders are diagnosed apart from somatic diseases [25-27].

Diagnoses of this category are disproportionately more prevalent in the group of homeless patients than in the general population [12].

The Act on Mental Health Protection [28] specifies that the protection of mental health is provided by the government and self-government administration bodies and institutions established for that purpose. The associations and other social organizations, foundations, professional self-government bodies, churches and other religious associations, and self-help groups of patients and their families, as well as other natural and legal persons may participate in activities concerning mental health protection. However, for the homeless, especially those who do not use shelters, a large problem is not only the access to psychiatric care, but also, in the case of addicts, time-consuming and often ineffective drying-out procedures [29]. Most institutions for homeless people do not employ a psychiatrist [10]. In emergency departments, psychiatric consultations are usually provided when it is necessary to refer a patient to a psychiatric hospital. Therefore, there are no conditions or possibilities to perform tasks resulting from the act, i.e.: promotion of mental health and prevention of mental disorders among people being in situations posing a threat to their mental health, or above all to provide people with mental disorders with multi-leveled and widely available health care and other forms of care and help that are necessary for social functioning. The authors emphasize that there are numerous barriers in the access of homeless people to health care [29-30], and there is no doubt that homeless people's needs both in this area and as regards comprehensive health care are complex [31-32].

The aim of the study is to identify the most common mental and behavioral disorders diagnosed in homeless patients admitted to hospital emergency departments and to identify performed medical procedures including diagnostic and therapeutic measures in this range.

Material and method

The retrospective assessment was based on the analysis of admissions of homeless people to EDs in three hospitals located in the city of Bydgoszcz (Hospital No. 1,

Hospital No. 2, Hospital No. 3). HIS (Hospital Information System) class data collected in hospital information systems, concerning stays of homeless people in hospital emergency departments in the years 2013-2015 were analyzed.

Patients were qualified to the population of homeless on the basis of their registering as homeless persons during the registration process by the ED staff based on one of the three criteria: the definition of a homeless person in accordance with the Social Welfare Act, art. 6 point 8 [19], information obtained from the patient and, in case of patients with a limited or no logical contact, recognition of the person as a homeless on the basis of external factors indicating the homelessness of the patient – hygienic condition, degree of scruffiness and the place from where the patient was taken by the emergency medical team (EMT).

Although it was impossible to objectively verify the category of homeless people treated in ED, it can be assumed that to a large extent it is a population belonging, according to the ETHOS typology, to the category of "having no roof over their heads".

During the study period, homeless people were admitted 3133 times to hospital emergency departments: 1368 to the Hospital No. 1, 1248 to the Hospital No. 2 and 517 to the Hospital No. 3, respectively. The vast majority of stays in a hospital was recorded for men (91.0%). The average age of patients was 46.8 ± 12.6 years. The average age of women was 43.6 ± 15.7 years, while men 47.0 ± 12.2 years.

The data was developed using the standard functions of the Microsoft Excel spreadsheet and the STATISTICA 10 statistical software package.

The study obtained the approval of the Bioethics Committee KB 410/2016 of 24.05.2016.

Results

The disease diagnoses were analyzed on the basis of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10. A total of 3826 codes indicated by service providers as codes of the underlying disease were identified. In the group of 10 most frequently diagnosed diseases (Table 1), 13.2% concerned diagnoses in the category of mental and behavioral disorders (F00-F99), while one tenth of those diagnoses constituted acute alcohol poisoning (F10.0). It was also the most common diagnosis among the study population. Other diagnoses in this category concerned addiction syndrome (F10.2) and withdrawal syndrome (F10.3).

Due to the diversity of ICD-10 diagnoses, which occurred mainly in individual cases, further analysis was made by grouping the diagnoses into the main categories of ICD-10 (Table 2).

Table 1. Most frequently diagnosed underlying medical conditions in homeless patients admitted to ED (2013-2015)

Item	ICD-10 code	Meaning	N	%
1	F10.0	Mental and behavioral disorders due to acute alcohol intoxication	372	9.72
2	S00	Superficial injury of head	184	4.81
3	S00.0	Superficial injury of scalp	162	4.23
4	T51.0	Toxic effect of alcohol	141	3.69
5	T51	Ethanol	107	2.80
6	Z03.8	Observation for other suspected diseases and conditions	92	2.40
7	F10.2	Dependence syndrome	78	2.04
8	S01.0	Open wound of scalp	73	1.91
9	Z03	Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions	70	1.83
10	F10.3	Mental and behavioral disorders due to alcohol abuse - a withdrawal syndrome	55	1.44

Source: Own calculations based on data obtained from hospitals

Diagnosis of F00-F99 category (mental and behavioral disorders) accounted for 23.3% of all diagnoses given to homeless patients immediately after the diagnosis of S00-T98 category (injury, poisoning and certain other consequences of external causes), whose percentage was 40.5%. Two-thirds of the diagnoses in F00-F99 category included mental disorders and behavioral disorders caused by alcohol use (F10, 67.34%), and one-tenth psychiatric disorders and behavioral disorders due to the alternate use of the above-mentioned agents (F10-F18) and other psychoactive substances (F19, 9.88%). Moreover, patients were diagnosed with specific personality disorders (F60, 5.84%), schizophrenia (F20, 3.82%), mild mental retardation (F70, 2.24%) and others. A detailed list of F00-F99 categories is presented in Table 3.

The difference in the number of diagnoses in the F00-F99 category identified in hospitals was noted. Most diagnoses in this category were made in the Hospital No. 1 (95.6%), then in the Hospital No. 2 (3.4%), and the lowest number in Hospital No. 3 (1%). The reason for such a big difference is probably the fact that there is the Psychiatry Clinic, as well as the Psychiatric Admissions Ward within the structures of the Hospital No. 1, where it is possible to examine homeless patients. The Hospital No. 3 also includes the Psychiatry Clinic within its structures, but it does not have an admissions ward.

For 0.5% (n = 4) of persons in the group of patients with mental and behavioral disorders, the stay in ED

Table 2. Disease diagnoses according to ICD-10 code in homeless patients admitted to ED (2013-2015)

ICD-10 code	Meaning	Quantity	%
A00-B99	Certain infectious and parasitic diseases	13	0.3
C00-D48	Neoplasms	14	0.4
D50-D89	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	7	0.2
E00-E90	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	49	1.3
F00-F99	Mental and behavioral disorders	891	23.3
G00-G99	Diseases of the nervous system	167	4.4
H00-H59	Diseases of the eye and adnexa	19	0.5
H60-H95	Diseases of the ear and mastoid process	4	0.1
I00-I99	Diseases of the circulatory system	108	2.8
J00-J99	Diseases of the respiratory system	35	0.9
K00-K93	Diseases of the digestive system	46	1.2
K00-K93	Diseases of the digestive system	46	1.2
L00-L99	Diseases of the skin and subcutaneous tissue	57	1.5
M00-M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	35	0.9
N00-N99	Diseases of the genitourinary system	35	0.9
O00-O99	Pregnancy, childbirth and puerperium	16	0.4
R00-R99	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	218	5.7
S00-T98	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	1550	40.5
V01-Y98	External causes of morbidity and mortality	268	7.0
Z00-Z99	Factors influencing health status and contact with health services	294	7.7
Total		3826	100.0

Source: Own calculations based on data obtained from hospitals

ended with the admission to a hospital ward. In three cases, it was an internal medicine ward.

An analysis of medical procedures performed in hospital emergency departments was carried out in the study population based on the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-9. The analysis was carried out in persons whose stays ended with a discharge from ED ($n = 2841$). There were 10 402 ICD-9 medical procedures performed in 0-100 categories.

Table 4 shows 5 most frequently performed medical procedures. They constituted 46.6% of all procedures. This group included a clinical-and-psychiatric assessment of the patient's mental condition, which accounted for 3.87% of all procedures.

Due to the diversity of individual medical procedures, further analysis was made by grouping the procedures into the main categories of ICD-9. Table 5 shows 5 most frequently reported main categories of ICD-9. One tenth of them was category 94 - Procedures related to mental condition. The vast majority (99.4%) were performed

in the Hospital No. 1, while the remaining 0.6% in the Hospital No. 3.

Over one-third of this category constituted a clinical-and-psychiatric assessment of the mental condition (94.111). Psychiatric assessment of the mental condition was made in every sixth patient, and every seventh patient was referred to the outpatient psychiatric care (Table 6).

Discussion of the results

There are no papers in the Polish literature describing mental and behavioral disorders in the population of homeless patients admitted to hospital emergency departments. Although care for homeless people has become an everyday routine in hospital emergency departments [33-36], while mental and behavioral disorders are relatively frequent among the homeless population, literature on this subject is very limited, especially in Europe. The study results present diverse data, and their analysis shows the complex nature of the problem.

As shown by the results of own study, homeless

Table 3. List of ICD-10 codes for F00-F99 category in homeless patients admitted to ED (2013-2015)

ICD-10 code	Meaning	Quantity	%
F03	Unspecified dementia	7	0.79
F05	Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances	1	0.11
F06	Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	3	0.34
F07	Personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction	9	1.01
F10	Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	600	67.34
F11	Mental and behavioral disorders due to use of opioids	1	0.11
F13	Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics	8	0.90
F14	Mental and behavioral disorders due to use of cocaine	1	0.11
F15	Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine	2	0.22
F17	Mental and behavioural disorders due to use of tobacco	4	0.45
F19	Mental and behavioral disorders due to the alternate use of the above-mentioned agents (F10-F18) and other psychoactive substances	88	9.88
F20	Schizophrenia	34	3.82
F21	Schizotypal disorder	2	0.22
F22	Persistent delusional disorders	1	0.11
F23	Acute and transient psychotic disorders	2	0.22
F31	Bipolar affective disorder	1	0.11
F32	Depressive episode	11	1.23
F33	Recurrent depressive disorder	5	0.56
F39	Unspecified mood (affective) disorder	4	0.45
F41	Other anxiety disorders	4	0.45
F42	Obsessive-compulsive disorder	1	0.11
F43	Reaction to severe stress, and adjustment disorders	15	1.68
F44	Dissociative (conversion) disorders	2	0.22
F60	Specific personality disorders	52	5.84
F61	Mixed and other personality disorders	1	0.11
F63	Habit and impulse disorders	1	0.11
F70	Mild mental retardation	20	2.24
F71	Moderate mental retardation	6	0.67
F91	Conduct disorders	2	0.22
F92	Mixed disorders of conduct and emotions	1	0.11
F95	Tic disorders	2	0.22
Total		891	100

Source: Own calculations based on data obtained from hospitals

Table 4. List of most frequently reported ICD-9 procedures (2013-2015)

Item	ICD-9 code	Meaning	Quantity	%
1	89.04	Nurse or midwife care	2037	19.58
2	89.00	Medical advice, consultation, assistance	1378	13.25
3	87.030	Head CT without contrast	721	6.93
4	94.111	Clinical-and-psychiatric assessment of the patient's mental condition	403	3.87
5	89.540	Monitoring of basic vital signs	310	2.98
Other procedures			5 553	53.38
Total			10.402	100.00

Source: Own calculations based on data obtained from hospitals

Table 5. Quantitative list of main ICD-9 categories

Item	ICD-9 code	Meaning	Quantity	%
1	89	Medical history, assessment, advice, nursing and examination	5993	57.61
2	87	Diagnostic radiographical tests	1577	15.16
3	94	Procedures related to mental condition	1070	10.29
4	88	Other diagnostic radiographical and related tests	535	5.14
5	38	Incision, excision and restoring patency of vessels	379	3.64
Other main categories			848	8.15
Total			10.402	100.00

Source: Own calculations based on data obtained from hospitals

patients admitted to EDs are mainly men in the so-called "their prime" with an average age of 47 years. That data coincides with that reported by other authors [37-41]. This reflects the demographic characteristics of the general homeless population, in which men are the vast majority, and the most numerous age group ranges from 41 to 60 years [1].

The data obtained indicates that the ICD-10 F00-F99 category: mental and behavioral disorders, including largely mental and behavioral disorders caused by alcohol use, is one of the main causes of homeless people admission to ED, right behind the S00-T98 category: injury, poisoning and certain other consequences of external causes, including mainly superficial injury of head. In authors' own research, diagnoses in these two categories

Table 6. Medical procedures in the category of Procedures related to mental condition, reported by ED for homeless patients according to ICD-9

ICD-9 code	Meaning	Quantity	%
94.111	Clinical-and-psychiatric assessment of the patient's mental condition	403	37.66
94.11	Psychiatric assessment of the patient's mental condition	163	15.23
94.522	Referral to further outpatient psychiatric care	144	13.46
94.25	Treatment with psychiatric drugs - other	132	12.34
94.521	Referral to further psychiatric care in a community self-help center	92	8.60
94.35	Crisis intervention	84	7.85
94.23	Treatment with neuroleptics	32	2.99
94.12	A routine psychiatric visit	7	0.65
94.115	Mental condition assessment - other	5	0.47
94.39	Individual psychotherapy - other	4	0.37
94.24	Chemical shock therapy	3	0.28
94.21	Narcoanalysis	1	0.09
Total		1.070	100.00

Source: Own calculations based on data obtained from hospitals

accounted for two-thirds of all diagnoses in homeless patients admitted to ED, 23.3% and 40.5%, respectively. Diagnoses concerning injuries and diagnoses related to the use of alcohol or other psychoactive substances and the diagnosis of mental disorders were also leading ones in the studies of other authors [37, 42-46]. According to Brown and Stergiopoulos, in patients admitted to ED, alcoholism often coexists with injuries, as well as other diseases associated with the use of psychoactive substances and mental disorders [26, 47]. In the study by Ku et al., the diagnoses of injuries in homeless patients in ED accounted for more than half of the diagnoses, with an addiction to alcohol or other substances accounted for one-fifth, while the diagnoses of mental disorders for one-tenth of diagnoses [37].

Homelessness is inherently investigated with alcoholism [6,15,18,20,48]. The prevalence of alcoholism among homeless people has been well documented. It is estimated that it applies to 37.9% of homeless people [20], and this percentage may be even higher among those chronically homeless [48]. In addition, mental disorders coexist with alcoholism in 10-20% of cases [49]. In authors' own research, two thirds of diagnoses in the F00-F99 category concerned diagnoses of mental and behavioral disorders caused by alcohol use.

According to the study conducted by Karac et al. based on data acquired from EDs in seven US states, half of the diagnoses in homeless people concerned mental disorders, while in every second patient disorders associated with alcohol use were reported [44]. In turn, Pearson reported that among the five most frequent diagnoses made in homeless patients in EDs, two-thirds were related to alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome [43].

Sidorowicz in his research observed a very high percentage of people (92%) with various mental disorders [17]. The author claims that from 15 to 90% of homeless people may suffer from mental disorders and behavioral disorders due to homelessness. This is confirmed by other researchers. In the study conducted by Stenius-Ayoade et al. in a group of 158 homeless residents of shelters in Helsinki, only one-tenth did not suffer from any mental disorders [16]. Among the most common disorders, the authors mentioned: disorders associated with the use of psychoactive substances, including addiction to alcohol (58.9%) in the first place, narcotics (15.2%), as well as depression (19.6%) and other mental disorders (12%), personality disorders (9.5%), systemic and behavioral disorders (4.4%) [16]. In turn, in the study by Gałka carried out among the population of homeless people living in shelters in Poland, 84% suffered from personality disorders, and 86% were addicted to alcohol [18]. It is estimated that the phenomenon of double diagnosis, i.e. coexistence in one person of mental disorders and addiction to psychoactive substances occurs in one-fifth of the homeless [50-51]. Other authors also underline the problem of drinking alcohol, as well as substitutes for alcoholic beverages among homeless people, associated alcoholism and the simultaneous occurrence of mental diseases [19, 42, 52]. The most frequent mental diseases include schizophrenia, depression and other affective disorders, psychoses, anxiety, and personality disorders [19].

In the study by Savage, the most common medical diagnoses concerned addiction to narcotics (42.6%), depression (37.0%) and alcoholism (25.9%) [53]. The results of the authors' own research show that mental disorders caused by the use of psychoactive substances concerned every tenth homeless person. Personality disorders, schizophrenia, mild and moderate mental retardation as well as depressive disorders were also diagnosed in patients in EDs.

It should be emphasized that in the authors' own research, the vast majority of the F00-F99 (96%) category diseases was diagnosed in patients in a single ED. It was an institution which included the Psychiatric Admissions Ward in its structures. Almost all procedures classified as procedures related to mental condition (ICD9-94,

99.4%) were also performed in this unit. It can therefore be assumed that if psychiatric consultation is provided, the number of diagnosed mental disorders and behavioral disorders, as well as the procedures related to mental condition, would be much higher. This is alarming because it confirms a significant shortage of psychiatric care in a population for which it is necessary. The problem with the psychiatric care provision to homeless people does not only apply to Poland. Bines believes that less than one-third of homeless people with mental diseases are managed [54]. In turn, according to Hwang, care provided to homeless people is very diverse and dependent on local conditions [55]. Hwang noted that physicians in EDs who work with homeless people suffering from mental disorders may be unaware of the range of local psychiatric care services available to those patients [55].

Canavan gave a proposal that seems to be controversial. Due to the unlimited access of homeless people to hospital emergency departments, he suggested to consider comprehensive coverage of the homeless population with medical care within these units [12]. Taking into account that the diagnoses of F00-F99 category are one of the main reasons for admission to EDs, psychiatric care should also be provided in those departments. If financial resources are provided for this purpose and cooperation with social welfare is ensured, then such a solution could bring real benefits in terms of health care for this group of patients. That would be a step towards a systemic approach to psychiatric care among this population of patients, though undoubtedly very debatable.

Limitations of the study

The study had several limitations. Firstly, the data was acquired from hospital information systems (HIS) of hospital emergency departments of a single city, which in the years 2013-2015 constituted 1.4% of hospital emergency departments operating in Poland [56]. Secondly, the retrospective nature of the study could have translated into the quality of the data obtained.

With regard to homeless people, attention should

be paid to the potential misselection of the study group. It can be presumed that the ED employees during the registration process did not always ask patients whether they were homeless, but they could be influenced by appearance stereotypes. Theoretically, this could cause exclusion from the study group of institutionalized homeless people, whose appearance often does not fall into the categories of perception of the homeless or due to incorrect qualification as a homeless person on the basis of the appearance of someone who does not belong to this group.

Although the data comes from the years 2013-2015, it seems that the characteristics of the population and the way of providing medical assistance to homeless patients have not changed. In spite of the limitations, the study provides factual material concerning mental disorders and behavioral disorders in the homeless population of patients admitted to hospital emergency departments.

Conclusions

1. Mental and behavioral disorders, including largely those caused by the use of alcohol, are one of the main reasons for homeless people admission to ED.

2. Most diagnoses of mental disorders and behavioral disorders as well as procedures related to mental condition are registered in facilities where there is a possibility to provide direct psychiatric consultation to patients.

3. Homeless patients suffering from mental disorders and behavioral disorders are rarely admitted to hospital wards for hospitalization.

4. Psychiatric care for homeless patients admitted to emergency departments is an ad hoc intervention and depends on the availability of a psychiatrist. There is no systemic approach to the problem, which translates into a shortage of psychiatric care in the population of homeless patients.

5. Providing homeless patients with access to a psychiatric diagnosis at ED level would affect the quality of psychiatric care in this population and could contribute to the improvement of mental health of homeless people.

Wstęp

Bezdomność jest realnym problemem społecznym, który dotyczy wszystkich krajów świata. W Polsce w 2019 roku liczbę osób bezdomnych określono na 30 330. Jedną piątą to bezdomni pozainstytucjonalni [1], których zgodnie z Europejską Typologią Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS zaliczylibyśmy do kategorii „bez dachu nad głową” [2].

Zjawisko bezdomności jest coraz lepiej poznane, a negatywny wpływ bezdomności na stan zdrowia osób bezdomnych jest w literaturze przedmiotu dobrze

udokumentowany, szczególnie w piśmiennictwie zagranicznym [3-6]. W Polsce stosunkowo niewiele badań poświęcono kompleksowemu ujęciu ochrony zdrowia osób bezdomnych [7-10]. Brakuje również badań ilościowych i jakościowych dotyczących problemu osób bezdomnych z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. Trudno nawet określić, jak dużej populacji osób bezdomnych w Polsce dotyczy ten problem.

Badacze podkreślają częste występowanie zaburzeń psychicznych, w tym uzależnienia od alkoholu i innych substancji, u osób pozbawionych miejsca zamieszkania

[11-19]. Na występowanie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u osób bezdomnych ma wpływ życie w warunkach stresogennych, w stanie ciągłego zagrożenia, duże obciążenie psychiczne, braku poczucia bezpieczeństwa, a także w dużej mierze samotność i izolacja [20-23]. Stopień zaawansowania tych zaburzeń jest skorelowany z czasem bytowania osoby bezdomnej na ulicy [17].

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób [24] obejmuje różne nieprawidłowości zdrowia psychicznego w grupach klasyfikacyjnych od F00 do F99, w tym zaburzenia psychiczne organiczne, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, schizofrenie, zaburzenia nastroju, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości, upośledzenie umysłowe i inne.

Do szpitalnych oddziałów ratunkowych przywożone są bezdomne osoby bytujące na ulicach, przystankach, terenach dworców, parków, domków i altanek na działkach, w melinach, dużo rzadziej ze schroniska czy noclegowni. W populacji tych pacjentów oprócz chorób somatycznych rozpoznaje się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [25-27]. Rozpoznanie tej kategorii są nieproporcjonalnie częstsze w grupie pacjentów bezdomnych niż w populacji ogólnej [12].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego [28] precyzuje, że ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Jednak dla osób bezdomnych, szczególnie pozaszpitalnych, dużym problemem jest nie tylko dostęp do opieki psychiatrycznej, ale również, w przypadku osób uzależnionych, czasochłonne i często nieskuteczne procedury leczenia odwykowego [29]. Większość placówek dla osób bezdomnych nie zatrudnia lekarza psychiatry [10]. W szpitalnych oddziałach ratunkowych konsultacje psychiatryczne odbywają się najczęściej wtedy, gdy zachodzi konieczność skierowania pacjenta do szpitala psychiatrycznego. Nie ma więc warunków ani możliwości do realizacji zadań wynikających z ustawy: promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego, czy przede wszystkim zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, które są niezbędne do funkcjonowania społecznego. Autorzy podkreślają istnienie licznych barier w dostępie osób bezdomnych

do opieki medycznej [29-30], a nie ulega wątpliwości, że potrzeby zarówno w tym zakresie, jak i kompleksowej opieki zdrowotnej wśród osób bezdomnych są złożone [31-32].

Celem pracy jest identyfikacja najczęstszych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania diagnozowanych w populacji bezdomnych pacjentów przyjmowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz wykonanych procedur medycznych obejmujących zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne w tym zakresie.

Materiał i metoda

Retrospektywna ocena została przeprowadzona na podstawie analizy pobytów bezdomnych pacjentów w SOR w trzech szpitalach zlokalizowanych na terenie miasta Bydgoszcz (Szpital nr 1, Szpital nr 2, Szpital nr 3). Analizowano dane zgromadzone w szpitalnych systemach informatycznych klasy HIS (Hospital Information System) dotyczące pobytów bezdomnych osób w szpitalnych oddziałach ratunkowych w latach 2013-2015.

Podstawą zakwalifikowania do populacji pacjentów bezdomnych było zarejestrowanie pacjenta jako osoby bezdomnej podczas procesu rejestracji przez personel SOR na podstawie jednego z trzech kryteriów: w oparciu o definicję osoby bezdomnej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, art. 6 pkt 8 [19], informacji uzyskanej od pacjenta oraz, u pacjentów z ograniczonym lub niemożliwym do nawiązania logicznym kontaktem, uznanie osoby jako bezdomnej na podstawie czynników zewnętrznych wskazujących na bezdomność pacjenta - stanu higienicznego, stopnia zaniedbania, miejsca skąd pacjent został zabrany przez zespół ratownictwa medycznego (ZRM).

Mimo braku obiektywnej możliwości weryfikacji kategorii osób bezdomnych leczonych w SOR, można założyć, że w dużej mierze jest to populacja należąca, według typologii ETHOS, do kategorii „bez dachu nad głową”.

W badanym okresie w szpitalnych oddziałach ratunkowych bezdomne osoby zostały przyjęte 3133 razy, odpowiednio: 1368 w Szpitalu nr 1, 1248 w Szpitalu nr 2 oraz 517 w Szpitalu nr 3. Zdecydowaną większość pobytów odnotowano w przypadku mężczyzn (91,0%). Średnia wieku pacjentów wynosiła 46,8±12,6 lat. Średnia wieku kobiet wyniosła 43,6±15,7 lat, mężczyzn 47,0±12,2 lat.

Dane opracowano wykorzystując standardowe funkcje arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel oraz pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej KB 410/2016 z dnia 24.05.2016 r.

Wyniki

Analizy rozpoznania choroby dokonano w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób ICD-10. Zidentyfikowano łącznie 3826 kodów wskazanych przez świadczeniodawców jako kody choroby zasadniczej. W grupie 10 najczęściej postawionych rozpoznania choroby (tab. 1) 13,2% dotyczyło rozpoznania w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99), w tym jedną dziesiątą rozpoznania stanowiło ostre zatrucie alkoholem (F10.0). Było to jednocześnie najczęściej stawiane rozpoznanie w badanej populacji. Pozostałe rozpoznania w tej kategorii dotyczyły zespołu uzależnienia (F10.2) oraz zespołu abstynencyjnego (F10.3).

Z uwagi na różnorodność rozpoznania ICD-10, które występowały w znaczącym stopniu w przypadkach jednostkowych, dalszej analizie dokonano, grupując rozpoznania w kategorii główne ICD-10 (tab. 2).

Rozpoznania kategorii F00-F99 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) stanowiły 23,3% wszystkich rozpoznania postawionych u bezdomnych pacjentów zaraz za rozpoznaniem kategorii S00-T98 (urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych), których odsetek wynosił 40,5%. Spośród rozpoznania w kategorii F00-F99 dwie trzecie stanowiły zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F10; 67,34%), a jedną dziesiątą zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym

Tabela 1 Najczęstsze rozpoznania choroby zasadniczej u bezdomnych pacjentów przyjętych w SOR (2013-2015)

Lp.	Kod ICD-10	Znaczenie	N	9,72
1	F10.0	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane ostrym zatruciem alkoholem	372	4,81
2	S00	Powierzchny uraz głowy	184	4,23
3	S00.0	Powierzchny uraz powłok głowy	162	3,69
4	T51.0	Efekt toksyczny alkoholu	141	2,80
5	T51	Etanol	107	2,40
6	Z03.8	Obserwacja w kierunku podejrzanych innych chorób i stanów	92	2,04
7	F10.2	Zespół uzależnienia	78	1,91
8	S01.0	Otwarta rana powłok głowy	73	1,83
9	Z03	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	70	1,44
10	F10.3	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu - zespół abstynencyjny	55	1,44

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych uzyskanych ze szpitali

przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych (F19; 9,88%). Poza tym u pacjentów zdiagnozowano specyficzne zaburzenia osobowości (F60; 5,84%), schizofrenię (F20; 3,82%), upośledzenie umysłowe lekkie (F70; 2,24%) i inne. Szczegółowe zestawienie kategorii F00-F99 przedstawia tabela 3

Zwrócono uwagę na różnicę w liczbie rozpoznania w kategorii F00-F99 zidentyfikowanych w szpitalach. Najwięcej rozpoznania tej kategorii postawiono w Szpitalu nr 1 (95,6%), następnie w Szpitalu nr 2 (3,4%), najmniej

Tabela 2 Rozpoznania choroby według kodu ICD-10 u bezdomnych pacjentów przyjętych w SOR (2013-2015)

Kod ICD-10	Znaczenie	Liczba	%
A00-B99	Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze	13	0,3
C00-D48	Nowotwory	14	0,4
D50-D89	Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych	7	0,2
E00-E90	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	49	1,3
F00-F99	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	891	23,3
G00-G99	Choroby układu nerwowego	167	4,4
H00-H59	Choroby oka i przydatków oka	19	0,5
H60-H95	Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	4	0,1
I00-I99	Choroby układu krążenia	108	2,8
J00-J99	Choroby układu oddechowego	35	0,9
K00-K93	Choroby układu pokarmowego	46	1,2
L00-L99	Choroby skóry i tkanki podskórnej	57	1,5
M00-M99	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	35	0,9
N00-N99	Choroby układu moczowo-płciowego	35	0,9
O00-O99	Ciąża, poród i okres połogu	16	0,4
R00-R99	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej	218	5,7
S00-T98	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	1550	40,5
V01-Y98	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	268	7,0
Z00-Z99	Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	294	7,7
Razem		3826	100,0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych uzyskanych ze szpitali

Tabela 3 Zestawienie kodów ICD-10 w kategorii F00-F99 u bezdomnych pacjentów przyjętych w SOR (2013-2015)

Kod ICD-10		Liczba	%
F03	Otępienie bliżej nieokreślone	7	0,79
F05	Majaczenia niewywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi	1	0,11
F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	3	0,34
F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	9	1,01
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu	600	67,34
F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów	1	0,11
F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających	8	0,90
F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy	1	0,11
F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających, w tym kofeiny	2	0,22
F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu	4	0,45
F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych	88	9,88
F20	Schizofrenia	34	3,82
F21	Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)	2	0,22
F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe	1	0,11
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	2	0,22
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	1	0,11
F32	Epizod depresyjny	11	1,23
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	5	0,56
F39	Zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone	4	0,45
F41	Inne zaburzenia lękowe	4	0,45
F42	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	1	0,11
F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	15	1,68
F44	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	2	0,22
F60	Specyficzne zaburzenia osobowości	52	5,84
F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne	1	0,11
F63	Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	1	0,11
F70	Upośledzenie umysłowe lekkie	20	2,24
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowane	6	0,67
F91	Zaburzenia zachowania	2	0,22
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	1	0,11
F95	Tiki	2	0,22
Razem		891	100

w Szpitalu nr 3 (1%). Powodem tak dużej różnicy jest prawdopodobnie funkcjonowanie w strukturach Szpitala nr 1 Kliniki Psychiatrii, a także Psychiatrycznej Izby Przyjęć, w której jest możliwość skonsultowania bezdomnych pacjentów. Klinika Psychiatrii znajduje się również w strukturach Szpitala nr 3, nie posiada jednak izby przyjęć.

W grupie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania dla 0,5% (n=4) osób pobyt w SOR zakończył się przyjęciem na hospitalizację do oddziału szpitalnego. W trzech przypadkach był to oddział o profilu internistycznym.

W badanej populacji, w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych ICD-9,

przeprowadzono analizę wykonanych świadczeń medycznych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Analizę przeprowadzono u osób, których pobyty zakończyły się wypisem z SOR (n=2841). Wykazano wykonanie 10 402 procedur medycznych ICD-9 w kategoriach 0-100.

W tabeli 4 przedstawiono 5 najczęściej wykonanych procedur medycznych. Stanowiły one 46,6% wszystkich procedur. W grupie tej zidentyfikowano procedurę kliniczno-psychiatrycznej oceny stanu psychicznego pacjenta, która stanowiła 3,87% wszystkich procedur.

Z uwagi na różnorodność poszczególnych procedur medycznych, dalszej analizy dokonano grupując procedury w kategorii główne ICD-9. W tabeli 5 przedstawiono 5 najczęściej wykazanych kategorii głównych ICD-9. Jedną dziesiątą stanowiła kategoria 94 - Zabiegi związane z psychiką. Zdecydowaną większość

Tabela 4 Zestawienie najczęściej wykazanych procedur ICD- 9 (2013-2015)

Lp.	Kod ICD-9	Znaczenie	Liczba	%
1	89.04	Opieka pielęgniarki i położnej	2037	19,58
2	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	1378	13,25
3	87.030	TK głowy bez kontrastu	721	6,93
4	94.111	Kliniczno-psychiatryczna ocena stanu psychicznego	403	3,87
5	89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych	310	2,98
Pozostałe procedury			5 553	53,38
Razem			10 402	100,00

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych uzyskanych ze szpitali

Tabela 5 Zestawienie liczby głównych kategorii ICD-9

Lp	Kod ICD-9	Znaczenie	Liczba	%
1	89	Wywiad, ocena, konsultacja, pielęgniarstwo i badanie	5993	57,61
2	87	Diagnostyczne badania radiologiczne	1577	15,16
3	94	Zabiegi związane z psychiką	1070	10,29
4	88	Inne diagnostyczne badania radiologiczne i pokrewne	535	5,14
5	38	Nacięcie, wycięcie i udrażnianie naczyń	379	3,64
Pozostałe kategorie główne			848	8,15
Razem			10 402	100,0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych uzyskanych ze szpitali

Tabela 6 Procedury medyczne w kategorii Zabiegi związane z psychiką wykazane przez SOR u bezdomnych pacjentów według ICD-9

Kod ICD-9	Znaczenie	N	%
94.111	Kliniczno-psychiatryczna ocena stanu psychicznego	403	37,66
94.11	Psychiatryczna ocena stanu psychicznego	163	15,23
94.522	Skierowanie do dalszej ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej	144	13,46
94.25	Leczenie lekami psychiatrycznymi - inne	132	12,34
94.521	Skierowanie do dalszej opieki psychiatrycznej w środowiskowym domu samopomocy	92	8,60
94.35	Interwencja kryzysowa	84	7,85
94.23	Leczenie neuroleptykami	32	2,99
94.12	Rutynowa wizyta psychiatryczna	7	0,65
94.115	Ocena stanu psychicznego - inne	5	0,47
94.39	Psychoterapia indywidualna - inne	4	0,37
94.24	Leczenie wstrząsami chemicznymi	3	0,28
94.21	Narkoanaliza	1	0,09
Total		1 070	100,00

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych uzyskanych ze szpitali

(99,4%) wykonano w Szpitalu nr 1, pozostałe 0,6% w Szpitalu nr 3.

W kategorii tej ponad jedną trzecią stanowiła kliniczno-psychiatryczna ocena stanu psychicznego (94.111). U co szóstego pacjenta dokonano psychiatrycznej oceny stanu psychicznego, a co siódmego pacjenta skierowano do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (tab. 6).

Omówienie wyników

W piśmiennictwie polskim nie ma prac, które opisywałyby zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w populacji bezdomnych pacjentów przyjmowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Mimo że opieka nad bezdomnymi osobami stała się codziennością w szpitalnych oddziałach ratunkowych [33-36], a zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są diagnozowane w populacji bezdomnych osób stosunkowo często, literatura na ten temat jest uboga, zwłaszcza w Europie. Wyniki badań przedstawiają zróżnicowane dane, a ich analiza pokazuje złożoność problemu.

Jak wykazały wyniki badań własnych, bezdomni pacjenci w SOR to głównie mężczyźni w tzw. „sile wieku”

ze średnią wieku 47 lat. Dane te są zbieżne z doniesieniami innych badaczy [37-41]. Odzwierciedla to demograficzne cechy ogólnej populacji bezdomnych, w której mężczyźni stanowią zdecydowaną większość, a najliczniej prezentowana grupa mieści się w przedziale wiekowym 41-60 lat [1].

Uzyskane dane wskazują, że kategoria ICD-10 F00-F99 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w znacznej mierze zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu, jest jedną z głównych przyczyn przyjęć bezdomnych osób w SOR, zaraz za kategorią S00-T98 urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych, w tym głównie powierzchowne urazy głowy. W badaniach własnych rozpoznania mieszczące się w tych dwóch kategoriach stanowiły dwie trzecie wszystkich rozpoznań u bezdomnych pacjentów w SOR, odpowiednio 23,3% i 40,5%. Diagnozy dotyczące urazów oraz rozpoznania związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz rozpoznania zaburzeń psychicznych były wiodącymi również w badaniach innych badaczy [37, 42-46]. Według Brown i Stergiopoulos, w SOR choroba alkoholowa często współistnieje u pacjentów z urazami, tak jak i pozostałe choroby związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzeniami psychicznymi [26, 47]. W pracy Ku i wsp. diagnozy u bezdomnych pacjentów w SOR związane z urazami stanowiły ponad połowę rozpoznań, z uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji jedną piątą, natomiast rozpoznania zaburzeń psychicznych jedną dziesiątą [37].

Bezdomność nieodłącznie wiąże się z alkoholizmem [6, 15, 18, 20, 48]. Występowanie choroby alkoholowej wśród osób bezdomnych zostało dobrze udokumentowane. Szacuje się, że dotyczy 37,9% bezdomnych osób [20], a wśród osób chronicznie bezdomnych odsetek ten może być jeszcze większy [48]. Ponadto aż w 10-20% przypadków z chorobą alkoholową współistnieją zaburzenia zdrowia psychicznego [49]. W badaniach własnych dwie trzecie diagnoz w kategorii F00-F99 dotyczyły rozpoznań zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem alkoholu.

Z badań przeprowadzonych przez Karaca i wsp. na podstawie danych z SOR w siedmiu stanach USA wynika, że połowa rozpoznań u osób bezdomnych dotyczyła zaburzeń psychicznych, w tym u co drugiego pacjenta występowały zaburzenia związane z użyciem alkoholu [44]. Z kolei Pearson podaje, że wśród 5 wiodących rozpoznań postawionych u bezdomnych pacjentów w SOR dwie trzecie dotyczyły zatrucia alkoholem oraz alkoholowego zespołu abstynencyjnego [43].

Sidorowicz w swoich badaniach zaobserwował bardzo wysoki odsetek osób (92%) z różnymi

zaburzeniami psychicznymi [17]. Autor twierdzi, że zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania na skutek bezdomności może być dotkniętych od 15 do 90% osób bezdomnych. Potwierdzają to inni badacze. W badaniach przeprowadzonych przez Stenius-Ayoade i wsp. w grupie 158 bezdomnych mieszkańców schronisk w Helsinkach zaledwie u jednej dziesiątej nie stwierdzono żadnych zaburzeń psychicznych [16]. Wśród najczęściej występujących zaburzeń autorzy wymienili: zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym na pierwszym miejscu uzależnienie od alkoholu (58,9%), narkotyków (15,2%), poza tym depresję (19,6%) i inne zaburzenia psychotyczne (12%), zaburzenia osobowości (9,5%), zaburzenia organiczne i behawioralne (4,4%) [16]. Z kolei w badaniach Gałki przeprowadzonych w populacji bezdomnych schroniskowych w Polsce u 84% występowały zaburzenia osobowości, a 86% osób było uzależnionych od alkoholu [18]. Szacuje się, że zjawisko podwójnej diagnozy, czyli współistnienia u jednej osoby zaburzeń zdrowia psychicznego oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych występuje u jednej piątej bezdomnych [50-51]. Problem picia alkoholu, jak również substytutów napojów alkoholowych wśród osób bezdomnych, związaną z tym chorobą alkoholową, oraz jednocześnie występowanie chorób psychicznych podkreślają również inni badacze [19, 42, 52]. Wśród najczęściej występujących chorób psychicznych diagnozowanych u bezdomnych pacjentów wymienia się schizofrenię, depresję i inne zaburzenia afektywne, psychozy, stany lękowe, zaburzenia osobowości [19].

W badaniu Savage najczęstsze diagnozy medyczne dotyczyły uzależnienia od narkotyków (42,6%), depresji (37,0%) i alkoholizmu (25,9%) [53]. Wyniki badań własnych pokazują, że zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych dotyczyły co dziesiątej osoby bezdomnej. U pacjentów w SOR rozpoznawano również zaburzenia osobowości, schizofrenię, upośledzenie umysłowe lekkie i umiarkowane, a także zaburzenia depresyjne.

Należy podkreślić, że w badaniach własnych zdecydowaną większość rozpoznań z zakresu F00-F99 (96%) postawiono u pacjentów w jednym SOR, w którym była możliwość konsultacji psychiatrycznej. Była to placówka, w której strukturach funkcjonowała Psychiatryczna Izba Przyjęć. W tej jednostce wykonano również niemal wszystkie procedury sklasyfikowane jako zabiegi związane z psychiką (ICD9-94; 99,4%). Można więc przypuszczać, że w przypadku zapewnienia możliwości konsultacji psychiatrycznej w pozostałych SOR liczba zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, jak i wykonanych procedur w zakresie zabiegów związanych z psychiką byłaby dużo większa. Jest to niepokojące z tego względu, że niejako potwierdza znaczny deficyt

opieki psychiatrycznej w populacji, gdzie jest ona konieczna. Problem z objęciem osób bezdomnych opieką psychiatryczną nie dotyczy wyłącznie Polski. Bines uważa, że mniej niż jedna trzecia osób bezdomnych z chorobą psychiczną jest objęta leczeniem [54]. Z kolei według Hwanga opieka dla osób bezdomnych chorych psychicznie jest bardzo zróżnicowana i uwarunkowana lokalnie [55]. Hwang zauważa, że lekarze w SOR, którzy pracują z bezdomnymi osobami z zaburzeniami psychicznymi mogą być nieświadomi dostępnego dla pacjentów zakresu usług lokalnych w zakresie opieki psychiatrycznej [55].

Kontrowersyjną zapewne propozycję podaje Canavan. Ze względu na nieograniczony dostęp osób bezdomnych do szpitalnych oddziałów ratunkowych proponuje rozważyć, w ramach tych jednostek, kwestię kompleksowego obejmowania opieką medyczną bezdomnej populacji [12]. Biorąc pod uwagę, że rozpoznania kategorii F00-F99 są jedną z głównych przyczyn przyjęć w SOR, w jej ramach należałoby uwzględnić również opiekę psychiatryczną. Przy zapewnieniu środków finansowych na ten cel oraz współpracy z pomocą społeczną, takie rozwiązanie mogłoby przynieść realne korzyści w kwestii opieki zdrowotnej nad tą grupą pacjentów. Byłby to krok w kierunku podejścia systemowego opieki psychiatrycznej w tej populacji chorych, choć bez wątplenia wielce dyskusyjny.

Ograniczenia badań

Badanie miało kilka ograniczeń. Po pierwsze, dane pozyskano z HIS szpitalnych oddziałów ratunkowych jednego miasta, co w latach 2013-2015 stanowiło 1,4% szpitalnych oddziałów ratunkowych działających w Polsce [56]. Po drugie, retrospektywny charakter badania mógł mieć przełożenie na jakość pozyskanych danych.

W odniesieniu do osób bezdomnych należy zwrócić uwagę na potencjalny błąd doboru grupy badanej. Można domniemywać, że pracownicy SOR podczas procesu rejestracji nie zawsze pytali pacjentów, czy są bezdomni, lecz mogli ulegać wizerunkowym stereotypom. Teoretycznie mogło to mieć wpływ na wykluczenie z grupy badanej bezdomnych instytucjonalnych, których wizerunek często nie mieści się w kategoriach postrzegania osoby bezdomnej lub błędne zakwalifikowanie na podstawie wizerunku jako bezdomną osobę, która do tej grupy nie należy.

Mimo że dane pochodzą z lat 2013-2015, wydaje się, że cechy populacji oraz sposób udzielania pomocy medycznej bezdomnym pacjentom nie uległy zmianie. Badanie pomimo ograniczeń stanowi merytoryczny materiał dotyczący zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w populacji bezdomnych pacjentów przyjmowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Wnioski

1. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w znacznej mierze spowodowane użyciem alkoholu, stanowią jedną z głównych przyczyn przyjęć bezdomnych osób w SOR.

2. Najwięcej rozpoznań dotyczących zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz procedur w zakresie zabiegów związanych z psychiką jest wykazywanych w placówkach, w których istnieje możliwość bezpośredniej konsultacji psychiatrycznej u pacjenta.

3. Bezdomni pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania rzadko przyjmowani są na hospitalizację do oddziałów szpitalnych.

4. Opieka psychiatryczna dla pacjentów bezdomnych przyjmowanych w SOR ma charakter doraźnych interwencji i jest zależna od dostępności lekarza psychiatry. Brak jest systemowego podejścia do problemu, co przekłada się na deficyt opieki psychiatrycznej w populacji bezdomnych pacjentów.

5. Zapewnienie bezdomnym pacjentom dostępu do diagnozy psychiatrycznej na poziomie SOR wpłynęłoby na jakość opieki psychiatrycznej w tej populacji oraz mogłoby przyczynić się do poprawy zdrowia psychicznego osób bezdomnych.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References:

1. MRPiPS Departament Pomocy i Integracji Społecznej. Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2017), Warszawa 2017, <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/bezdomnosc/materialy-informacyjne-na-temat-bezdomnosc/> [dostęp 5.02.2018]
2. Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS http://www.feantsa.org/download/pl_7386404743356865659.pdf [dostęp 18.02.2018]
3. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA* 2001; 285: 200-206.
4. Dunn JR. Housing and Health Inequalities: Review and Prospects for Research. *Housing Studies*, 2000; 15(3): 341-66.
5. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. Homelessness and Health in Canada: Research Lessons and Priorities. *Canadian Journal of Public Health* 2005; 96: 23-29.
6. Hwang SW. Homelessness and Health. *Canadian Medical Association Journal* 2001; 164(2): 229-233.
7. Śledzianowski J. Zdrowie bezdomnych. *Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Kielce* 2006; 11-30.
8. Dębski M. Kondycja zdrowotna osób bezdomnych. W: *Psychospołeczny profil osób bezdomnych w Trójmieście*. Red. M Dębski, S Retowski. Uniwersytet Gdański 2008; 233-267.
9. Olech P, Ługowski K. Problematyka zdrowia ludzi bezdomnych – perspektywa specjalistów pomocy społecznej i służby zdrowia.

- W: Kompendium bezdomność a zdrowie. Red. E Bełdowska, E Szczypior, K Stec i wsp. Kompendium bezdomność a zdrowie. Pomost - Pismo samopomocy, Gdańsk 2006; 34-39.
10. Stenka R. (red.) Raport z fazy diagnozy. Kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja. Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011; 213-234, 278.
 11. Kinal A. Bezdomność jako wyzwanie dla społeczności lokalnej. Zielona Góra: Rocznik Lubuski TOM XXIX, cz. I. Zielona Góra 2003; 193-206.
 12. Canavan R, Barry MM, Matanov A et al. Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 222.
 13. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA* 2001; 285: 200-206.
 14. Goering P, Tolomiczenko G, Sheldon T, Boydell K, Wasylenki D. Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatr Serv* 2002; 53(11): 1472-1474.
 15. Palepu A, Patterson M, Strehlau V, Moniruzzamen A, Tan de Bibiana J, Frankish J et al Daily substance use and mental health symptoms among a cohort of homeless adults in Vancouver, British Columbia. *J Urban Health* 2013; 90 (4): 740-746.
 16. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Erkkilä E et al. Mental disorders and the use of primary health care services among homeless shelter users in the Helsinki metropolitan area, Finland. *BMC Health Services Research* 2017; 17:428.
 17. Sidorowicz S. Psychospołeczne aspekty bezdomności. W: *Roczniki Naukowe Caritas* 1997; 103 - 114.
 18. Gałka T. Diagnoza zdrowia mieszkańców Schroniska dla bezdomnych mężczyzn w Szczodrem. Wrocław-Szczodre 2008; 3-9.
 19. Wright NM, Tompkins CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract*. 2006; 56(525): 286-293.
 20. Fazel S, Khosla V, Doll H et al. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PloS Medicine* 2008; 12: 33-54.
 21. O'Carroll A, O'Reilly F. Health of the homeless in Dublin: has anything changed in the context of Ireland's economic boom? *Eur J Public Health* 2008; 18: 448-453.
 22. Coughnard A, Grolleau S, Lamrque F et al. Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2006; 41: 904-910.
 23. Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 370-376
 24. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, Tom I, Światowa Organizacja Zdrowia 2009
 25. Hammig B, Jozkowski K, Jones Ch. Injury-related Visits and Comorbid Conditions Among Homeless Persons Presenting to Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine* 2014; 21(4): 449-455.
 26. Brown RT, Steinman MA. Characteristics of emergency department visits by older versus younger homeless adults in the United States. *Am J Public Health*. 2013; 103(6): 1046-51.
 27. Mackelprang JL, Collins SE, Clifasefi SL. Housing first is associated with reduced use of emergency medical services. *Prehosp Emerg Care*. 2014; 18(4): 476-82.
 28. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. O ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111 poz. 535 z późn. zm.)
 29. Dębski M. Rekomendacje dla systemu wsparcia osób bezdomnych w Polsce. W: *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty. Diagnoza zespołu badawczego działającego w ramach projektu „gminny standard wychodzenia z bezdomności”* Red. Dębski M. Gdańsk 2010: 376-393.
 30. Hoshide RR, Manog JD, Noh T et al. Barriers to healthcare of homeless residents of three Honolulu shelters. *Hawaii Med J* 2011; 70: 214-216.
 31. Fulde GW, Duffy M. Emergency department frequent flyers: unnecessary load or lifeline? *Med J Aust* 2006; 184(12): 595.
 32. Byrne M, Plunkett P, McGee H et al. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psycho-social characteristics. *Ann Emerg Med* 2003; 41(3): 309-318.
 33. Doupe MB, Palatnick W, Day S et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med* 2012; 60(1): 24-32.
 34. Hansagi H, Engdahl B, Romelsjo A. Predictors of repeated emergency department visits among persons treated for addiction. *Eur Addict Res* 2012; 18(2): 47-53.
 35. Sandoval E, Smith S, Walter J et al. A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. *J Emerg Med* 2010; 38(2): 115-121.
 36. Morris D, Gordon J. The role of the emergency department in the care of homeless and disadvantaged populations. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24(4): 839-848.
 37. Ku BS, Scott KC, Kertesz SG et al. Factors Associated with Use of Urban Emergency Departments by the U.S. Homeless Population. *Public Health Rep* 2010; 125(3): 398-405.
 38. Wang H, Nejtek VA, Zieger D et al. The Role of Charity Care and Primary Care Physician Assignment on ED Use in Homeless Patients. *Am J Emerg Med* 2015; 33(8): 1006-1011.
 39. Feral-Pierssens AL, Aubry A, Truchot J et al. Emergency Care for Homeless Patients: A French Multicenter Cohort Study. *Am J Public Health* 2016; 106(5): 893-898.
 40. Ku BS, Fields JM, Santana A et al. The urban homeless: super-users of the emergency department. *Popul Health Manag* 2014; 17(6): 366-371.
 41. Doran KM, Ragins KT, Iacomacci AL et al. The revolving hospital door: hospital readmissions among patients who are homeless. *Med Care* 2013; 51(9): 767-773.
 42. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014; 384(9953): 1529-1540.
 43. Pearson DA, Bruggman AR, Haukoos JS. Out-of-Hospital and Emergency Department Utilization by Adult Homeless Patients. *Annals of Emergency Medicine* 2007; 50(6): 646-652.
 44. Karaca Z, Wong HS, Mutter RL. Characteristics of homeless and non-homeless individuals using inpatient and emergency department services, 2008. In: *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research; 2013. Statistical brief 152. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137747>. [dostęp 3.05.2018]
 45. Mackelprang JL, Graves JM, Rivara FP. Homeless in America: injuries treated in US emergency departments, 2007-2011. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2014; 21:289-97. [PubMed: 24011180]
 46. Kramer CB, Gibran NS, Heimbach DM, Rivara FP, Klein MB. Assault and substance abuse characterize burn injuries in homeless patients. *J Burn Care Res*. 2008; 29:461-67. [PubMed:

- 18388565]
47. Stergiopoulos V, Dewa C, Durbin J et al. Assessing the mental health service needs of the homeless: a level-of-care approach. *J Health Care Poor Underserved* 2010; 21: 1031–45.
 48. Kuhn R, Culhane DP. Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: results from the analysis of administrative data. *Am J Community Psychol*. 1998; 26: 207–32.
 49. Zenger S. Substance abuse treatment: What works for the homeless people? A review of the literature. National Health Care for the Homeless Council. 2002 <https://www.nhchc.org/wpcontent/uploads/2012/02/SubstanceAbuseTreatmentLitReview.pdf> [dostęp 5.01.2018]
 50. North CS, Pollio DE, Smith EM, et.al. Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186 (7): 393-400.
 51. Scott J. Homelessness and mental illness. *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 314–324.
 52. Salize HJ, Dillmann-Lange C, Stern G et al. Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction*. 2002; 97(12): 1593–1600.
 53. Health Care Needs of Homeless Adults at a Nurse-Managed Clinic Christine L. Savage, Christopher J. Lindsell, Gordon L. Gillespie, Anita Dempsey, Roberta J. Lee, Adele Corbin, ; *JOURNAL OF COMMUNITY HEALTH NURSING*, 2006, 23(4), 225–234
 54. Bines W. *The health of single homeless people*. York: Centre for Housing Policy, University of York; 1994
 55. Stephen W Hwang, Tom Burns, Health interventions for people who are homeless, *Lancet* 2014; 384: 1541–47
 56. Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 roku, w oparciu o dane pozyskane w ramach statystyki publicznej https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/11/1/1/dzialalnosc_systemu_panstwowe_ratownictwo_medyczne_w_2014_roku.pdf [dostęp 1.07.2018]

Corresponding author

Anna Burak

Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej Szpital

Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela

ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

e-mail: anna_burak@wp.pl

Otrzymano: 13.10.2019

Zrecenzowano: 02.11.2019

Przyjęto do druku: 21.11.2019