



Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji chorych na schizofrenię w Polsce w roku 1999 i 2003

Territorial differentiation of hospital admissions of patients with schizophrenia in Poland in the years 1999 and 2003

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA¹, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA¹,
WALENTYNA SZIRKOWIEC²

Z: 1. Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Zakładu Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Głównym celem pracy jest ustalenie trwałości zjawiska zróżnicowania terytorialnego hospitalizacji oraz próba wyjaśnienia jego przyczyn.

Metoda. Analizowano rozpowszechnienie zarejestrowane w szpitalach (liczba leczonych, osobodni leczenia i przewlekła hospitalizacja) w roku 1999 i 2003 w poszczególnych województwach. Za zmienne niezależne, mogące wpływać na rozpowszechnienie hospitalizacji, uznano wskaźniki sytuacji ekonomicznej, dostępności opieki szpitalnej i domów pomocy społecznej oraz dostępności i funkcjonowania opieki pozaszpitalnej. Do analizy korelacji użyto współczynnika korelacji rangowej Spearmana.

Wyniki i wnioski. Hospitalizacja jest znacznie zróżnicowana terytorialnie – największe rozpowszechnienie hospitalizacji jest dwukrotnie większe, a rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji kilkanaście razy większe od wartości najniższych. W ciągu pięciu badanych lat relatywnie wysokie było rozpowszechnienie w województwie lubuskim, opolskim, pomorskim i zachodniopomorskim, a względnie niskie w kujawsko-pomorskim, łódzkim, mazowieckim, małopolskim i podkarpackim. Zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia jest związane z sytuacją ekonomiczną, dostępnością łóżek psychiatrycznych i domów pomocy społecznej, dostępnością poradni zdrowia psychicznego oraz dostępnością środowiskowych domów samopomocy. Nie stwierdzono związku między dostępnością oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego a rozpowszechnieniem – zapewne dlatego, że dostępność tych form jest kilkakrotnie niższa od pożądanego minimum.

SUMMARY

Objective. The main aim is to investigate stability of territorial differentiation of hospitalization and attempt at explaining the causes of this phenomenon.

Method. The hospital-registered prevalence (HRP) indicators in various provinces of Poland in the years 1999 and 2003 were analyzed (the number of patients treated, patient days, and long-term inpatients). A number of independent variables potentially affecting HRP were taken into account: the economic situation indicators, accessibility of inpatient care and of nursing homes, as well as post-treatment care accessibility. The Spearman rank correlation coefficient was used in the statistical analysis.

Results and conclusions. A considerable territorial differentiation of HRP was found – the highest prevalence of hospitalization was twice as high as the lowest one, while the prevalence of long-term hospitalization was between ten and twenty times higher than the lowest values. In the five-year period under study a relatively high HRP was noted in four provinces (Lubuskie, Opolskie, Pomeranian and Western Pomeranian), while comparatively low – in other five regions (Kujawsko-pomorskie, Łódzkie, Mazovian, Małopolskie and Podkarpackie). Territorial differentiation of HRP is associated with the economic situation, accessibility of psychiatric beds and nursing homes, accessibility of psychiatric outpatient clinics and of community self-help facilities. No relationship was found between HRP and accessibility of either day treatment units or mobile community teams – most probably because accessibility of the latter two forms of care is a few times lower than the desired minimum.

Słowa kluczowe: rozpowszechnienie zarejestrowane w szpitalach / schizofrenia / zróżnicowanie terytorialne

Key words: hospital-registered prevalence / schizophrenia / territorial differentiation

W statystykach rutynowych od lat obserwuje się w Polsce znaczne różnice częstości leczenia szpitalnego chorych na schizofrenię w poszczególnych województwach [1]. Wiadomo zarazem, że rzeczywiste rozpowszechnienie schizofrenii jest zbliżone we wszystkich krajach i ich regionach [2]. W niniejszej pracy podjęto próbę sprawdzenia, jakie czynniki powodują terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji z powodu tej choroby.

CEL

Odpowiedź na pytanie o trwałość tendencji zróżnicowania terytorialnego hospitalizacji.

Próba wyjaśnienia przyczyn zróżnicowania terytorialnego, a zwłaszcza weryfikacja hipotezy o zależności hospitalizacji od dostępności i funkcjonowania opieki środowiskowej.

METODA

Badałyśmy sytuację w roku 1999 i 2003. Pomimo, że porównywałyśmy dane tylko z tych dwu lat, dla uproszczenia opisu mówimy czasem o pięcioletnim okresie badawczym.

Analizie poddano zarejestrowaną w szpitalach zachorowalność na schizofrenię (liczba osób hospitalizowanych po raz pierwszy w życiu na 100 tys. mieszkańców) oraz zarejestrowane w szpitalach rozpowszechnienie schizofrenii.

Przyjęłyśmy trzy miary tego rozpowszechnienia:

- rozpowszechnienie hospitalizacji (liczba hospitalizowanych osób na 100 tys. mieszkańców),
- rozpowszechnienie osobodni leczenia (łączna liczba dni hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców),
- rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji (liczba osób przebywających w szpitalach co najmniej rok na 100 tys. mieszkańców).

Wskaźniki dla poszczególnych województw obejmują chorych zamieszkałych na terenie danego województwa, hospitalizowanych w jakiegokolwiek psychiatrycznej placówce pełnodobowej w Polsce (szpital psychiatryczny, oddział psychiatryczny szpitala ogólnego, zakład opiekuńczo-leczniczy lub pielęgnacyjno-opiekuńczy).

Informacje o hospitalizacji w poszczególnych województwach uzyskaliśmy przetwarzając wcześniej utworzone bazy danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Korzystałyśmy ponadto ze statystyk rutynowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS).

Za hipotetyczne przyczyny terytorialnego zróżnicowania hospitalizacji uznałyśmy następujące zmienne niezależne.

Sytuacja ekonomiczna ludności województwa

W licznych pracach wykazano korelację poziomu ubóstwa z częstością występowania chorób psychicznych i hospitalizacji osób psychicznie chorych [3, 4, 5]. W naszej pracy przyjęłyśmy dwa wskaźniki:

- odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji, czyli poniżej określonego poziomu zaspokojenia potrzeb biologicznych (dane z GUS),
- odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa (również dane z GUS).

Dostępność opieki szpitalnej i domów pomocy społecznej (dps)

Operujemy dwoma wskaźnikami:

- dostępność łóżek psychiatrycznych, czyli liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców. Pojęcie „łóżka psychiatryczne” zoperacjonalizowano jako łączną liczbę łóżek w oddziałach psychiatrycznych ogólnych, dla przewlekłych chorych, rehabilitacyjnych, psychogeriatrycznych, psychosomatycznych, dla chorych na gruźlicę oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- dostępność domów pomocy społecznej (dps) – jako wskaźnik przyjęto odsetek chorych na schizofrenię wypisanych do dps.

Dostępność i funkcjonowanie opieki środowiskowej

Bogata literatura ostatnich 20 lat jednoznacznie wskazuje, że opieka środowiskowa znacząco zmniejsza hospita-

lizację osób psychicznie chorych [6, 7, 8]. Przyjęłyśmy następujące miary stopnia rozwoju opieki środowiskowej:

- dostępność poradni zdrowia psychicznego (pzp) – liczba ludności, przypadająca na jeden etat lekarski w poradni,
- odsetek osób objętych przez poradnie opieką czynną (polegającą na monitorowaniu systematyczności kontaktów z personelem poradni oraz na pomocy w trudnych sytuacjach życiowych),
- dostępność psychiatrycznych oddziałów dziennych, hosteli i zespołów leczenia środowiskowego – liczba leczonych w tych placówkach chorych na schizofrenię, przypadająca na 10 tys. mieszkańców,
- dostępność środowiskowych domów samopomocy – liczba psychicznie chorych korzystających z usług tych domów, na 10 tys. mieszkańców. Przyjęłyśmy założenie, że chorzy na schizofrenię stanowią większość psychicznie chorych w tych domach, a ich proporcja jest zbliżona we wszystkich województwach.

Do analizy związków korelacyjnych ze zmiennymi niezależnymi zastosowałyśmy współczynnik korelacji rangowej Spearmana.

WYNIKI

Rozpowszechnienie zarejestrowane w szpitalach

W tabl. 1 zestawiono dane o rozpowszechnieniu hospitalizacji chorych na schizofrenię w poszczególnych województwach w latach 1999 i 2003. Województwa uszeregowano wg wielkości wskaźnika w roku 2003. Rangi kolejności województw w obu badanych latach są przeważnie zbliżone, największy wyjątek stanowi lubelskie, które w badanym okresie zmieniło lokatę o pięć pozycji.

Tablica 1. Rozpowszechnienie hospitalizacji z powodu schizofrenii wg województw w latach 1999 i 2003. Wskaźniki na 100000 ludności

| Województwo | 1999 | | 2003 | | Porównanie 1999=100% |
|-------------------------|----------|-------|----------|-------|-------------------------|
| | wskaźnik | ranga | wskaźnik | ranga | |
| POLSKA | 80 | x | 83 | x | 103 |
| Podlaskie | 122 | I | 122 | I | 100 |
| Lubuskie | 98 | III | 110 | II | 112 |
| Świętokrzyskie | 104 | II | 106 | III | 102 |
| Opolskie | 91 | VII | 101 | IV | 111 |
| Pomorskie | 98 | IV | 93 | V | 95 |
| Lubelskie | 79 | XI | 90 | VI | 114 |
| Warmińsko -mazurskie | 87 | VIII | 89 | VII | 102 |
| Zachodnio- pomorskie | 92 | V | 89 | VIII | 97 |
| Dolnośląskie | 92 | VI | 86 | IX | 93 |
| Kujawsko- pomorskie | 72 | XIII | 84 | X | 117 |
| Mazowieckie | 80 | X | 82 | XI | 103 |
| Łódzkie | 83 | IX | 80 | XII | 96 |
| Podkarpackie | 77 | XII | 72 | XIII | 94 |
| Śląskie | 59 | XV | 71 | XIV | 120 |
| Małopolskie | 64 | XIV | 63 | XV | 98 |
| Wielkopolskie | 50 | XVI | 57 | XVI | 114 |

Rozpowszechnienie hospitalizacji jest bardzo zróżnicowane terytorialnie: najwyższe jego wartości są około dwukrotnie wyższe od najniższych (w roku 1999 mieściły się w przedziale 122 do 50, a w roku 2003 w przedziale 122 do 57 na 100 tys. ludności). Zarówno na początku, jak i na końcu okresu badawczego najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: podlaskie, lubuskie, świętokrzyskie i opolskie, najniższe zaś było rozpowszechnienie hospitalizacji w podkarpackim, śląskim, małopolskim i wielkopolskim.

W roku 2003 rozpowszechnienie hospitalizacji osób ze schizofrenią było o 3% wyższe niż cztery lata wcześniej. W pięciu województwach liczba leczonych w obu latach była na podobnym poziomie, w sześciu nastąpił kilku, a nawet kilkunastoprocentowy spadek, a w pięciu rozpowszechnienie hospitalizacji wzrosło o kilkanaście procent (najbardziej w śląskim, o 20%).

Tabl. 2 zawiera dane o terytorialnym zróżnicowaniu osobodni leczenia. Podobnie jak w poprzedniej tablicy, kolejność województw zależy od rangi wielkości ich wskaźnika w roku 2003. Rangi większości województw są w obu latach zbliżone, w trzech województwach różnią się od siebie o 4–5 miejsc (podlaskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie).

Tablica 2. Osobodni hospitalizacji z powodu schizofrenii wg województw w latach 1999 i 2003. Wskaźniki na 100000 ludności

| Województwo | 1999 | | 2003 | | Porównanie 1999=100% |
|---------------------|----------|-------|----------|-------|----------------------|
| | wskaźnik | ranga | wskaźnik | ranga | |
| POLSKA | 7126 | x | 6842 | x | 96 |
| Lubuskie | 12 440 | I | 13 090 | I | 105 |
| Lubelskie | 9 597 | IV | 10 265 | II | 107 |
| Dolnośląskie | 11 734 | II | 9 764 | III | 83 |
| Opolskie | 8 746 | V | 7 798 | IV | 89 |
| Zachodnio-pomorskie | 7 966 | VII | 7 752 | V | 97 |
| Świętokrzyskie | 8 609 | VI | 7 582 | VI | 88 |
| Podlaskie | 10 166 | III | 7 530 | VII | 74 |
| Pomorskie | 7 178 | VIII | 6 475 | VIII | 90 |
| Wielkopolskie | 4 741 | XIII | 6 345 | IX | 134 |
| Kujawsko-pomorskie | 4 644 | XV | 6 246 | X | 134 |
| Śląskie | 4 726 | XIV | 6 038 | XI | 128 |
| Mazowieckie | 6 640 | X | 5 942 | XII | 89 |
| Warmińsko-mazurskie | 6 625 | XI | 5 714 | XIII | 86 |
| Łódzkie | 6 815 | IX | 5 263 | XIV | 77 |
| Podkarpackie | 5 400 | XII | 4 080 | XV | 76 |
| Małopolskie | 4 297 | XVI | 3 591 | XVI | 84 |

Rozpowszechnienie osobodni hospitalizacji jest bardzo zróżnicowane – w roku 1999 najwyższy wskaźnik (12440 na 100 tys.) przekraczał blisko trzykrotnie wskaźnik najniższy, a w roku 2003 różnica ta była prawie czterokrotna.

Najwyższe wskaźniki, a zarazem znacznie odbiegające od pozostałych, są w województwie lubuskim, lubelskim i dolnośląskim, a najniższe w podkarpackim i małopolskim.

W badanym okresie pięcioletnim rozpowszechnienie osobodni leczenia w skali kraju spadło o 4%. Spadek (o kilka lub kilkanaście procent) nastąpił w większości woje-

wództw. W trzech województwach osobodni wzrosły o ok. 30% (wielkopolskie, kujawsko-pomorskie, śląskie).

Tablica 3 jest poświęcona zróżnicowaniu terytorialnemu przewlekłych hospitalizacji. Jest ono bardzo znaczne – wskaźniki najwyższe są 5 razy wyższe od najniższych w roku 1999 i blisko 15-krotnie wyższe w roku 2003. Najwyższe wskaźniki, zarówno w 1999 jak i 2003 roku, charakteryzują województwo lubuskie, dolnośląskie i lubelskie (w 2003 r. odpowiednio 29, 21 i 19 na 100 tys.). Najmniejsze jest rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji w łódzkim, małopolskim i podkarpackim (wskaźniki 4,3 i 2 na 100 tys.).

Tablica 3. Przewlekłe hospitalizowani z powodu schizofrenii wg województw w latach 1999 i 2003. Wskaźniki na 100000 ludność

| Województwo | 1999 | | 2003 | | Porównanie 1999=100% |
|---------------------|----------|-------|----------|-------|----------------------|
| | wskaźnik | ranga | wskaźnik | ranga | |
| POLSKA | 12 | x | 11 | x | 92 |
| Lubuskie | 26 | I | 29 | I | 112 |
| Dolnośląskie | 26 | II | 21 | II | 81 |
| Lubelskie | 19 | III | 19 | III | 100 |
| Opolskie | 15 | IV | 14 | IV | 93 |
| Zachodnio-pomorskie | 15 | V | 13 | V | 87 |
| Wielkopolskie | 9 | X | 13 | VI | 144 |
| Śląskie | 8 | XIII | 11 | VII | 138 |
| Pomorskie | 12 | VII | 9 | VIII | 75 |
| Kujawsko-pomorskie | 5 | XIV | 9 | IX | 180 |
| Mazowieckie | 10 | VIII | 9 | X | 90 |
| Świętokrzyskie | 10 | IX | 8 | XI | 80 |
| Podlaskie | 14 | VI | 8 | XII | 57 |
| Warmińsko-mazurskie | 9 | XI | 7 | XIII | 78 |
| Łódzkie | 9 | XII | 4 | XIV | 44 |
| Małopolskie | 5 | XV | 3 | XV | 60 |
| Podkarpackie | 5 | XVI | 2 | XVI | 40 |

W całym kraju przewlekłe hospitalizacje spadły w ciągu pięciu lat o 8%, spadek nastąpił w 12 województwach. W czterech znacznie wzrosły, najbardziej w kujawsko-pomorskim (o 80%).

W tabl. 4 zestawiono rangi wielkości wszystkich analizowanych wskaźników rozpowszechnienia w poszczególnych województwach w roku 1999 i 2003. Uzyskano w ten sposób relatywne „profile” rozpowszechnienia zarejestrowanego w szpitalach. Przyjęto, że za tereny o względnie wysokim rozpowszechnieniu należy uznać takie, które zawsze (we wszystkich badanych miarach, w obu latach) plasują się na wysokich pozycjach (od 1 do 8). Kryteria te spełniają następujące województwa: lubuskie, opolskie, pomorskie i zachodniopomorskie. Z kolei do grupy województw o względnie niskim rozpowszechnieniu (rangi 9–16 we wszystkich miarach w obu latach) należą: kujawsko-pomorskie, łódzkie, mazowieckie, małopolskie i podkarpackie. Pozostałe siedem województw ma profile „mieszane”, zwłaszcza z powodu znacznych różnic rang poszczególnych miar (np. podlaskie ma wysokie rangi rozpowszechnienia hospitalizacji i osobodni w obu latach, daleką natomiast

Tablica 4. Rozpowszechnienie hospitalizacji, osobodni leczenia i przewlekłych hospitalizacji z powodu schizofrenii w latach 1999 i 2003. Rangi wielkości wskaźników w województwach

| Województwo | Rangi rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji | | Rangi rozpowszechnienia hospitalizacji | | Rangi rozpowszechnienie osobodni | |
|---------------------|---|------|--|------|----------------------------------|------|
| | 1999 | 2003 | 1999 | 2003 | 1999 | 2003 |
| Dolnośląskie | 6 | 9 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Kujawsko-pomorskie | 13 | 10 | 15 | 10 | 14 | 9 |
| Lubelskie | 11 | 6 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| Lubuskie | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Łódzkie | 9 | 12 | 9 | 14 | 12 | 14 |
| Małopolskie | 14 | 15 | 16 | 16 | 15 | 15 |
| Mazowieckie | 10 | 11 | 10 | 12 | 8 | 10 |
| Opolskie | 7 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| Podkarpackie | 12 | 13 | 12 | 15 | 16 | 16 |
| Podlaskie | 1 | 1 | 3 | 7 | 6 | 12 |
| Pomorskie | 4 | 5 | 8 | 8 | 7 | 8 |
| Śląskie | 15 | 14 | 14 | 11 | 13 | 7 |
| Świętokrzyskie | 2 | 3 | 6 | 5 | 9 | 11 |
| Warmińsko-mazurskie | 8 | 7 | 11 | 13 | 11 | 13 |
| Wielkopolskie | 16 | 16 | 13 | 9 | 10 | 6 |
| Zachodniopomorskie | 5 | 8 | 7 | 6 | 5 | 5 |

lokate wskaźnika rozpowszechnienia przewlekłych hospitalizacji w roku 2003). Nie ma takich województw, w których nastąpiłaby diametralna zmiana profilu niskiego rozpowszechnienia na wysokie lub odwrotnie.

Tabl. 5 zawiera syntetyczne zestawienie dynamiki zmian wskaźników w ciągu 5 lat. Najbardziej znaczące ograniczenie rozpowszechnienia zarejestrowanego w szpitalach nastąpiło w podkarpackim (o 6% spadło rozpowszechnienie hospitalizacji, o 24% osobodni, o 60% przewlekłe hospitalizacje), następnie w łódzkim, podlaskim, małopolskim,

Tablica 5. Zmiany rozpowszechnienie hospitalizacji, osobodni leczenia i przewlekłych hospitalizacji z powodu schizofrenii w poszczególnych województwach w latach 1999 i 2003 (1999 = 100%)

| Województwo | Zmiana rozpowszechnienia hospitalizacji | Zmiana rozpowszechnienie osobodni | Zmiana rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji |
|---------------------|---|-----------------------------------|--|
| POLSKA | 104 | 96 | 92 |
| Dolnośląskie | 93 | 83 | 81 |
| Kujawsko-pomorskie | 117 | 134 | 180 |
| Lubelskie | 114 | 107 | 0 |
| Lubuskie | 112 | 105 | 112 |
| Łódzkie | 96 | 77 | 44 |
| Małopolskie | 98 | 84 | 60 |
| Mazowieckie | 103 | 89 | 90 |
| Opolskie | 111 | 89 | 93 |
| Podkarpackie | 94 | 76 | 40 |
| Podlaskie | 100 | 74 | 57 |
| Pomorskie | 95 | 90 | 75 |
| Śląskie | 120 | 128 | 138 |
| Świętokrzyskie | 102 | 88 | 80 |
| Warmińsko-mazurskie | 102 | 86 | 78 |
| Wielkopolskie | 114 | 134 | 144 |
| Zachodniopomorskie | 97 | 97 | 87 |

dolnośląskim i pomorskim. Dwa spośród tych województw w roku 1999 charakteryzowało znaczne rozpowszechnienie (dolnośląskie i podlaskie), trzy natomiast (małopolskie, podkarpackie, łódzkie) wyraźnie ograniczyły hospitalizację, mimo że w roku 1999 była ona na tych terenach niska. Istotne zwiększenie rozpowszechnienia nastąpiło w kujawsko-pomorskim (rozpowszechnienie hospitalizacji o 17%, osobodni 34%, przewlekła hospitalizacja 80%), wielkopolskim (wzrost o 14%, 34% i 44%) oraz w śląskim (20%, 28% i 38%). Wszystkie te województwa na początku badanego okresu (1999 r.) charakteryzował niski poziom hospitalizacji.

Wpływ zmiennych niezależnych na rozpowszechnienie schizofrenii zarejestrowane w szpitalach

Tabl. 6 prezentuje wpływ wybranych zmiennych na rozpowszechnienie hospitalizacji, a tabl. 7 i 8 – wpływ tych samych zmiennych na rozpowszechnienie osobodni leczenia i przewlekłych hospitalizacji.

Sytuację ekonomiczną województw charakteryzują dwie miary: odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji oraz poniżej granicy ubóstwa. Jest ona bardzo zróżnicowana terytorialnie – tak np. w świętokrzyskim i dolnośląskim frakcja populacji żyjącej poniżej granicy ubóstwa wynosi 25% i 24%, a w opolskim i mazowieckim 13% i 16%. Hipotetycznie zakładano, że im wyższe wartości wskaźników ubóstwa, tym większe może być rozpowszechnienie. Jak widać z tabl. 6, hipoteza ta potwierdziła się w odniesieniu do rozpowszechnienia hospitalizacji. Nie stwierdzono natomiast związku tych zmiennych z rozpowszechnieniem osobodni i przewlekłych hospitalizacji (tabl. 7 i 8).

Drugą grupę zmiennych niezależnych stanowią miary dostępności opieki szpitalnej i dps. Dostępność łóżek szpitalnych wykazuje silny związek z rozpowszechnieniem hospitalizacji (tabl. 6), jak też z dwoma pozostałymi miarami rozpowszechnienia (tabl. 7 i 8). Potwierdzeniem wagi tego związku jest sytuacja uprzednio wyodrębnionych województw o stałym, względnie wysokim i względnie niskim rozpowszechnieniu. W pierwszej grupie przeważa duża

Tablica 6. Wpływ zmiennych niezależnych na rozpowszechnienie hospitalizacji z powodu schizofrenii w Polsce – 2003 rok

| Województwo | Hospitalizacja z powodu schizofrenii – wskaźniki na 100000 ludności | Sytuacja ekonomiczna | | | Dostępność opieki szpitalnej i dps | | | Dostępność i funkcjonowanie opieki pozaszpitalnej | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|--|--|--|
| | | odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji | odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa | odsetek ludności psychiatryczne na 10 000 ludności* | wypisani do dps z rozpoznaniem schizofrenii (odsetek w stosunku do leczonych z rozpoznaniem schizofrenii) | iludność w tys. na 1 etat lekarski w pzp | odsetek osób objętych w pzp opieką czynną | leczeni z rozpoznaniem schizofrenii w oddziałach dziennych, hostelach i zespołach środowiskowo-wych na 100000 ludności | psychicznie chorzy uczestnicy środowiskowych domów samopomocy na 100000 ludności | |
| POLSKA | 83 | 12 | 20 | 6 | 5 | 42 | 36 | 11 | 14 | |
| Podlaskie | 122 | 12 | 21 | 7 | 3 | 38 | 42 | 36 | 9 | |
| Lubuskie | 110 | 12 | 19 | 14 | 2 | 73 | 30 | 29 | 14 | |
| Świętokrzyskie | 106 | 14 | 25 | 7 | 7 | 50 | 42 | 2 | 17 | |
| Opolskie | 101 | 8 | 13 | 7 | 10 | 63 | 28 | 7 | 8 | |
| Pomorskie | 93 | 15 | 23 | 6 | 4 | 41 | 24 | 7 | 12 | |
| Lubelskie | 90 | 12 | 20 | 9 | 3 | 50 | 33 | 3 | 22 | |
| Warmińsko-mazurskie | 89 | 16 | 23 | 5 | 7 | 52 | 21 | 3 | 21 | |
| Zachodniopomorskie | 89 | 14 | 21 | 4 | 3 | 54 | 33 | 15 | 12 | |
| Dolnośląskie | 86 | 15 | 24 | 8 | 2 | 37 | 33 | 8 | 8 | |
| Kujawsko-pomorskie | 84 | 12 | 21 | 5 | 5 | 40 | 39 | 7 | 9 | |
| Mazowieckie | 82 | 9 | 16 | 6 | 6 | 40 | 48 | 22 | 10 | |
| Łódzkie | 80 | 12 | 19 | 5 | 7 | 40 | 31 | 6 | 22 | |
| Podkarpackie | 72 | 14 | 23 | 5 | 5 | 48 | 33 | 3 | 18 | |
| Śląskie | 71 | 9 | 17 | 7 | 4 | 43 | 42 | 10 | 12 | |
| Małopolskie | 63 | 12 | 20 | 4 | 6 | 30 | 38 | 14 | 18 | |
| Wielkopolskie | 57 | 10 | 19 | 5 | 3 | 45 | 33 | 3 | 10 | |
| Wartość współczynnika korelacji rangowej Spearmana (rho) | | 0,35 | 0,32 | 0,51 | ** | 0,37 | 0,29 | ** | ** | |

* wraz z łóżkami w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

** siła związku poniżej 0,20

Tablica 7. Wpływ zmiennych niezależnych na osobodni hospitalizacji schizofrenii w Polsce – 2003 rok

| Województwo | Osobodni hospitalizacji z powodu schizofrenii – wskaźniki na 100000 ludności | Sytuacja ekonomiczna | | | Dostępność opieki szpitalnej i dps | | | Dostępność i funkcjonowanie opieki pozaszpitalnej | | |
|--|--|--|--|--|------------------------------------|---|---|---|---|--|
| | | odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji | odsetek ludności żyjącej poniżej granicy ubóstwa | odsetek psychiatryczne na 10 000 ludności* | łóżka na 10 000 ludności | wypisani do dps z rozpoznaniem schizofrenii (odsetek do leczenia z rozpoznaniem schizofrenii) | ludność w tys. na 1 etat lekarski w pzp | odsetek osób objętych w pzp opieką czynną | leczeni z rozpoznaniem schizofrenii w oddziałach dziennych, hostelach i zespołach środowiskowych na 100000 ludności | psychicznie chorzy uczestnicy środowiskowych domów samopomocy na 100000 ludności |
| POLSKA | 6842 | 12 | 20 | 6 | 5 | 11 | 36 | 11 | 14 | |
| Lubuskie | 13 090 | 12 | 19 | 14 | 2 | 29 | 30 | 29 | 14 | |
| Lubelskie | 10 265 | 12 | 20 | 9 | 3 | 3 | 33 | 3 | 22 | |
| Dolnośląskie | 9 764 | 15 | 24 | 8 | 2 | 8 | 33 | 8 | 8 | |
| Opolskie | 7 798 | 8 | 13 | 7 | 10 | 7 | 28 | 7 | 8 | |
| Zachodniopomorskie | 7 752 | 14 | 21 | 4 | 3 | 15 | 33 | 15 | 12 | |
| Świętokrzyskie | 7 582 | 14 | 25 | 7 | 7 | 2 | 42 | 2 | 17 | |
| Podlaskie | 7 530 | 12 | 21 | 7 | 3 | 36 | 42 | 36 | 9 | |
| Pomorskie | 6 475 | 15 | 23 | 6 | 4 | 7 | 24 | 7 | 12 | |
| Wielkopolskie | 6 345 | 10 | 19 | 5 | 3 | 3 | 33 | 3 | 10 | |
| Kujawsko-pomorskie | 6 246 | 12 | 21 | 5 | 5 | 7 | 39 | 7 | 9 | |
| Śląskie | 6 038 | 9 | 17 | 7 | 4 | 10 | 42 | 10 | 12 | |
| Mazowieckie | 5 942 | 9 | 16 | 6 | 6 | 22 | 48 | 22 | 10 | |
| Warmińsko-mazurskie | 5 714 | 16 | 23 | 5 | 7 | 3 | 21 | 3 | 21 | |
| Łódzkie | 5 263 | 12 | 19 | 5 | 7 | 6 | 31 | 6 | 22 | |
| Podkarpackie | 4 080 | 14 | 23 | 5 | 5 | 3 | 33 | 3 | 18 | |
| Małopolskie | 3 591 | 12 | 20 | 4 | 6 | 14 | 38 | 14 | 18 | |
| Wartość współczynnika korelacji rangowej Spearmana (rho) | | ** | ** | 0,71 | 0,65 | ** | 0,46 | ** | 0,27 | |

* wraz z łózkami w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

** siła związku poniżej 0,20

Tablica 8. Wpływ zmiennych niezależnych na rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji z powodu schizofrenii w Polsce – 2003 rok

| Województwo | Przewlekła hospitalizacja z powodu schizofrenii – wskaźniki na 100000 ludności | Sytuacja ekonomiczna | | | Dostępność opieki szpitalnej i dps | | | Dostępność i funkcjonowanie opieki pozaszpitalnej | | |
|--|--|--|---|---|---|--|---|---|--|--|
| | | odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji | odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa | odsetek ludności psychiatryczne na 10 000 ludności* | wypisani do dps z rozpoznaniem schizofrenii (odsetek w stosunku do leczonych z rozpoznaniem schizofrenii) | iludność w tys. na 1 etat lekarski w pzp | odsetek osób objętych w pzp opieką czynną | leczeni z rozpoznaniem schizofrenii w oddziałach dziennych, hostelach i zespołach środowiskowych na 100000 ludności | psychicznie chorzy uczestnicy środowiskowych domów samopomocy na 100000 ludności | |
| POLSKA | 11 | 12 | 20 | 6 | 5 | 42 | 36 | 11 | 14 | |
| Lubuskie | 29 | 12 | 19 | 14 | 2 | 73 | 30 | 29 | 14 | |
| Dolnośląskie | 21 | 15 | 24 | 8 | 2 | 37 | 33 | 8 | 8 | |
| Lubelskie | 19 | 12 | 20 | 9 | 3 | 50 | 33 | 3 | 22 | |
| Opolskie | 14 | 8 | 13 | 7 | 10 | 63 | 28 | 7 | 8 | |
| Zachodniopomorskie | 13 | 14 | 21 | 4 | 3 | 54 | 33 | 15 | 12 | |
| Wielkopolskie | 13 | 10 | 19 | 5 | 3 | 45 | 33 | 3 | 10 | |
| Śląskie | 11 | 9 | 17 | 7 | 4 | 43 | 42 | 10 | 12 | |
| Pomorskie | 9 | 15 | 23 | 6 | 4 | 41 | 24 | 7 | 12 | |
| Kujawsko-pomorskie | 9 | 12 | 21 | 5 | 5 | 40 | 39 | 7 | 9 | |
| Mazowieckie | 9 | 9 | 16 | 6 | 6 | 40 | 48 | 22 | 10 | |
| Świętokrzyskie | 8 | 14 | 25 | 7 | 7 | 50 | 42 | 2 | 17 | |
| Podlaskie | 8 | 12 | 21 | 7 | 3 | 38 | 42 | 36 | 9 | |
| Warmińsko-mazurskie | 7 | 16 | 23 | 5 | 7 | 52 | 21 | 3 | 21 | |
| Łódzkie | 4 | 12 | 19 | 5 | 7 | 40 | 31 | 6 | 22 | |
| Małopolskie | 3 | 12 | 20 | 4 | 6 | 30 | 38 | 14 | 18 | |
| Podkarpackie | 2 | 14 | 23 | 5 | 5 | 48 | 33 | 3 | 18 | |
| Wartość współczynnika korelacji rangowej Spearmana (rho) | ** | ** | ** | 0,71 | 0,60 | 0,43 | ** | ** | 0,40 | |

* wraz z łóżkami w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

** siła związku poniżej 0,20

dostępność łóżek (powyżej średniej) – w lubuskim, opolskim i pomorskim, w drugiej zaś w czterech spośród pięciu województw – niska dostępność łóżek (kujawsko-pomorskie, łódzkie, małopolskie, podkarpackie).

Dostępność dps nie wykazuje związku z rozpowszechnieniem hospitalizacji (tabl. 6), stwierdzono natomiast silny związek między tą zmienną a rozpowszechnieniem osobodni (tabl. 7) i przewlekłych hospitalizacji (tabl. 8).

Miary dostępności i funkcjonowania opieki pozaszpitalnej stanowią trzecią i ostatnią grupę zmiennych niezależnych. Dostępność pzp jest znacznie zróżnicowana – najłabsza w lubuskim (73 tys. ludności na etat lekarski), opolskim (63 tys.) i zachodniopomorskim (54 tys.), najlepsza zaś w małopolskim (30 tys. na etat), podlaskim (38) oraz w kujawsko-pomorskim, mazowieckim i łódzkim (po 40 tys. ludności na etat). Dostępność poradni wyraźnie wpływa na rozpowszechnienie hospitalizacji (tabl. 6), jeszcze silniejszy jest związek tej zmiennej z rozpowszechnieniem osobodni i przewlekłych hospitalizacji (tabl. 7 i 8).

Zrozumiałe zatem, że omawiana uprzednio lista województw, charakteryzujących się najwyższą dostępnością, prawie pokrywa się z listą województw, w których rozpowszechnienie jest względnie niskie. Z kolei lista województw, w których dostępność poradni jest niska jest bardzo zbliżona z listą terenów wysokiego rozpowszechnienia.

Odsetek pacjentów poradni, objętych opieką czynną, wynosi średnio 36% i mieści się w przedziale od 21% do 48%. Zmienna ta wykazuje graniczny związek z rozpowszechnieniem hospitalizacji (tabl. 6), brak jest natomiast związku tej zmiennej z rozpowszechnieniem osobodni i przewlekłych hospitalizacji (tabl. 7 i 8).

Rozpowszechnienie schizofrenii, zarejestrowane w oddziałach dziennych i zespołach leczenia środowiskowego, kształtuje się w Polsce na poziomie 11 na 100 tys. ludności i jest bardzo zróżnicowane terytorialnie. W jedenastu województwach jest ono niższe niż średnio w kraju, w tym w pięciu kształtuje się na bardzo niskim poziomie (2–3 leczonych na 100 tys.), podczas gdy w dwu województwach (podlaskim i lubuskim) leczonych jest zdecydowanie więcej niż w kraju (36 i 29 na 100 tys.). Zmienna ta nie wykazuje związku z żadną z miar rozpowszechnienia schizofrenii (tabl. 6, 7, 8).

Dostępność środowiskowych domów samopomocy mieści się w przedziale od 8 do 22 na 100 tys. ludności, średnio wynosi 14 na 100 tys. Dostępność tych domów wykazuje związek z rozpowszechnieniem osobodni oraz przewlekłych hospitalizacji (tabl. 7 i 8). Warto zauważyć, że wszystkie województwa o stałym wysokim rozpowszechnieniu (lubuskie, opolskie, pomorskie, zachodniopomorskie) charakteryzują się niską dostępnością domów samopomocy (jedno województwo na poziomie średniej, trzy poniżej średniej). Z kolei w grupie pięciu województw o stałym niskim rozpowszechnieniu, trzy mają wskaźniki dostępności znacznie przewyższające średnią (łódzkie, małopolskie, podkarpackie).

Terytorialne zróżnicowanie częstości pierwszych hospitalizacji

W tabl. 9 przedstawiono dane z roku 1999 i 2003, szeregując województwa wg malejącej wielkości wskaźnika w roku 2003. Zarówno średnie (13 i 15 na 100 tys.) jak

Tablica 9. Pierwsze hospitalizacje z powodu schizofrenii według województw w latach 1999 i 2003. Wskaźniki na 100000 ludności

| Województwo | 1999 | | 2003 | | Porównanie 1999=100% |
|---------------------|----------|-------|----------|-------|----------------------|
| | wskaźnik | ranga | wskaźnik | ranga | |
| POLSKA | 13 | x | 15 | x | 115 |
| Lubelskie | 15 | VII | 24 | I | 160 |
| Pomorskie | 24 | I | 21 | II | 87 |
| Opolskie | 20 | III | 20 | III | 100 |
| Lubuskie | 13 | X | 19 | IV | 146 |
| Świętokrzyskie | 22 | II | 18 | V | 82 |
| Podlaskie | 16 | V | 18 | VI | 113 |
| Łódzkie | 14 | IX | 17 | VII | 121 |
| Kujawsko-pomorskie | 15 | VI | 17 | VIII | 113 |
| Mazowieckie | 13 | XI | 14 | IX | 108 |
| Śląskie | 9 | XIV | 13 | X | 144 |
| Małopolskie | 10 | XIII | 13 | XI | 130 |
| Dolnośląskie | 17 | IV99 | 13 | XII | 76 |
| Zachodniopomorskie | 14 | VIII | 13 | XIII | 93 |
| Warmińsko-mazurskie | 12 | XII | 12 | XIV | 100 |
| Wielkopolskie | 7 | XVI | 11 | XV | 157 |
| Podkarpackie | 9 | XV | 11 | XVI | 122 |

i najniższe wartości wskaźników (7 i 11 na 100 tys.) są większe w roku 2003. W obu badanych latach najwyższe wskaźniki (18–24 na 100 tys.) charakteryzowały województwa: pomorskie, opolskie i świętokrzyskie, a najmniejsze (7–12 na 100 tys.) województwa: warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i podkarpackie.

Dostępność łóżek psychiatrycznych wykazuje silny związek z częstością pierwszych hospitalizacji (współczynnik korelacji $r = 0,69$). Dostępność poradni natomiast nie wpływa na zachorowalność, zarejestrowaną w opiece szpitalnej.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie nasze wykazało bardzo znaczne terytorialne zróżnicowanie rozpowszechnienia – dwukrotne różnice w wartościach wskaźników rozpowszechnienia hospitalizacji, około trzykrotne rozpowszechnienia osobodni i kilka, a nawet kilkunastokrotne, w przypadku przewlekłych hospitalizacji.

W badaniu przyczyn tego zróżnicowania okazało się, że siedem spośród ośmiu uwzględnionych zmiennych niezależnych jest związanych z rozpowszechnieniem zarejestrowanym w opiece szpitalnej.

Rozpowszechnienie najsilniej koreluje z dostępnością łóżek psychiatrycznych, której znaczenie stwierdzało uprzednio wielu autorów [4, 9]. Ten czynnik wydaje się wyjaśniać wzrost rozpowszechnienia w 3 województwach: kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i śląskim. W skali kraju dostępność łóżek była w badanym okresie praktycznie na tym samym poziomie, w tych natomiast województwach wyraźnie wzrosła, ponieważ utworzono łóżka opiekuńcze (których przedtem nie było). Zapewne dlatego na tych terenach tak znacznie wzrosło rozpowszechnienie osobodni i przewlekłych hospitalizacji.

Sytuacja ekonomiczna województwa (odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji oraz na granicy ubóstwa) wiąże się z rozpowszechnieniem hospitalizacji – im wyższy odsetek, tym wyższe rozpowszechnienie. Potwierdza to często podnoszony w literaturze wpływ ubóstwa na zaostrzenie chorób psychicznych. Mogą tu wchodzić w grę różnorakie mechanizmy, np. brak funduszy na dojazd do poradni albo zakup leków, bądź też stresogenność sytuacji bytowej.

Dostępność pzp jest związana ze wszystkimi miarami rozpowszechnienia – im niższa, tym rozpowszechnienie większe. Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że głównym powodem ograniczonej dostępności na wielu terenach jest fakt, że znaczna część poradni (44%) nie pracuje codziennie (a ok. 15% – tylko 1 raz w tygodniu). Dla chorych na schizofrenię, wymagających wyjątkowo systematycznego leczenia, jest to zapewne poważna bariera, na którą powinni zwrócić uwagę menadżerowie opieki psychiatrycznej.

Odsetek chorych objętych opieką czynną poradni jest związany z rozpowszechnieniem hospitalizacji (graniczna siła związku), nie wiąże się natomiast z rozpowszechnieniem osobodni i przewlekłych hospitalizacji. Interpretacja tych wyników nastrocza pewne trudności, albowiem miara, jaką dysponowaliśmy, dotyczyła odsetka wszystkich pacjentów poradni objętych opieką czynną. Na ile ta miara jest zbliżona do frakcji chorych na schizofrenię, objętych czynną opieką w poszczególnych województwach, trudno powiedzieć. Dlatego też, ze względu na pewną niespójność uzyskanych wyników (zasadnie można by oczekiwać, że opieka czynna wpływa też na osobodni), kwestię wpływu opieki czynnej na hospitalizację uznajemy za nierozstrzygniętą.

Dostępność środowiskowych domów samopomocy wiąże się z rozpowszechnieniem osobodni i przewlekłych hospitalizacji (im większa dostępność, tym mniejsze rozpowszechnienie), co skłania do przypuszczenia, że prawidłowo pełnią swą funkcję opieki nad przewlekle chorymi. Są one dostępne przez wiele godzin dziennie (co najmniej 8), często również w soboty, przeważnie oferują bogaty program zajęć [10]. Jak wykazało niedawne badanie w jednej z dzielnic Warszawy, dzięki opiece domów istotnie ograniczono rozpowszechnienie hospitalizacji całodobowej [11]. Celowe zatem będzie rozszerzenie sieci tych domów.

Wbrew przypuszczeniom, dostępność psychiatrycznych oddziałów dziennych i zespołów środowiskowych nie wpływa na rozpowszechnienie zarejestrowane w szpitalach. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że jest to spowodowane zbyt niską dostępnością tych form opieki – łącznie wynosi ona w skali kraju 1,7 miejsc na 10 tys. ludności (0,7 w psychiatrycznych oddziałach dziennych i szacunkowo 1,0 w zespołach), podczas gdy w programie ochrony zdrowia za minimalną łączną dostępność tych form dla populacji dorosłej przyjęto 11–13 na 10 tys. ludności [12]. Nawet w dwu województwach, w których leczono w tych formach najwięcej osób (36 i 29 na 100 tys.), dostępność jest parokrotnie niższa od minimalnej pożądanej (szacunkowo ok. 4 miejsca na 10 tys. ludności, zarówno w podlaskim jak lubuskim).

W grupie zmiennych charakteryzujących opiekę środowiskową nie uwzględniliśmy danych o osobach korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych. Dostępne

bowiem są tylko informacje o łącznej liczbie chorych z zaburzeniami psychicznymi korzystających z tych usług w poszczególnych województwach. Wiadomo, że znaczną część tych podopiecznych stanowią osoby z upośledzeniem umysłowym, ale frakcja ta może być znacznie (nie wiadomo o ile) zróżnicowana terytorialnie. Z podobnych powodów nie uwzględniliśmy danych o uczestnikach warsztatów terapii zajęciowej – szacunkowo udział osób z zaburzeniami psychicznymi wynosi 10%, ale brak danych o sytuacji w poszczególnych województwach.

Częstość pierwszych hospitalizacji jest bardzo zróżnicowana terytorialnie. Przyczynom tych różnic poświęciliśmy w naszej pracy mało uwagi z powodu braku miar wielu zmiennych niezależnych, które mogą wpływać na częstość pierwszych hospitalizacji. Są to m.in. postawy społeczne wobec chorych psychicznie i leczenia psychiatrycznego oraz kompetencje lekarzy opieki podstawowej w rozpoznawaniu chorób psychicznych [13]. Informacje o tych czynnikach nie są jednak dostępne, należałoby przeprowadzić kosztowne badania terenowe. Uwzględniona w naszym badaniu dostępność pzp nie wykazała związku z zapadalnością zarejestrowaną w opiece szpitalnej, z kolei dostępność łóżek psychiatrycznych jest silnie z tą zapadalnością związana.

WNIOSKI

1. Rozpowszechnienie schizofrenii, zarejestrowane w szpitalach, jest znacznie zróżnicowane terytorialnie. Największe rozpowszechnienie hospitalizacji jest dwukrotnie większe, a rozpowszechnienie przewlekłych hospitalizacji kilkanaście razy większe od wartości najniższych.
2. W roku 1999 i 2003 relatywnie wysokie było rozpowszechnienie w województwach: lubuskim, opolskim, pomorskim i zachodniopomorskim, a względnie niskie w kujawsko-pomorskim, łódzkim, mazowieckim, małopolskim i podkarpackim.
3. W roku 2003 w większości województw rozpowszechnienie było znacznie niższe niż pięć lat wcześniej, w trzech natomiast województwach było ono wyższe (kujawsko-pomorskie, wielkopolskie, śląskie).
4. Rozpowszechnienie schizofrenii zarejestrowane w opiece szpitalnej jest tym niższe, im lepsza dostępność poradni zdrowia psychicznego oraz środowiskowych domów samopomocy.
5. Wbrew przewidywaniom nie stwierdzono związku między dostępnością oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego a rozpowszechnieniem zarejestrowanym w szpitalach. Główną tego przyczyną jest prawdopodobnie słaba dostępność tych form leczenia, kilkakrotnie niższa od pożądanego minimum.

PIŚMIENNICTWO

1. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
2. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Orvaschel H, Anthony JC, Boyd JH, Burke JD Jr, Kramer M, Stoltzman R. Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities. Arch Gen Psychiatry 1984; 41 (10): 959–67.

3. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 475–84.
4. Jarman B, Hirsch S. Statistical models to predict district psychiatric morbidity. W: Thornicroft G, Brewin ChR, Wing J, red. *Measuring Mental Health Needs*. Royal College of Psychiatrists: Gaskell; 1992: 62–80.
5. Brodniak WA. Ocena rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w perspektywie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce w latach 1990–2002. W: Piątkowski W, Brodniak WA, red. *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: 2005.
6. Słupczyńska-Kossobudzka E, Wciórka J. Psychiatria środowiskowa. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 3. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2003: 507–25.
7. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 387–98.
8. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Wójtowicz S. Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – czteroletnia katamneza. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 301–9.
9. Pietrzykowska B. Terytorialne zróżnicowanie rozpowszechnienia hospitalizacji osób z zaburzeniami psychotycznymi. W: *Rozpowszechnienie chorób i zaburzeń psychicznych w Polsce*. Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1994.
10. Brodniak WA. Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000–2002. *Post Psychiatr Neurol* 2003; 12: 393–402.
11. Załuska M, Paszko J. Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznej. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (6): 953–66.
12. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt – lipiec 2000). *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 455–72.
13. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications London and New York; 1980.

*Adres: Dr Elżbieta Słupczyńska-Kossobudzka, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*