



## Hospitalizacja chorych na schizofrenię w latach 1999 i 2003

*Hospitalization of patients with schizophrenia in the years 1999 and 2003*

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA<sup>1</sup>, ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA<sup>1</sup>, WALENTYNA SZIRKOWIEC<sup>2</sup>

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

2. Zakładu Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem pracy było zbadanie uwarunkowań hospitalizacji chorych na schizofrenię czynnikami społeczno-demograficznymi oraz zbadanie modelu korzystania z różnych typów placówek szpitalnych w roku 1999 i 2003.

**Metoda.** Analizowano zarejestrowane w szpitalach rozpowszechnienie i zapadalność w podgrupach społeczno-demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) oraz strukturę hospitalizacji w poszczególnych placówkach opieki całodobowej.

**Wyniki.** Rozpowszechnienie hospitalizacji osób uprzednio już leczonych nie zmieniło się, wzrosła natomiast o 14% zarejestrowana zapadalność. Średni czas hospitalizacji spadł o 7%. W obu latach przeważają rozpoznania schizofrenii paranoidalnej (odpowiednio 62% i 70%). Rozpowszechnienie hospitalizacji jest najwyższe u osób w wieku 36–50 lat (150 na 100 tys. populacji). Pierwsze hospitalizacje są najczęstsze u osób w wieku 20–35 lat, u mężczyzn rozpoczynają się wcześniej niż u kobiet. Mężczyźni trafiają do szpitala częściej niż kobiety, różnica po 5 latach pogłębiła się. Czas leczenia mężczyzn jest dłuższy niż kobiet, w 2003 r. różnica jest mniejsza niż 5 lat wcześniej. Mieszkańcy miast hospitalizowani są częściej i krócej niż mieszkańcy wsi, różnice te po pięciu latach pogłębiły się.

**Wnioski.** Powinno to być sygnałem dla menadżerów opieki psychiatrycznej, można bowiem przypuszczać, że mieszkańcy wsi trafiają do szpitala później, w gorszym stanie i dlatego wymagają dłuższego leczenia. Model korzystania z opieki szpitalnej w 2003 r. jest odmienny niż 5 lat wcześniej. Z punktu widzenia polityki zdrowotnej postulowanej przez projekt Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zmiany te mają dwojaki charakter – korzystny (zmniejszenie udziału chorych leczonych w ogólnych oddziałach szpitali psychiatrycznych i zwiększenie liczby chorych leczonych w wyspecjalizowanych oddziałach szpitali psychiatrycznych, podczas gdy wzrosła jedynie rola jednego tylko typu oddziałów – opiekuńczo-leczniczych, a spadł udział chorych w innych oddziałach specjalistycznych, takich jak rehabilitacyjne i dla przewlekle chorych, nie utworzono też hosteli).

### SUMMARY

**Objectives.** The study was aimed at investigating, firstly, the socio-demographic factors that determine hospitalization of patients with schizophrenia, and secondly, the model of various inpatient facilities utilization in the years 1999 and 2003.

**Method.** The hospital-registered prevalence and incidence in sociodemographic subgroups (defined by gender, age, place of residence), as well as the structure of hospitalization in various inpatient psychiatric facilities were analyzed.

**Results.** The hospitalization prevalence among previously treated patients did not change between the years 1999 and 2003, while the registered incidence increased by 14%. The mean duration of inpatient treatment decreased by 7%. In both these years the diagnosis of paranoid schizophrenia predominated (62 and 70%, respectively). The highest rates of hospitalization prevalence were found in the age group 36–50 years (150 per 100,000 population). First admissions were most frequent in the 20–35 age range, being earlier in males. Men are more often hospitalized than women, and the difference was even more marked after the five years. The duration of inpatient treatment was longer in men than in women, and in the year 2003 this difference was smaller than 5 years earlier. Urban area residents were hospitalized more often than those from rural areas, and the inpatient treatment duration was shorter in the former group. These differences were more pronounced at the 5-year follow-up.

**Conclusions.** The analyses suggest that rural area residents are admitted to psychiatric facilities later, when their condition is more severe, and so they need longer treatment. These findings should be taken under consideration by psychiatric care managers. The model of psychiatric care utilization in the year 2003 differed from that noted 5 years earlier. From the viewpoint of the health policy postulated by the Mental Health Programme, the changes are twofold: some are beneficial (e.g. less patients are treated in general wards of mental hospitals, and more receive treatment in psychiatric wards at general hospitals), while other changes are disadvantageous. Namely, according to the Programme more patients should be treated in specialist psychiatric facilities. However, the utilization of such units as those providing psychiatric rehabilitation, or care for long-term patients, has decreased. The only exception was the use of one type of specialist unit, i.e. nursing-treatment residential facility, which was found to be increased. Moreover, no hostels came into existence.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / rozpowszechnienie hospitalizacji / uwarunkowania demograficzne

**Key words:** schizophrenia / hospitalization prevalence / demographic determinants

---

### CEL

Od wielu lat wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji schizofrenii pozostaje na prawie niezmiennym poziomie, w granicach 80 na 100 tys. ogółu ludności Polski. Celem niniejszej pracy było sprawdzenie:

- czy w zależności od frakcji społeczno-demograficznych zachodzą różnice w wielkości wskaźników,
- w jakich placówkach psychiatrycznej opieki całodobowej najczęściej leczą się pacjenci ze schizofrenią i czy model korzystania z różnych rodzajów placówek w roku 2003 jest zbliżony do modelu z 1999 r.

## METODA

Informacje o hospitalizacji pacjentów uzyskaliśmy z baz Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia, zawierających informacje o wszystkich hospitalizowanych pacjentach w placówkach psychiatrycznych na terenie całego kraju.

Analiza przeprowadzona została wg trzech zmiennych społeczno-demograficznych: płeć, wiek i miejsce zamieszkania (miasto/wieś). W pracy operujemy wskaźnikami rozpowszechnienia (liczba osób hospitalizowanych na 100 tys. populacji) oraz wskaźnikami zapadalności (liczba leczonych po raz pierwszy w życiu na 100 tys. populacji). Dokonano również porównania w obu latach częstości hospitalizacji w poszczególnych rodzajach placówek i oddziałów, średniego czasu pobytu pacjenta w ciągu roku oraz struktury osobodni leczenia.

## WYNIKI

### Struktura diagnostyczna i społeczno-demograficzna badanej populacji

W obu latach przeważały hospitalizacje chorych na schizofrenię paranoidalną (odpowiednio 62% i 70%) oraz rezydualną (19% i 16%). Sporo osób nie miało szczegółowego rozpoznania (13% i 10%).

W obu latach częściej leczyli się mężczyźni (52% i 53%), najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 36–50 lat (42% i 40%), następnie w wieku 20–35 lat (26% i 27%), znacznie częściej reprezentowana jest populacja miejska (64% i 66%) niż wiejska. Pacjenci są najczęściej osobami samotnymi (73% w roku 1999, w tym 57% nigdy nie była w związku i 75% w roku 2003, w tym 59% nigdy nie była w związku). Około dwie trzecie badanych ma wykształcenie podstawowe lub zawodowe, podobna jest proporcja chorych utrzymujących się z renty (71% i 67%). Jedynie 7% i 5% utrzymuje się z pracy etatowej lub działalności gospodarczej.

### Rozpowszechnienie hospitalizacji

Wartości wskaźników wyraźnie różnicują cechy społeczno-demograficzne, zwłaszcza wiek. W obu analizowanych okresach najczęściej hospitalizowane były osoby w wieku 36–50 lat (wskaźniki 144 i 150 na 100 tys. populacji) oraz osoby w wieku 51–64 lat (wskaźniki 120 i 116 na 100 tys.). Najniższe są wskaźniki rozpowszechnienia w najmłodszej frakcji wieku, do 19 roku życia. W obu okresach wyższe jest rozpowszechnienie hospitalizacji mężczyzn niż kobiet (o 14% w roku 1999 i o 19% pięć lat później), prawidłowość ta obejmuje populację do 50 roku życia, natomiast wśród osób starszych częściej hospitalizowane są kobiety. W obu porównywanych latach rozpowszechnienie hospitalizacji jest wyższe wśród ludności miejskiej niż wiejskiej (o 10% w roku 1999 i o 19% w roku 2003) i dotyczy to większości grup wieku (tabl. 1).

W 2003 r. ogólny wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji zmienił się nieznacznie w porównaniu z rokiem 1999 (wzrost o 3%). Natomiast w poszczególnych frakcjach społeczno-demograficznych zmiany są wyraźnie zróżnicowane. Tempo wzrostu rozpowszechnienia było wyższe u mężczyzn niż u kobiet (5% vs 1%), w populacji miejskiej hospitalizacja wzrosła o 7%, podczas gdy w populacji wiejs-

kiej spadła o 1%. Spowodowało to, że istniejące na początku różnice, ze względu na te dwie cechy, pogłębiły się. Najbardziej zróżnicowane pod względem obserwowanych zmian są poszczególne grupy wieku. W najmłodszej frakcji wieku, do 19 roku życia, wystąpił najwyższy wzrost hospitalizacji (o 14%), bez względu na płeć i miejsce zamieszkania. W dwu najstarszych grupach wieku rozpowszechnienie hospitalizacji spadło, zwłaszcza osób po 64 roku życia (o 6%). Nie wielki wzrost rozpowszechnienia charakteryzuje frakcję wieku 20–35 lat (0,5%), spowodowany głównie wzrostem w populacji mężczyzn (o 5%) i w populacji miejskiej (również o 5%). Hospitalizacja spadła we wszystkich frakcjach wieku ludności wiejskiej po 19 roku życia.

### Średni czas pobytu chorych w szpitalu

Podobnie jak rozpowszechnienie hospitalizacji, średni czas leczenia chorych jest bardzo zróżnicowany w zależności od frakcji społeczno-demograficznej. W roku 2003 kształtował się na poziomie od 42 dni (kobiety do 19 lat) do 188 dni (mężczyźni powyżej 64 lat). Zarówno w roku 1999 jak i 2003 dłużej byli hospitalizowani mężczyźni niż kobiety, więcej też czasu w szpitalu spędzali mieszkańcy wsi niż miast. W obu badanych latach czas pobytu wzrasta wraz z wiekiem, zarówno w populacji mężczyzn jak i kobiet, bez względu na miejsce zamieszkania. Wraz z wiekiem pogłębiają się też różnice między czasem leczenia mężczyzn i kobiet (tabl. 2).

W porównaniu z 1999 r. średni czas hospitalizacji ogółu leczonych spadł o 7% (z 89 dni do 83). Skrócenie czasu hospitalizacji charakteryzuje prawie wszystkie analizowane grupy społeczno-demograficzne, chociaż jego rozmiar jest zróżnicowany. Czas leczenia mężczyzn uległ wyraźniejszemu skróceniu niż czas leczenia kobiet, co zmniejszyło między nimi różnicę. W roku 1999 średni czas hospitalizacji mężczyzn był o 17% dłuższy niż kobiet, a po pięciu latach o 12%. Czas hospitalizacji mieszkańców miast spadł znacznie niż mieszkańców wsi, co spowodowało jeszcze większe różnice między tymi populacjami. Średni czas hospitalizacji mieszkańców wsi w roku 1999 był o 15% dłuższy niż mieszkańców miast, a w roku 2003 już o 25% dłuższy. Najbardziej, o 13%, skrócił się czas hospitalizacji w najmłodszej frakcji wieku, do 19 roku życia, w której był on i tak najkrótszy. Wyraźny spadek, o 10%, wystąpił u osób w wieku 51–64 lata, przede wszystkim u mężczyzn i mieszkańców miast. Natomiast w najstarszej frakcji wieku, powyżej 64 roku życia, wystąpił najniższy spadek, ogółem o 4%.

### Hospitalizacje pacjentów pierwszorazowych

Liczba pacjentów pierwszorazowych w roku 1999 wynosiła 5208, a w 2003 r. 5874, wzrosła zatem niewiele więcej (o 625 osób) niż ogół pacjentów, co świadczy, że wzrost rozpowszechnienia był spowodowany głównie napływem do szpitali pacjentów pierwszorazowych. Potwierdzają to wartości wskaźników hospitalizacji pacjentów leczonych kolejny raz w życiu – w roku 2003 wskaźnik był wyższy o niecały 1% niż 5 lat wcześniej (66,6 vs 67,2 na 100 tys.).

Wskaźnik hospitalizacji pacjentów pierwszorazowych (zarejestrowanej zapadalności) w roku 1999 wynosił 13,5 na 100 tys. ludności, a w 2003 roku wzrósł o 14%, do 15,4 na 100 tys. (tabl. 3). Wskaźnik zapadalności jest znacznie modyfikowany zmiennymi społeczno-demograficznymi.

Tablica 1. Rozpowszechnienie hospitalizacji schizofrenii według płci, wieku, środowiska zamieszkania w roku 1999 i 2003. Wskaźniki na 100 tys. ludności

Kategorie wieku	Ogółem			Mężczyźni			Kobiety			Miasto			Wieś		
	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa
	N = 30953	N = 31532	N = 16078	N = 16610	N = 14875	N = 14922	N = 19841	N = 20723	N = 11112	N = 10809					
OGÓŁEM	80,1	82,6	+3	85,6	89,8	+5	74,9	75,7	+1	81,3	86,9	+7	73,8	72,8	-1
0-19	7,3	8,3	+14	8,8	10,0	+14	5,7	6,5	+14	9,6	10,8	+13	4,3	5,0	+17
20-35	92,8	93,3	+0,5	114,2	120,0	+5	70,6	65,8	-7	94,7	99,4	+5	87,1	81,0	-7
36-50	144,0	149,7	+4	149,9	157,9	+5	138,2	141,6	+2	136,3	148,8	+9	152,2	147,4	-3
51-64	120,0	116,0	-3	114,8	106,9	-7	124,6	124,0	-0,5	116,6	115,1	-1	120,0	114,6	-5
65+	60,6	56,9	-6	55,5	52,1	-6	63,8	59,8	-6	59,5	56,3	-5	51,0	49,7	-3

Tablica 2. Średni czas pobytu leczonych według płci, wieku, środowiska zamieszkania w roku 1999 i 2003

Kategorie wieku	Ogółem			Mężczyźni			Kobiety			Miasto			Wieś		
	1999	2003	różnica procentowa 1999=100%	1999	2003	różnica procentowa 1999=100%	1999	2003	różnica procentowa 1999=100%	1999	2003	różnica procentowa 1999=100%	1999	2003	różnica procentowa 1999=100%
OGÓŁEM	89	83	-7	96	87	-9	82	78	-5	83	75	-10	96	94	-2
0-19	52	45	-13	52	48	-8	52	42	-19	49	45	-8	55	46	-16
20-35	61	56	-8	65	58	-11	56	51	-7	62	55	-11	61	57	-7
36-50	79	75	-5	91	85	-7	66	64	-3	76	70	-8	85	83	-2
51-64	115	103	-10	136	120	-12	98	89	-9	105	91	-13	130	125	-4
65+	169	163	-4	199	188	-6	153	150	-2	150	137	-9	185	187	+1

Tablica 3. Hospitalizacja pierwszorazowych pacjentów ze schizofrenią według płci, wieku, środowiska zamieszkania w roku 1999 i 2003. Wskaźniki na 100 tys. ludności

Kategorie wieku	Ogółem			Mężczyźni			Kobiety			Miasto			Wieś		
	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa	1999	2003	różnica procentowa
	N = 5208	N = 5874	N = 2640	N = 3240	N = 2568	N = 2634	N = 3352	N = 3859	N = 1856	N = 1856	N = 2015				
OGÓŁEM	13,5	15,4	+14	14,1	17,5	+24	12,9	13,4	+4	13,7	16,1	+18	12,3	13,5	+10
0-19	4,4	4,7	+7	5,3	5,6	+6	3,5	3,8	+9	5,7	5,9	+4	2,6	3,0	+15
20-35	24,3	26,7	+10	28,4	34,3	+21	20,0	18,9	-6	24,2	27,8	+15	23,6	24,0	+2
36-50	18,3	20,7	+13	16,1	19,9	+24	20,6	21,5	+4	17,5	21,3	+22	18,8	18,7	-0,5
51-64	11,9	13,9	+17	9,9	13,3	+34	13,5	14,4	+7	11,1	12,4	+12	12,9	16,0	+24
65+	7,0	8,2	+17	6,4	8,4	+31	7,4	8,0	+8	6,6	7,4	+12	6,4	7,7	+20

Tablica 4. Leczeni i osobodni leczenia według rodzaju zakładu i oddziału w roku 1999 i 2003. Struktura procentowa

Rodzaj zakładu/oddziału	Leczeni		Osobodni leczenia		Średni czas pobytu 1 osoby	
	1999 N = 30953	2003 N = 31532	1999 N = 2755864	2003 N = 2613812	1999	2003
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	89	83
Szpitalne psychiatryczne*						
w tym:	73,7	64,4	74,2	51,8	89	67
Oddziały psychiatryczne ogólne	67,1	60,5	57,4	44,0	76	60
Oddziały psychosomatyczne	1,1	0,5	2,1	0,5	158	71
Oddziały psychogeriatryczne	0,6	0,9	1,2	1,5	169	135
Oddziały dla chorych na gruźlicę	0,6	0,3	1,4	0,4	198	134
Oddziały dla przewlekle chorych	2,6	0,9	8,7	3,2	300	290
Oddziały rehabilitacyjne	1,2	0,7	2,1	0,5	152	58
Oddziały psychiatrii sądowej	0,5	0,6	1,3	1,7	221	238
Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych						
w tym:	17,4	21,6	10,3	12,9	53	49
Oddziały psychiatryczne ogólne	17,0	20,7	10,0	11,8	53	48
Inne	0,4	0,9	0,3	1,1	75	91
Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej	0,1	0,2	0,2	0,8	270	265
Oddziały/zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze	3,6	8,0	12,1	31,2	303	323
Inne	5,3	5,8	3,2	3,3	54	48

\* Bez oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.

Częściej hospitalizowani byli mężczyźni (o 9%) niż kobiety (14,1 vs 12,9 na 100 tys.) w roku 1999 i o 30% (17,5 vs 13,4 na 100 tys.) w roku 2003 (tabl. 3). Wyraźnie różnicuje wskaźniki hospitalizacji wiek leczonych. Spośród ogółu pacjentów pierwszorazowych najczęściej, w obu badanych latach, hospitalizowane były osoby w wieku 20–35 lat (24 i 27 na 100 tys. populacji), zwłaszcza mężczyźni, a następnie osoby w wieku 36–50 lat (18 i 21 na 100 tys.), zwłaszcza kobiety. Rzadko hospitalizowano osoby młode, do 19 roku życia oraz najstarsze, powyżej 64 lat.

W obu latach, w grupie wieku do 35 roku życia, częściej hospitalizowani byli mężczyźni niż kobiety, w starszych grupach wieku wyższe są wskaźniki zapadalności kobiet. W młodszej grupie wieku (do 35 roku życia) częściej hospitalizowani byli mieszkańcy miast niż wsi, natomiast w starszych grupach jest wyraźnie odwrotna tendencja.

Tempo wzrostu zapadalności było znacznie wyższe u mężczyzn niż kobiet (24% vs 4%), co spowodowało pogłębienie przewagi zapadalności mężczyzn (z 9% w roku 1999 do 30% w roku 2003). Hospitalizacja mieszkańców miast wzrosła bardziej niż mieszkańców wsi, w efekcie pogłębiła się przewaga hospitalizacji mieszkańców miast (z 11% do 19%). Zapadalność wzrosła we wszystkich grupach wieku i – z dwoma wyjątkami – bez względu na płeć i miejsce zamieszkania. Najwyższy wzrost wystąpił u osób po 50 roku życia, zwłaszcza mężczyzn (ponad 30%) i mieszkańców wsi (ponad 20%).

### Miejsce hospitalizacji

Większość pacjentów hospitalizowano w szpitalach psychiatrycznych – 74% w roku 1999 i 64% w roku 2003, przede wszystkim w ogólnych oddziałach tych szpitali – 67% i 61% (tabl. 4). W oddziałach wyspecjalizowanych leczono odpowiednio 7% i 4%, w tym w oddziałach rehabilitacyj-

nych 1,2% i 0,7%. Drugim, pod względem częstości, miejscem leczenia były oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, korzystało z nich 17% i 22% pacjentów. Najmniej osób, 4% i 8%, korzystało z oddziałów lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych (ZOL).

Struktura osobodni leczenia jest odmienna. Największy udział mają szpitale psychiatryczne (74% i 52%), następnie ZOL (12% i 31%) i oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych (10% i 12%).

Najdłuższy czas pobytu jest w ZOL i oddziałach dla przewlekle chorych (ok. 300 dni). Najkrócej leczeni są chorzy w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (odpowiednio 53 i 48 dni), dla porównania w ogólnych oddziałach szpitali psychiatrycznych czas ten jest znacznie dłuższy (76 i 60 dni).

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

W badaniu stwierdziłyśmy, że częstość hospitalizacji osób już uprzednio leczonych w szpitalu między rokiem 1999 i 2003 nie zmieniła się, natomiast wzrosła znacznie, o 14%, częstość hospitalizacji pierwszorazowych. Oczywiście można wykluczyć przypuszczenie, że oznacza to wzrost zachorowań na tę chorobę, ponieważ powszechnie przyjmuje się, że rzeczywista zapadalność i rozpowszechnienie schizofrenii są stabilne [1]. Przyczyn należy zatem szukać w lepszej wykrywalności tej choroby, zgadzając się jednocześnie ze stanowiskiem wielu klinicystów, że pierwszy epizod schizofrenii najlepiej leczyć w szpitalu.

Średni czas hospitalizacji spadł o 7%, z 89 do 83 dni wśród ogółu leczonych. Spadek czasu pobytu jest zapewne w dużym stopniu spowodowany ograniczeniami stawianymi przez Kasy Chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdro-

wia. Jednocześnie zwiększyła się możliwość kierowania pacjentów do środowiskowych form opieki, bowiem wyraźnie wzrosła w tym czasie liczba oddziałów dziennych i środowiskowych domów samopomocy, dzięki czemu pobyty w placówkach zamkniętych mogły ulec skracaniu. Nadto wprowadzane są coraz lepsze środki farmakologiczne (kolejnych generacji), coraz skuteczniej zmniejszające objawy chorobowe.

Pierwsze hospitalizacje mężczyzn są najczęstsze w grupie wieku 20–35 lat, a kobiet w wieku nieco późniejszym, 36–50 lat. Jest to odzwierciedleniem zjawiska wcześniejszego ujawniania się choroby u mężczyzn (przeważnie w 15–24 roku życia) niż u kobiet, u których ryzyko zachorowania jest największe w wieku 25–34 lata [2].

Jak wykazało badanie, zarówno w roku 1999 jak i 2003, mężczyźni trafiali do szpitala częściej niż kobiety, podobnie jak w latach ubiegłych [3, 4]. Wprawdzie rzeczywista częstość występowania schizofrenii u obu płci jest zbliżona, ale przebieg choroby u mężczyzn jest często gwałtowniejszy. W licznych badaniach stwierdzano, że kobiety mimo choroby lepiej funkcjonują społecznie, a zwłaszcza charakteryzuje je wyższy poziom aktywności i niezależności [5, 6, 7, 8]. Ponadto, opiekunowie chorych są bardziej obciążeni opieką nad chorym mężczyzną niż kobietą [5, 9, 10]. Wydaje się również, że kobiety chore na schizofrenię, podobnie jak na wiele innych chorób, są bardziej zdyscyplinowane w leczeniu, chętniej poddają się zaleceniom kontynuowania leczenia w poradni, dzięki czemu mają częstsze i dłuższe remisje. Zapewne te czynniki wpływają również na stwierdzone przez nas zjawisko dłuższych hospitalizacji mężczyzn niż kobiet.

Intrygująca natomiast jest dynamika różnic rozpowszechnienia w czasie. O ile w latach 1992 i 1995 były one niewielkie (w 1995 r. kobiety 98, mężczyźni 103 na 100 tys.), to w roku 1999 rozpowszechnienie u mężczyzn było o 14%, a pięć lat później już o 19% wyższe niż u kobiet.

Nie mamy wiedzy, która byłaby podstawą rzetelnej interpretacji tego faktu, ale zapewne jest on uwarunkowany wieloma czynnikami. Nie można wykluczyć wpływu coraz większych wymagań na rynku pracy, które powodują mniejszą dyspozycyjność rodzin do opieki nad chorymi, zwłaszcza właśnie mężczyznami (często znacznie obciążających rodziny swoim zachowaniem) i skłaniają do decyzji umieszczenia ich w szpitalu. Pewien udział może mieć poprawa diagnostyki (znaczny wzrost częstości hospitalizacji mężczyzn jest spowodowany głównie zwiększeniem liczby pierwszych hospitalizacji), jak też łatwiejsze utrzymywanie się kobiet w pośrednich formach opieki. Można też brać pod uwagę wpływ kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i zawartych w nich limitów czasu leczenia chorych. Być może, ze względu na przewidziany dłuższy czas leczenia chorych na schizofrenię niż na inne choroby, klinicyści w przypadku wątpliwości diagnostycznych chętniej obecnie stawiają rozpoznanie schizofrenii, zwłaszcza u mężczyzn z potencjalnie długą hospitalizacją (uprzednio dominowała zasada „niespieszenia się” z rozpoznawaniem schizofrenii w przypadkach niejasnych).

Mieszkańcy miast są częściej hospitalizowani niż osoby mieszkające na wsi. Prawidłowość ta, dość powszechna w większości zaburzeń psychicznych, w schizofrenii do niedawna była słabo wyrażona. W roku 1992 w obu tych populacjach rozpowszechnienie było na poziomie 113 na 100 tys.,

a w roku 1995 wskaźniki różniły się nieznacznie [4, 11]. Być może coraz większe różnice między tymi populacjami wynikają z rosnącej wykrywalności choroby u mieszkańców miast, dzięki nieco lepszej oświacie zdrowotnej, zmniejszeniu niechęci do kontaktu z psychiatrą, lepszemu wyszkoleniu lekarzy rodzinnych. Wiązać się też mogą z lepszym monitorowaniem chorych w poradniach zdrowia psychicznego, a może też poprawą diagnostyki psychiatrycznej w miastach. Przypuszczenie, że wzrost hospitalizacji mieszkańców miast wiąże się z lepszą wykrywalnością i monitorowaniem choroby w miastach potwierdza fakt, iż mieszkańcy miast leczą się coraz krócej, podczas gdy czas hospitalizacji osób mieszkających na wsi jest znacznie dłuższy i właściwie nie zmienia się w ostatnich latach. Świadczy to zapewne m.in. o tym, że mieszkańcy wsi trafiają do szpitala później, w gorszym stanie i dlatego wymagają dłuższego leczenia. Wyniki naszych badań powinny zatem być ważną wskazówką dla menadżerów opieki w środowiskach wiejskich.

Badanie nasze wykazało, że od 1999 r. zmniejszył się udział szpitali psychiatrycznych w leczeniu chorych (z 74% do 64%), zwiększył się natomiast udział oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (z 17% do 22%). W świetle założeń projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego kierunek tych zmian jest pożądanym, zakłada się bowiem rozbudowę sieci oddziałów przy szpitalach ogólnych [12]. Niekorzystne natomiast są stwierdzone przez nas zmiany funkcji pełnionej przez szpitale psychiatryczne. W Programie, a zwłaszcza w jego ostatniej znowelizowanej wersji z roku 2007, postuluje się, aby szpitale składały się przede wszystkim z oddziałów wyspecjalizowanych, m.in. rehabilitacyjnych, hostelowych i oddziałów opiekuńczo-leczniczych. Nasze badanie wykazało, że postulat ten przełożył się wyłącznie na tworzenie oddziałów/zakładów opiekuńczo-leczniczych. Udział natomiast innych oddziałów wyspecjalizowanych zmniejszył się z 7% do 4%, w tym np. bardzo potrzebnych oddziałów rehabilitacyjnych z 1,2% do 0,7%, nie utworzono też oddziałów hostelowych.

## WNIOSKI

1. W roku 2003 rozpowszechnienie hospitalizacji osób już wcześniej leczonych w szpitalu było na tym samym poziomie jak 5 lat wcześniej, natomiast częstość pierwszych w życiu hospitalizacji była o 14% wyższa. Średni czas hospitalizacji był o 7% krótszy niż 5 lat wcześniej.
2. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia hospitalizacji, ok. 150 na 100 tys. populacji, występują u osób w wieku 36–50 lat. Pierwsze hospitalizacje są najczęstsze w wieku 20–35 lat.
3. Mężczyźni są hospitalizowani częściej niż kobiety, różnica ta po pięciu latach powiększyła się. Czas leczenia mężczyzn jest dłuższy niż kobiet, po pięciu latach różnica uległa zmniejszeniu.
4. W 2003 r. różnica między hospitalizacją mieszkańców miast i wsi jest większa niż 5 lat wcześniej – mieszkańcy wsi hospitalizowani są rzadziej ale dłużej niż mieszkańcy miast. Może to wskazywać na narastające różnice dostępności pomocy psychiatrycznej w obu tych populacjach.
5. W roku 2003 model usług szpitalnych dla chorych na schizofrenię jest bardziej niekorzystny niż w roku 1999

– znacznie większy jest udział leczonych w oddziałach lub zakładach opiekuńczo-leczniczych, mniejszy natomiast jest odsetek chorych leczonych w innych wyspecjalizowanych oddziałach szpitali psychiatrycznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. 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.
2. Wciórka J. Schizofrenia. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 213–98.
3. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny* 1996. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
4. Słupczyńska-Kossobudzka E, Wierzbicki S, Jaszczuk H, red. *Mental Health Care, Poland, 1970–1992*. Warsaw: Department of Health Services Organization Institute of Psychiatry and Neurology; 1994.
5. Boguszewska L, Wójtowicz S, Słupczyńska-Kossobudzka E. Społeczno-demograficzne i behawioralne predykatory skuteczności działań zespołów leczenia środowiskowego. *Post Psychiatr Neurol* 2004; 13 (2): 105–13.
6. McGlashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1990; 16: 319–29.
7. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, i wsp. Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 522–8.
8. Usall J, Haro JM, Ochoa S, Marquez M, Araya S, the NEEDS group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 337–42.
9. Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ, Maluf A. Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. *Schizophr Res* 1993; 11: 41–5.
10. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 289–97.
11. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny* 1995. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1996.
12. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt – lipiec 2000). *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 455–72.

*Adres: Mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: boguszew@ipin.edu.pl*