



Upośledzeni umysłowo w długoterminowej opiece całodobowej w latach 1992–2005

The mentally retarded in long-term inpatient care in the years 1992–2005

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA¹, ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA¹, 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. Ustalenie trendów rozpowszechnienia długoterminowej opieki całodobowej nad osobami upośledzonymi umysłowo i próba wyjaśnienia przyczyn jego terytorialnego zróżnicowania.

Metoda. Badane w kolejnych latach populacje składają się z trzech podgrup: przebywający co najmniej rok w szpitalach psychiatrycznych, przebywający w końcu roku w domach pomocy społecznej (DPS) oraz przebywający w końcu roku w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL). W analizie przyczyn zróżnicowania terytorialnego uwzględniono cztery zmienne niezależne, korelacje ustalano przy pomocy współczynnika Spearmana.

Wyniki. W latach 1992–2005 rozpowszechnienie w populacji dzieci i młodzieży systematycznie spadało od 38 do 22 na 100 000 ludności. W populacji dorosłych współczynniki spadły nieznacznie, z 76 do 74. Rozpowszechnienie jest znacznie zróżnicowane terytorialnie, w populacji dziecięcej wskaźniki najwyższe przekraczają 4,5-krotnie wartości najniższe, w populacji dorosłych różnica ta jest blisko trzykrotna. Rozpowszechnienie nie zależy od dostępności środowiskowych domów samopomocy i odsetka ludności wiejskiej w województwie, zależy natomiast w pewnym stopniu od sytuacji ekonomicznej ludności.

Wnioski. W ciągu badanych 14 lat rozpowszechnienie w populacji dziecięco-młodzieżowej spadło o 42%, w populacji dorosłych utrzymywało się na stabilnym poziomie. Relatywnie najniższe było rozpowszechnienie w łódzkim i śląskim, najwyższe w opolskim i warmińsko-mazurskim. Terytorialne zróżnicowanie w pewnym stopniu zależy od sytuacji ekonomicznej ludności województwa.

SUMMARY

Objectives. Exploration of trends in the prevalence of long-term inpatient care provision to the mentally retarded and an attempt at explanation of territorial differentiation in this respect.

Method. The following three subgroups were surveyed in the population of the mentally retarded in consecutive years: mental hospital inpatients with at least one-year hospital stay, residents of nursing homes (DPS) registered there at the end of year, and those staying at the end of year in long-term residential care/treatment facilities (ZOL). Four independent variables were taken into account in the analysis of causes of territorial differentiation; in the correlational analysis the Spearman rho coefficient was used.

Results. Mental retardation prevalence in the population of children and adolescents has systematically decreased in the years 1992–2005, from 38 to 22 per 100 000 population. In the adult population the rates have decreased only slightly, from 76 to 74. A considerable territorial differentiation in the prevalence rates was found: in the children's population the highest rates were 4.5 times higher than the lowest ones, while in the adult population the difference was almost threefold. The prevalence rates were not related either to the accessibility of community self-help facilities or the size of rural population in the province, but were associated to some extent with the economic situation in the region.

Conclusions. Over the 14 years under study the prevalence of mental retardation among children and adolescents has decreased by 42%, and remained rather stable in the adult population. The prevalence rates were relatively the lowest in the provinces of Lodz and Silesia, and the highest in the Opole and Warmian-Masurian provinces. The territorial differentiation depends to some extent on the economic situation of a given province inhabitants.

Słowa kluczowe: upośledzeni umysłowo / długoterminowa opieka całodobowa

Key words: the mentally retarded / long-term inpatient care

Do lat siedemdziesiątych XX wieku, polityka społeczna wobec osób upośledzonych umysłowo podkreślała przede wszystkim konieczność umieszczenia takich osób w zamkniętych placówkach długoterminowej opieki [1]. Stopniowo taka polityka społecznego wykluczenia ulegała modyfikacji, między innymi dzięki obserwacjom, że upośledzenie nie zawsze ma przebieg statyczny, ponieważ dzięki rehabilitacji możliwa jest znaczna poprawa poziomu funkcjonowania [1, 2]. Wyrażono to w sposób oficjalny w *Deklaracji praw upośledzonych umysłowo* (ONZ, 1971 rok), stwierdzającej, że osoby upośledzone mają prawo do pomocy umożliwiającej rozwój [2].

Od tego czasu w wielu krajach, wraz z rozwojem psychiatrii środowiskowej, dokładano starań, aby do minimum ograniczyć pobyty upośledzonych w placówkach przewlekłej opieki stacjonarnej. W Polsce idee odejścia od polityki społecznego wykluczenia osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo wyraźnie promuje się od czasu opracowania w 1995 roku Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [3], modyfikowanego w następnych latach. Nasza praca ma na celu głównie odpowiedź na pytanie, czy w opiece nad osobami upośledzonymi umysłowo zmniejsza się rola placówek długoterminowej opieki całodobowej.

CEL PRACY

1. Ustalenie trendów rozpowszechnienia długoterminowej opieki całodobowej w skali kraju i w poszczególnych województwach
2. Próba wyjaśnienia przyczyn terytorialnego zróżnicowania rozpowszechnienia
3. Zbadanie dynamiki struktury długoterminowej opieki (placówki szpitalne *versus* opiekuńcze)

BADANI I METODA

Badanie składa się z dwóch części. Pierwsza opisuje trendy rozpowszechnienia opieki w skali kraju i obejmuje okres 14 lat, od roku 1992 do 2005. Część druga koncentruje się na zagadnieniu różnic rozpowszechnienia w poszczególnych województwach, obejmuje okres 7 lat, od roku 1999 (wówczas wprowadzono aktualny podział administracyjny kraju) do roku 2005.

Badaną populację osób pozostających pod długoterminową opieką całodobową stanowią trzy grupy osób upośledzonych umysłowo: a) osoby przebywające co najmniej rok w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, b) mieszkańcy domów pomocy społecznej (zwanych dalej DPS) oraz osoby przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (zwanych dalej ZOL), bez względu na to, czy zakłady te są samodzielne, czy też stanowią część szpitali psychiatrycznych, ponieważ profil tych placówek jest zbliżony, a o ich statusie decydują wyłącznie względy administracyjne. Na tak zdefiniowanych populacjach badanych przeprowadziliśmy analizy trendów rozpowszechnienia oraz struktury „przewlekłej instytucjonalizacji” (terminu tego używamy czasem w tekście dla uproszczenia opisu).

Zróżnicowanie terytorialne badano porównując wskaźniki rozpowszechnienia w poszczególnych województwach. W analizie przyczyn tego zróżnicowania przyjęto cztery zmienne niezależne, charakteryzujące sytuację w poszczególnych województwach:

- sytuacja ekonomiczna (odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji oraz odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa) – według danych

z literatury wpływa ona istotnie na sytuację i poziom funkcjonowania osób upośledzonych [2]

- dostępność środowiskowych domów samopomocy dla osób upośledzonych dorosłych – domy te mogą stanowić ważną alternatywę opieki instytucjonalnej [3]
- odsetek ludności wiejskiej – czynnik ten w Polsce wpływa na rozpowszechnienie długoterminowej opieki całodobowej nad przewlekle chorymi psychicznie [4]

Związki korelacyjne sprawdzano przy zastosowaniu współczynnika korelacji rangowej Spearmana, uznaliśmy że przy sile związku powyżej 0,20 można mówić o występowaniu tendencji w zależności między zmiennymi.

Źródłem informacji były bazy danych Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN oraz roczniki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

WYNIKI

Trendy w latach 1992–2005

Na początku badanego okresu, w roku 1992, pod długoterminową opieką całodobową było 24 639 osób, a 14 lat później 23 705 osób. W badanym okresie nastąpiła niewielka zmiana miejsca pobytu podopiecznych. Na początku, 97% było pod opieką placówek opiekuńczych (wtedy wyłącznie DPS), na końcu okresu 99,4% przebywało w placówkach opiekuńczych, w tym 97,2% w DPS i 2,2% w ZOL, tworzonych od połowy lat 90-tych (tab. 1).

W roku 1992 wskaźnik rozpowszechnienia w całej populacji wynosił 64 na 100 000 ludności, w następnych latach, zwłaszcza od 1999 roku, był na ustabilizowanym, nieco niższym poziomie. Podobny trend, dość ustabilizowanego rozpowszechnienia, obserwujemy w populacji dorosłych – wskaźnik dla tej populacji wynosił 76 na początku badanego okresu i 74 na jego końcu. W populacji dziecięco-młodzieżowej obserwujemy natomiast wyraźny trend spadkowy w badanych latach – od 38 do 22 na 100 000 (tab. 2).

Zróżnicowanie terytorialne w latach 1999–2005

W roku 1999 wskaźnik rozpowszechnienia zarejestrowanego w opiece długoterminowej wynosił 62,9 na 100 000, 7 lat później był praktycznie na tym samym poziomie, wy-

Tablica 1. Osoby upośledzone umysłowo w latach 1992–2005, według rodzaju placówki pobytu. Liczby bezwzględne i odsetki.

Table 1. The number and percentage of mentally retarded residents by the type of facility in the years 1992–2005

Rok Year	1992	1995	1999	2002	2005
Liczby bezwzględne (Number)					
Ogółem Total	24639	25219	24322	23329	23705
Szpitala Hospitals	796	580	275	144	145
ZOL Residential care/treatment units	–	–	146	199	522
DPS Nursing homes	23843	24639	23901	22986	23038
Odsetki (Percentage)					
Ogółem Total	100%	100%	100%	100%	100%
Szpitala Hospitals	3,2	2,3	1,1	0,6	0,6
ZOL Residential care/treatment units	–	–	0,6	0,9	2,2
DPS Nursing homes	96,8	97,7	98,3	98,5	97,2

ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy (residential care/treatment facility);

DPS – dom pomocy społecznej (nursing home)

Tablica 2. Rozpowszechnienie upośledzenia umysłowego w całodobowej opiece długoterminowej w latach 1992–2005 wg wieku
 Table 2. Mental retardation prevalence rates in long-term inpatient care facilities in the years 1992–2005 by age

Rok Year	1992	1995	1999	2002	2005	Różnica % wskaźnika (w 1992 = 100%) Difference (from the 1992 rate = 100%)
Liczby bezwzględne (Number)						
Ogółem Total	24639	25219	24322	23329	23705	
Dzieci Children	4520	3699	2638	2373	1906	
Dorośli Adults	20119	21520	21673	20954	21799	
Brak danych o wieku Missing data on age	0	0	11	2	0	
Wskaźniki na 100 tys. Mieszkańców (Rate per 100 000 population)						
Ogółem Total	64,2	65,4	62,9	61,0	62,1	96,7%
Dzieci Children	38,3	32,5	25,3	25,0	22,2	58,0%
Dorośli Adults	75,8	79,0	76,7	72,9	73,7	97,2%

nosił 62,1. W badanym okresie w ośmiu województwach wskaźniki wzrosły, w siedmiu spadły, a w jednym wskaźnik nie zmienił się, co przedstawia tab. 3. W tabeli podano również rangi wskaźników dla poszczególnych województw w kolejnych badanych latach. W całym badanym okresie relatywnie najniższe było rozpowszechnienie w województwie łódzkim i śląskim (rangi 1 i 2), najwyższe natomiast w opolskim (rangi 16) oraz warmińsko-mazurskim (rangi 12, 15). W roku 2005 najwyższy wskaźnik był 2,8-krotnie większy od najniższego (102,4 *versus* 35,9), zróżnicowanie terytorialne było zatem większe niż siedem lat wcześniej, gdy wskaźnik najwyższy (98,4) przekraczał najniższy (43,3) 2,3-krotnie (tab. 3).

W roku 2005 wskaźnik rozpowszechnienia w populacji dorosłych w skali kraju wynosił 74, wartości najwyższe charakteryzowały opolskie (116) i warmińsko-mazurskie (101), a wskaźniki najniższe były w łódzkim i śląskim (42 i 54). Różnice między województwami są jeszcze bardziej wyraźne w populacji dziecięco-młodzieżowej – wskaźnik najwyższy (opolskie 54) jest 4,5-krotnie większy od wskaźników najniższych, 12 na 100 000 w łódzkim i świętokrzyskim (tab. 4).

Analiza korelacji rozpowszechnienia ze zmiennymi niezależnymi wykazała, że rozpowszechnienie nie zależy od dostępności środowiskowych domów samopomocy dla osób upośledzonych oraz od odsetka ludności wiejskiej w województwie. W pewnym stopniu zależy natomiast od sytuacji ekonomicznej województwa, zwłaszcza przy zastosowaniu miary relatywnej granicy ubóstwa (tab. 4). Wpływ tego czynnika jest wyraźniejszy w populacji dziecięco-młodzieżowej, gdzie wskaźnik korelacji rozpowszechnienia z odsetkiem ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa wynosi 0,28. W populacji ogółem i w populacji dorosłych korelacja ta jest słaba, wynosi 0,20, czyli można tu mówić jedynie o pewnej tendencji wpływu.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie nasze wykazało, że w ciągu 14 lat, od 1992 do 2005 roku, nastąpiła istotna zmiana miejsca „przewlekłej instytucjonalizacji” osób umysłowo upośledzonych. Pięciokrotnie spadła frakcja osób przebywających w szpitalach

psychiatrycznych, z 3,2% do 0,6%, a wzrósł odsetek przebywających w placówkach opiekuńczych, z 96,8% do 99,4%, głównie z powodu utworzenia miejsc opiekuńczych w nowego typu placówkach, ZOL (2,2% w 2005 roku). Oczywiście jest to pozytywna zmiana struktury miejsca pobytu, odciąża bowiem szpitale od części funkcji opiekuńczych. Osobnym zagadnieniem, dyskutowanym poniżej, jest pytanie, czy wszystkie osoby z badanej przez nas populacji wymagają długotrwałej opieki placówek stacjonarnych.

Wskaźniki rozpowszechnienia „przewlekłej instytucjonalizacji” upośledzonych w całym badanym okresie utrzymują się na zbliżonym poziomie 65 do 61 na 100 000 ludności. Według danych z literatury rozpowszechnienie rzeczywiste (roczne) szacuje się na około 1000 na 100 000 populacji generalnej [2, 5]. Oznacza to że w Polsce jedna na 16 osób upośledzonych umysłowo przebywa w placówkach przewlekłego pobytu, czyli zdecydowana większość takich osób przebywa w swoim naturalnym środowisku, podobnie jak w krajach zachodnich [1, 5].

Badanie nasze wykazało, że w ciągu 14 lat znacznie zmniejszył się zakres długoterminowej opieki całodobowej w populacji dziecięco-młodzieżowej – o 42% (z 38 do 22 na 100 000). To pozytywne zjawisko ma zapewne kilka przyczyn. Jedną z nich może być poprawa diagnostyki, a przede wszystkim częstsze uwzględnianie kryterium przystosowania społecznego, zalecane w ICD-10 – wtedy liczba osób z upośledzeniem jest znacznie mniejsza niż wtedy gdy uwzględnia się jedynie poziom inteligencji [2]. Kolejne możliwe czynniki to poprawa prewencji i rehabilitacji upośledzonych umysłowo dzieci.

W populacji dorosłych rozpowszechnienie zarejestrowane w placówkach całodobowej opieki długoterminowej w okresie badanych 14 lat jest praktycznie stabilne, zmniejszyło się nieznacznie, z 76 na 74 na 100 000. Oznacza to prawdopodobnie, że w tej populacji nie nastąpiła „deinstytucjonalizacja”. Trudno zresztą oczekiwać innego trendu, gdyż w Polsce nadal nie ma form zakwaterowania chronionego, takich jak hostele i mieszkania chronione. Z drugiej strony, stabilny poziom rozpowszechnienia w populacji dorosłych, mimo potencjalnego spadku jej wielkości z powodu mniejszego „dopływu” z populacji dziecięco-młodzieżowej, wynikać może w pewnym stopniu ze wzrastającej przewidywanej długości życia upośledzonych [5].

Tablica 3. Osoby upośledzone umysłowo w całodobowej piece długoterminowej według województwa i rodzaju placówki. Liczby bezwzględne i wskaźniki na 100 tys. ludności.
 Table 3. The mentally retarded in the long-term inpatient care by province and type of facility (the number and rate per 100000 population)

Województwo Province	1999					2002					2005					Różnica wskaźników 1999 i 2005 1999=100% Difference between 1999 and 2005 rates (with the 1999 rate = 100%) liczby bezwzględne			
	szpital hospital ZOL resident. care/ treatment units	liczby bezwzględne number of residents	DPS nursing home	razem total	wskaźniki rate	rangi wskaźników ranks of rates	szpital hospital ZOL resident. care/ treatment units	liczby bezwzględne number of residents	DPS nursing home	razem total	wskaźniki rate	rangi wskaźników ranks of rates	szpital hospital ZOL resident. care/ treatment units	liczby bezwzględne number	DPS nursing home		razem total	wskaźniki rate	rangi wskaźników ranks of rates
Dolnośląskie	53	11	2006	2070	69,5	9	2	21	2111	2134	73,4	14	3	14	2175	2192	75,8	14	9
Kujawsko-pomorskie	8	0	1119	1127	53,7	4	4	1	1121	1126	54,4	4	3	25	1203	1231	59,5	5	11
Lubelskie	26	3	1498	1527	68,3	8	22	19	1544	1585	72,1	11	19	21	1357	1397	64,0	10	-6
Lubuskie	4	40	702	746	72,9	11	4	44	614	662	65,6	10	2	39	666	707	70,1	12	-4
Łódzkie	10	1	1295	1306	49,1	2	7	1	984	992	38,0	1	4	0	922	926	35,9	1	-27
Makopolskie	6	0	1942	1948	60,5	6	2	2	1803	1807	55,9	5	4	5	1834	1843	56,5	3	-7
Mazowieckie	12	3	2676	2691	53,1	3	11	12	3232	3255	63,5	9	6	9	3261	3276	63,6	9	20
Opolskie	1	23	1048	1072	98,4	16	5	24	1059	1088	102,2	16	9	8	1058	1075	102,4	16	4
Podkarpackie	4	1	1522	1527	71,9	10	0	0	1254	1254	59,6	7	1	0	1225	1226	58,4	4	-19
Podlaskie	11	0	920	931	76,1	14	6	0	648	654	54,1	3	4	1	726	731	60,9	6	-20
Pomorskie	23	3	1975	2001	91,4	15	17	3	1560	1580	72,4	12	10	4	1618	1632	74,3	13	-19
Śląskie	43	1	2069	2113	43,3	1	30	22	2041	2093	44,1	2	42	182	1979	2203	46,9	2	8
Świętokrzyskie	6	0	895	901	68,1	7	4	1	942	947	73,0	13	3	0	876	879	68,3	11	0
Warmińsko-mazurskie	12	2	1064	1078	73,6	12	12	2	1146	1160	81,2	15	16	3	1217	1236	86,5	15	18
Wielkopolskie	21	12	1895	1928	57,5	5	12	10	1902	1924	57,4	6	10	174	1898	2082	61,8	8	7
Zachodniopomorskie	5	13	1275	1293	74,7	13	1	14	1025	1040	61,2	8	5	11	1023	1039	61,3	7	-18
Brak danych Missing data	30	33		63			5	23	0	28			4	26	0	30			
Poliska Poland	275	146	23901	24322	62,9		144	199	22986	23329	61,0		145	522	23038	23705	62,1		-1

ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy (residential care/treatment facility); DPS – dom pomocy społecznej (nursing home)

Tablica 4. Związek sytuacji ekonomicznej z rozpowszechnieniem upośledzenia umysłowego w długoterminowej opiece całodobowej
 Table 4. Relationship between the province economic situation and mental retardation prevalence in long-term inpatient care facilities

Województwo Province	Sytuacja ekonomiczna Economic situation		Rozpowszechnienie upośledzenia umysłowego Wskaźnik na 100 tys. ludności Prevalence of mental retardation Rate per 100 000 population		
	odsetek ludności żyjącej poniżej min. egzystencji % of population living below the subsistence minimum	odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa % of population living below the poverty income level	ogółem total	dorośli adults	dzieci i młodzież children & adolescents
POLSKA Poland	12	20	62,1	73,7	22,2
Dolnośląskie	12	21	75,8	86,1	35,4
Kujawsko-pomorskie	12	19	59,5	65,7	38,5
Lubelskie	14	25	64,0	75,6	26,2
Lubuskie	8	13	70,1	82,7	27,9
Łódzkie	15	23	35,9	42,0	12,3
Małopolskie	12	20	56,5	68,6	17,6
Mazowieckie	16	23	63,6	77,2	13,4
Opolskie	14	21	102,4	115,6	54,3
Podkarpackie	15	24	58,4	68,1	29,8
Podlaskie	12	21	60,9	71,1	27,7
Pomorskie	9	16	74,3	93,4	12,5
Śląskie	12	19	46,9	54,3	14,3
Świętokrzyskie	14	23	68,3	84,6	12,1
Warmińsko-mazurskie	9	17	86,5	101,3	40,9
Wielkopolskie	12	20	61,8	76,0	15,1
Zachodniopomorskie	10	19	61,3	71,7	24,1
Współczynnik korelacji rangowej Spearmana (rho) Spearman's rank Correlation coefficient	odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji % of population living below the subsistence minimum		ns	ns	0,21
	odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa % of population living below the poverty income level		0,20	0,20	0,28

Zarejestrowane w opiece całodobowej rozpowszechnienie upośledzenia jest znacznie zróżnicowane w poszczególnych województwach, w populacji ogółem i dorosłych wskaźniki najwyższe są blisko trzykrotnie wyższe od najniższych, a w populacji dziecięco-młodzieżowej przekraczają najniższe 4,5 razy. Spośród uwzględnionych w naszym badaniu zmiennych niezależnych, charakteryzujących województwa, jedynie sytuacja ekonomiczna ma związek z wielkością rozpowszechnienia (im gorsza, tym rozpowszechnienie wyższe), zwłaszcza w populacji dziecięco-młodzieżowej. Dzieje się tak zapewne dlatego, że opieka nad dzieckiem upośledzonym jest trudniejsza i kosztowniejsza niż nad dzieckiem nieupośledzonym, nie tylko z powodu upośledzenia, ale też częstszych u upośledzonych chorób współistniejących. Powszechnie uważa się bowiem, że upośledzeni częściej chorują na choroby somatyczne [2, 6]. Częstsze są także u nich zaburzenia psychiczne, zwłaszcza zaburzenia osobowości, lękowe, nerwice, oraz zachowania uciążliwe, w tym agresywne [6, 7, 8, 9].

Uwzględnione w naszym badaniu zmienne niezależne stanowią jedynie niewielką część czynników, które potencjalnie mogą warunkować zróżnicowanie terytorialne. Odnosi się to zwłaszcza do dostępności różnych form opieki środowiskowej, które mogą stanowić alternatywę opieki instytucjonalnej. Uwzględniliśmy tylko jedną formę, środowiskowe domy samopomocy i stwierdziłyśmy, że ich dostępność nie ma związku z rozpowszechnieniem, zapewne

dlatego, że jest ich za mało (w 2004 roku 6479 miejsc na potrzeby blisko 22 000 przewlekle instytucjonalizowanych dorosłych). Nie badałyśmy wpływu dostępności psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej (ze względu na metodologiczne problemy ustalenia dostępności poradni w ostatnich latach). Nie uwzględniliśmy też dwu innych ważnych form opieki środowiskowej: specjalistycznych usług opiekuńczych prowadzonych w domu pacjenta oraz warsztatów terapii zajęciowej, ponieważ dostępne są tylko dane o ogólnym zakresie tych usług w poszczególnych województwach, nie wiadomo natomiast, ile z nich przypada na osoby przewlekle chore psychicznie, a ile na upośledzone umysłowo.

Kolejna grupa czynników, które mogą wpływać na zróżnicowanie terytorialne zarejestrowanego rozpowszechnienia wiąże się z rzetelnością diagnostyki, ponieważ nie dysponujemy danymi o stopniu upośledzenia chorych w poszczególnych województwach, dostępna jest jedynie ogólna informacja o rozpoznaniu upośledzenia. Oprócz poruszanej uprzednio kwestii, na ile to rozpoznanie uwzględnia kryterium poziomu przystosowania społecznego (oprócz kryterium poziomu inteligencji), pozostaje zagadnienie ewentualnego nieuprawnionego włączenia do zbioru „upośledzeni umysłowo” osób, które są na pograniczu upośledzenia czyli mają IQ w granicach od 71 do 85, a takich osób w populacji jest wiele – około 12–14% [8, 10]. Z niektórych badań zachodnich wynika, że w praktyce klinicznej kategorii upośledzenia i jego pogranicza są często nieostre [10].

I w końcu ostatni czynnik, właściwie niemierzalny bez specjalnych badań – na ile dostępność miejsc w instytucjach długoterminowych jest wyrazem potrzeb populacji, a na ile żądań różnych *lobbies*.

WNIOSKI

1. W roku 2005 pod długoterminową opieką całodobową było 23 705 osób upośledzonych umysłowo, w tym 0,6% pod opieką szpitali psychiatrycznych, pięciokrotnie mniej niż w roku 1992.
2. W latach 1992–2005 rozpowszechnienie w populacji dzieci i młodzieży systematycznie spadało, z 38 na 100 000 do wartości 22, czyli spadło o 42%. W populacji dorosłych utrzymywało się na zbliżonym poziomie w kolejnych latach, w roku 2005 wynosiło 74 na 100 000 ludności.
3. W okresie 1999–2005 relatywnie najniższe było rozpowszechnienie w województwie łódzkim i śląskim, najwyższe w opolskim i warmińsko-mazurskim.
4. Terytorialne zróżnicowanie rozpowszechnienia zależy w pewnym stopniu od sytuacji ekonomicznej ludności, nie zależy od dostępności środowiskowych domów samopomocy i odsetka ludności wiejskiej w województwie.

PIŚMIENNICTWO

1. Hall I, Strydom A, Richards M, Hardy R, Bernal J, Wadsworth M. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49 (3): 171–182.

2. Komender J. Upośledzenie umysłowe. W: Bilikiewicz AB, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria t. 2*. Wrocław: Urban & Partner; 2002. s. 617–644.
3. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt lipiec 2000). *Post Psychiatr Neurol*. 2000; (9): 455–472.
4. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Szirkowiec W. Przewlekle chorzy w psychiatrycznych placówkach leczniczych i opiekuńczych w latach 1992–2005. *Post Psychiatr Neurol*. (w druku).
5. Patja K, Livanainen M, Besala H, Oksanen H, Ruoppila I. Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study *Journal of Intellectual Disability Research*. 2000; 44 (5): 592–599.
6. Kaptein S, Jansen DEMC, Vogels AGC, Reijneveld SA. Mental Health Problems in children with intellectual disability: use of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008; 52 (2): 125–131.
7. Cooper S, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 27–35.
8. Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H, Head J, Bebbington P. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008; 52 (2): 95–106
9. Tenneij NH, Koot HM. Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008; 52 (2): 114–124.
10. Hassiotis A, Ukoumunne O, Tyrer P, Piachaud J, Gilvarry C, Harvey K, Fraser J. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 175: 135–140.

Wpłynęło: 21.08.2008. Zrecenzowano: 01.09.2008. Przyjęto: 05.09.2008.

*Adres: mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-45 82-615*