



Przewlekle chorzy w psychiatrycznych placówkach leczniczych i opiekuńczych w latach 1992–2005

Long-term patients in inpatient mental health facilities and residential care units 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 zjawiska długoterminowej opieki całodobowej, próba wyjaśnienia przyczyn jego terytorialnego zróżnicowania, odpowiedź na pytanie, czy następuje tzw. transinstytucjonalizacja, czyli przesuwanie chorych z placówek leczniczych do opiekuńczych.

Metoda. Badane w kolejnych latach populacje przewlekle chorych składają się z trzech podgrup: przebywający co najmniej rok w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych, przebywający w końcu roku w domach pomocy społecznej oraz przebywający w końcu roku w zakładach opiekuńczo-leczniczych. W analizie przyczyn zróżnicowania terytorialnego uwzględniono 7 zmiennych niezależnych, korelacje ustalano przy pomocy współczynnika Spearmana.

Wyniki. W latach 1992–2005 rozpowszechnienie przewlekle hospitalizowanych wzrosło z 66 do 80 na 100 000 ludności. Udział placówek leczniczych spadł z 43% do 11%, proporcja podopiecznych domów pomocy społecznej wzrosła z 57% do 74%, wielu chorych przeniesiono do placówek opiekuńczo-leczniczych. Rozpowszechnienie jest znacznie zróżnicowane terytorialnie, wskaźniki najwyższe często przekraczają dwukrotnie wskaźniki najniższe. Zróżnicowanie terytorialne zależy w pewnym stopniu od odsetka ludności wiejskiej w województwach, nie zależy natomiast od ich sytuacji ekonomicznej, oraz od dostępności następujących placówek: oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, środowiskowych domów samopomocy dla psychicznie chorych, domów pomocy dla osób starszych oraz domów dla bezdomnych.

Wnioski. W ciągu 13 badanych lat rozpowszechnienie przewlekle hospitalizowanych wzrosło o 21%. Wyraźnie postępuje tzw. transinstytucjonalizacja. Relatywnie najniższe jest rozpowszechnienie w mazowieckim i pomorskim, najwyższe w łódzkim i świętokrzyskim. Rozpowszechnienie w niewielkim stopniu zależy od odsetka ludności wiejskiej w województwie.

SUMMARY

Objectives. To establish trends in the prevalence of long-term care provision; an attempt to explain the causes of this phenomenon territorial differentiation, and seeking an answer to the question concerning the so-called trans-institutionalization, i.e. whether psychiatric patients are transferred from mental hospitals to residential care facilities and nursing homes.

Method. The long-term patient populations studied in consecutive years comprise three subgroups: patients hospitalized for at least a year at a mental hospital or psychiatry department, patients staying at nursing homes at the end of year, and those staying at residential care/treatment facilities at the end of year. In the analysis of causes of territorial differentiation 7 independent variables were taken into account, and Spearman's rho coefficient was used to establish correlations.

Results. The prevalence rates of long-term psychiatric inpatients have increased from 66 to 81 per 100 000 population in the years 1992–2005. The contribution of inpatient treatment facilities has decreased from 43% to 11%, while the proportion of nursing home residents has risen from 57% to 74%; many patients have been transferred to long-term residential care/treatment units. The prevalence rates show a considerable territorial differentiation: the highest rates often are twice as high as the lowest ones. The territorial differentiation to some extent depends on the size of rural population in the province, but is not related either to the economic situation in the region or to accessibility of the following facilities: day hospitals and mobile community teams, community self-help homes for the mentally ill, nursing homes for the aged, and shelters for the homeless.

Conclusions. The prevalence rate of long-term inpatients has increased by 21% over the 13 years under study. The so-called transinstitutionalization is obviously progressing. The lowest prevalence rates are noted in the Mazovian and Pomeranian regions, while the highest – in the Łódzkie and Świętokrzyskie provinces. The prevalence is to a small degree only associated with the size of rural population in a given province.

Słowa kluczowe: przewlekle chorzy / długoterminowa opieka całodobowa

Key words: long-term patients / long-term inpatient care

Jednym z kluczowych elementów przyjętego w 1995 roku Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest ograniczenie roli placówek opieki całodobowej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, poprzez tworzenie placówek opieki środowiskowej [1]. Placówki te są powszechne

w krajach Europy zachodniej, Skandynawii i w USA, bowiem wiele badań wykazało większą efektywność modelu środowiskowego niż tradycyjnego, szpitalno-poradnianego [2, 3, 4]. Ważną składową koncepcji psychiatrii środowiskowej jest znaczne ograniczenie długotrwałych pobytów

chorych w placówkach całodobowych, ponieważ „przewlekła instytucjonalizacja” powoduje pogłębiającą się niesprawność chorych [5]. W krajach zachodnich wprowadzenie środowiskowych alternatyw długoterminowej opieki całodobowej umożliwiło wielu chorym powrót do życia w naturalnym środowisku społecznym [6, 7, 8].

W Polsce dostępne rutynowe dane wskazują na spadek liczby długotrwale hospitalizowanych – w latach 1992–2005 o 26%, z 22,2 do 16,5 na 100 tys. ludności [9, 10]. Nie wiadomo jednak, czy jest to rzeczywiste zmniejszenie liczby takich pacjentów czy skutek stopniowego, coraz częstszego przenoszenia ich do instytucji opiekuńczych, czyli efekt tzw. zjawiska trans-instytucjonalizacji, powszechnego w początkowym okresie wdrażania psychiatrii środowiskowej np. w krajach skandynawskich [2]. Odpowiedź na to pytanie jest jednym z celów naszej pracy.

CEL

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

BADANI

Badanie obejmuje dwa podstawowe zagadnienia, pierwsze dotyczy trendów i obejmuje okres 14 lat, od roku 1992–2005 (analizowano pięć lat – 1992, 1995, 1999, 2002 i 2005), drugie dotyczy zróżnicowania terytorialnego i obejmuje okres 7 lat, od roku 1999 (wówczas wprowadzono aktualny podział administracyjny kraju) do roku 2005 (analizowano trzy lata 1999, 2002 i 2005). Frakcję „przewlekłe chore” stanowią trzy grupy pacjentów: osoby przebywające co najmniej rok w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, 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 funkcjonują w strukturach organizacyjnych szpitali czy samodzielnie, ponieważ profil tych placówek jest zbliżony, a o ich statusie decydują względy czysto administracyjne.

Źródłem informacji są bazy danych Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, oraz dane z biuletynów Głównego Urzędu Statystycznego: Podstawowe Dane z Zakresu Ochrony Zdrowia.

METODA

Na tak zdefiniowanym zbiorze przeprowadzona została analiza trendów i dynamiki struktury „przewlekłej instytucjonalizacji”. Do próby wyjaśnienia przyczyn zróżnicowania terytorialnego przyjęto następujące zmienne niezależne: stopień ubóstwa definiowany przez odsetek ludności

żyjącej poniżej minimum egzystencji oraz odsetek ludności żyjącej poniżej relatywnej granicy ubóstwa, udział ludności wiejskiej w poszczególnych województwach, dostępność oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego (wskaźnik leczonych na 100 tys. ludności), dostępność środowiskowych domów samopomocy dla psychicznie chorych, domów dla osób bezdomnych oraz w wieku podeszłym (liczba przebywających w tych placówkach na 100 tys. ludności).

Związki korelacyjne sprawdzano przy zastosowaniu współczynnika korelacji rangowej Spearmana (ρ).

WYNIKI

Trendy w latach 1992–2005

Pacjenci poniżej 18 roku życia bardzo rzadko są długotrwale hospitalizowani – od 87 do 197 chorych rocznie, czyli około 1–2 na 100 tys. populacji w tym wieku (tabl. 1). Ze względu na tak niskie liczebności, populacji dziecięco-młodzieżowej nie analizujemy bardziej szczegółowo.

Liczba osób dorosłych objętych długoterminową opieką stacjonarną wynosiła w 1992 roku 17617 i systematycznie wzrastała, do 23759 chorych w roku 2005, przybyło zatem 6142 pacjentów, w tym większość, 5369 osób,

Tablica 1. Chorzy z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi w latach 1992–2005 według wieku, rodzaju placówki pobytu. Liczby bezwzględne, odsetki i wskaźniki na 100 tys. ludności.

Table 1. Patients with chronic mental disorders in the years 1992–2005 by age and type of facility (number, percent and rate per 100 000 of population)

Populacja: dzieci i młodzież <i>Population: children and adolescents</i>					
	Rok Year				
	1992	1995	1999	2002	2005
Liczby bezwzględne <i>Number</i>	197	87	115	98	185
Wskaźniki <i>Rate</i>	1,7	0,8	1,1	1,0	2,2
Populacja: dorośli <i>Population: adults</i>					
Liczby bezwzględne <i>Number</i>					
OGÓŁEM <i>Total</i>	17617	18050	18390	22126	23759
Szpitalne <i>Mental hospitals</i>	7533	6502	3803	2596	2680
ZOLe <i>Residential care/treatment units</i>	–	–	1332	2732	3472
DPS <i>Nursing homes</i>	10084	11548	13255	16798	17607
Odsetki <i>Percent</i>					
OGÓŁEM <i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Szpitalne <i>Mental hospitals</i>	42,8	36,0	20,7	11,7	11,3
ZOLe <i>Residential care/treatment units</i>	–	–	7,2	12,4	14,6
DPS <i>Nursing homes</i>	57,2	64,0	72,1	75,9	74,1
Wskaźnik na 100 000 ludności <i>Rate per 100 000 population</i>					
OGÓŁEM <i>Total</i>	66,4	66,3	65,1	77,1	80,3
Szpitalne <i>Mental hospitals</i>	28,4	23,9	13,5	9,3	9,1
ZOLe <i>Residential care/treatment units</i>	–	–	4,7	9,5	11,7
DPS <i>Nursing homes</i>	38,0	42,5	46,9	58,5	59,5

w okresie siedmiu ostatnich lat, od 1999 roku. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł w całym badanym okresie z 66 do 80 na 100 tys. ludności dorosłej, czyli o 21%, a od roku 1999 o 23% (tabl. 1).

Na początku badanego okresu, w roku 1992, 43% chorych było pod opieką szpitali psychiatrycznych a 57% przebywało w placówkach opiekuńczych, w 2005 roku proporcje te wynosiły odpowiednio 11% i 89%. Liczba osób w placówkach opiekuńczych wzrosła z 10 084 w roku 1992 do 21 079 w roku 2005, w tym w DPS przybyło 7523 a w ZOL 3472 podopiecznych (tabl. 1). Wskaźnik rozpowszechnienia zarejestrowanego w placówkach opiekuńczych w całym okresie badawczym wzrósł o 87% (38 *versus* 71 na 100 tys. ludności), a rozpowszechnienie w szpitalach i oddziałach spadło o 68% (28 *versus* 9 na 100 tys.).

Struktura diagnostyczna populacji badanych nie jest znana, bowiem brakuje danych o rozpoznaniach podopiecznych DPS. Dysponujemy jedynie informacjami o strukturze diagnostycznej chorych przewlekłe hospitalizowanych wśród których, we wszystkich badanych latach, zdecydowaną większość stanowią rozpoznania: schizofrenii, zaburzeń organicznych i schizotypowych. W populacji przewlekłe hospitalizowanych (z wyłączeniem osób upośledzonych umysłowo) rozpoznania te stanowiły 86% w roku 1992, 91% w roku 1999 i 81% w roku 2005 [9, 10, 11]. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że również w placówkach opiekuńczych dominują chorzy z tymi rozpoznaniemiami.

Zróżnicowanie terytorialne w latach 1999–2005

W 2005 roku pod stałą całodobową opieką pozostawało w całym kraju 23 759 dorosłych chorych z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi (wskaźnik 80 na 100 tys. ludności). Najniższe rozpowszechnienie było w województwie mazowieckim (46), wielkopolskim (59) i pomorskim (61), a najwyższe w świętokrzyskim (106) oraz łódzkim (118) (tabl. 2).

W okresie badanych 7 lat rozpowszechnienie systematycznie wzrastało – od 65 w roku 1999 do 77 w roku 2002 i do 80 w roku 2005. Ogółem w skali kraju nastąpił wzrost o 23%. W 11 województwach wzrost ten jest systematyczny, w tym w 4 województwach o ponad 40%, największy w podlaskim, gdzie rozpowszechnienie w 2005 roku było o 245% wyższe niż 7 lat wcześniej. Cztery województwa charakteryzuje wzrost wskaźników w roku 2002, a następnie w roku 2005 powrót do poziomu podobnego jak w roku 1999 lub nieznacznie wyższego (dolnośląskie, lubuskie, mazowieckie i wielkopolskie).

W tablicy 2 ukazano również rangi dla poszczególnych województw w kolejnych badanych latach. W całym badanym okresie relatywnie najniższe było rozpowszechnienie w województwie mazowieckim (rangi 3, 2, 1) oraz pomorskim (rangi 2, 3, 3), najwyższe natomiast w łódzkim i świętokrzyskim.

W 1999 roku 21% przebywało w szpitalach, 7% w ZOL i 72% w DPS, siedem lat później proporcje te wynosiły 11%, 15% i 74% (tabl. 3). Ogólnie zatem, w skali kraju nastąpiła wyraźna zmiana miejsca pobytu chorych – spadek proporcji długotrwale leczonych w szpitalach, dwukrotny wzrost odsetka osób przebywających w ZOL i niewielki wzrost odsetka chorych w DPS. Najwyższy spadek leczonych w szpitalach wystąpił w województwie podlaskim

(z 82% w roku 1999 do 12% w 2005), następnie dolnośląskim (z 51% do 11%), lubelskim (z 52% do 18%) oraz w pomorskim (z 48% do 18%). W województwach podlaskim i pomorskim spadkowi temu towarzyszy znaczny wzrost udziału chorych przebywających w domach pomocy, a w województwach dolnośląskim i lubelskim – znaczny wzrost przebywających w ZOL i niewielki wzrost liczby mieszkańców DPS. W niektórych województwach udział leczonych w szpitalach wzrósł – nieznacznie w lubuskim i opolskim, najbardziej w śląskim – z 17% do 23%.

W roku 2005 w ZOL przebywało średnio 15% badanych – w ośmiu województwach mniej niż 10%, w sześciu od 11–30%, a w dwu województwach 42–46% (lubuskie i dolnośląskie). Znacznie zróżnicowany jest też udział chorych przebywających w DPS: od 44–54% (dolnośląskie, lubelskie, lubuskie) do ponad 90% (łódzkie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie).

Ogółem w roku 2005 było o 5369 chorych więcej niż w 1999, w tym 2140 przybyło w ZOL, 4352 przybyło w DPS, a w szpitalach ubyło 1123 chorych.

Rozpowszechnienie „przewlekłej instytucjonalizacji” analizowane było w dwu grupach wieku: osób w wieku produkcyjnym i osób w wieku podeszłym (powyżej 60 lat). W całym okresie badawczym we wszystkich województwach wskaźniki dla populacji w wieku produkcyjnym są znacznie niższe (średnio około dwukrotnie), niż dla populacji starszej (tabl. 4). W ciągu siedmiu lat wskaźniki wzrosły w obu grupach wieku. W skali kraju wzrost ten jest dużo większy w populacji w wieku produkcyjnym – o 33% (z 49 do 65 na 100 000) niż w populacji w wieku podeszłym o 14% (ze 117 do 134). Prawidłowość ta charakteryzuje dziesięć województw, w sześciu pozostałych obserwujemy zjawisko odwrotne – wskaźniki rozpowszechnienia w populacji w wieku podeszłym wzrosły bardziej niż w populacji młodszej, głównie w warmińsko-mazurskim (21% *versus* 4%) i wielkopolskim (81% *versus* 4%). W roku 2005 relatywna pozycja rozpowszechnienia w obu grupach populacji w większości województw jest zbliżona (różnica rang nie przekracza trzech pozycji). Natomiast trzy województwa mają odmienny profil. Lubuskie charakteryzuje najwyższy wskaźnik dla populacji starszej (pozycja 16) i relatywnie dużo niższy dla populacji w wieku produkcyjnym (pozycja 9), z kolei w łódzkim i śląskim są najwyższe w kraju wskaźniki dla populacji w wieku produkcyjnym (rangi 16 i 15) i relatywnie niższe wskaźniki dla populacji starszej (rangi 12 i 10).

W poszukiwaniu przyczyn znacznego terytorialnego zróżnicowania rozmiaru opieki nad przewlekłe chorymi przeprowadzono analizę korelacji z wieloma zmiennymi niezależnymi, charakteryzującymi poszczególne województwa (tabl. 5). Analiza wykazała, że rozpowszechnienie nie zależy od następujących czynników: stopnia ubóstwa (odsetek osób żyjących poniżej minimum egzystencji, odsetek żyjących poniżej granicy ubóstwa), dostępności środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dostępności oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, dostępności DPS dla osób bezdomnych oraz dostępności DPS dla osób w wieku podeszłym. Zależy natomiast w pewnym stopniu od odsetka ludności wiejskiej w województwie – im niższy ten odsetek, tym mniej chorych objętych długotrwałą opieką stacjonarną ($r = 0,31$).

Tablica 2. Chorzy dorośli z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi w latach 1999–2005, według województwa. Liczby bezwzględne i wskaźniki na 100 000 ludności
 Table 2. Patients with chronic mental disorders in the years 1992–2005 by province (number, percent and rate per 100 000 of population)

Województwo Province	Rok Year												Różnica wskaźników 1999 i 2005, gdy 1999 = 100% Difference between 1999 and 2005 rates, with 1999 rate = 100%
	1999				2002				2005				
	liczby bezwzględne number	wskaźniki rates	rangi wskaźników ranks of rates	liczby bezwzględne number	wskaźniki rates	rangi wskaźników ranks of rates	liczby bezwzględne number	wskaźniki rates	rangi wskaźników ranks of rates	liczby bezwzględne number	wskaźniki rates	rangi wskaźników ranks of rates	
Dolnośląskie	1402	63,0	7	1597	71,5	6	1525	66,5	4	0,1			
Kujawsko-pomorskie	1087	71,6	10	1114	72,4	7	1306	82,3	8	14,9			
Lubelskie	784	48,7	4	1086	66,8	5	1164	69,8	5	21,1			
Lubuskie	696	94,7	13	889	118,8	16	742	95,6	11	0,9			
Łódzkie	1984	98,7	15	2333	115,3	15	2428	118,3	16	19,6			
Małopolskie	1515	65,3	8	2111	88,2	10	2391	96,1	12	47,2			
Mazowieckie	1579	41,8	3	1900	48,4	2	1843	45,5	1	3,7			
Opolskie	778	97,1	16	738	91,7	12	841	102,2	13	5,1			
Podkarpackie	983	66,1	9	1341	88,5	11	1402	89,4	9	23,3			
Podlaskie	189	21,6	1	429	48,3	1	681	74,4	6	244,9			
Pomorskie	522	33,2	2	881	54,6	3	1015	60,5	3	82,3			
Śląskie	2644	72,7	11	2983	81,8	9	3510	94,3	10	29,7			
Świętokrzyskie	923	95,4	14	1005	103,2	14	1056	105,9	15	10,5			
Warmińsko-mazurskie	957	92,9	12	987	95,2	13	1100	102,2	14	9,3			
Wielkopolskie	1452	60,2	6	1555	62,6	4	1508	58,5	2	-0,3			
Zachodniopomorskie	617	48,8	5	939	73,6	8	998	75,8	7	55,3			
Brak danych /Missing data	278	-	-	238	-	-	249	-	-	-			
Polska – Poland	18390	65,1	-	22126	77,0	-	23759	80,3	-	23,3			

Tablica 3. Chorzy dorośli z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi w latach 1999–2005, według województwa i rodzaju placówki, liczby bezwzględnej i struktura procentowa
 Table 3. Patients with chronic mental disorders in the years 1992–2005 by province and type of facility (number and percentage structure)

Województwo Province	LICZBY BEZWZGLĘDNE – NUMBER												ODSETKI – PERCENT								
	1999				2002				2005				1999			2002			2005		
	DPS	ZOL	DPS	Razem Total	Szpital Hospital	ZOL	DPS	Razem Total	Szpital Hospital	ZOL	DPS	Razem Total	Szpital Hospital	ZOL	DPS	Szpital Hospital	ZOL	DPS	Szpital Hospital	ZOL	DPS
Dolnośląskie	719	196	487	1402	184	843	570	1597	167	694	664	1525	51,3	14,0	34,7	11,5	52,8	35,7	11,0	45,5	43,5
Kujawsko-pomorskie	70	9	1008	1087	75	12	1027	1114	45	230	1031	1306	6,4	0,8	92,7	6,7	1,1	92,2	3,4	17,6	78,9
Lubelskie	404	9	371	784	305	227	554	1086	213	325	626	1164	51,5	1,1	47,3	28,1	20,9	51,0	18,3	27,9	53,8
Lubuskie	43	315	338	696	67	403	419	889	61	314	367	742	6,2	45,3	48,6	7,5	45,3	47,1	8,2	42,3	49,5
Łódzkie	199	19	1766	1984	103	23	2207	2333	95	45	2288	2428	10,0	1,0	89,0	4,4	1,0	94,6	3,9	1,9	94,2
Małopolskie	165	21	1329	1515	145	14	1952	2111	105	81	2205	2391	10,9	1,4	87,7	6,9	0,7	92,5	4,4	3,4	92,2
Mazowieckie	487	78	1014	1579	375	268	1257	1900	286	329	1228	1843	30,8	4,9	64,2	19,7	14,1	66,2	15,5	17,9	66,6
Opolskie	35	172	571	778	38	137	563	738	57	108	676	841	4,5	22,1	73,4	5,1	18,6	76,3	6,8	12,8	80,4
Podkarpackie	102	11	870	983	70	13	1258	1341	78	7	1317	1402	10,4	1,1	88,5	5,2	1,0	93,8	5,6	0,5	93,9
Podlaskie	154	2	33	189	69	25	335	429	79	59	543	681	81,5	1,1	17,5	16,1	5,8	78,1	11,6	8,7	79,7
Pomorskie	248	43	231	522	204	31	646	881	178	73	764	1015	47,5	8,2	44,3	23,2	3,5	73,3	17,5	7,2	75,3
Śląskie	437	29	2178	2644	403	219	2361	2983	822	278	2410	3510	16,5	1,1	82,4	13,5	7,3	79,1	23,4	7,9	68,7
Świętokrzyskie	145	2	776	923	96	8	901	1005	76	9	971	1056	15,7	0,2	84,1	9,6	0,8	89,7	7,2	0,9	92,0
Warmińsko-mazurskie	123	11	823	957	105	5	877	987	114	97	889	1100	12,9	1,1	86,0	10,6	0,5	88,9	10,4	8,8	80,8
Wielkopolskie	208	90	1154	1452	191	134	1230	1555	169	432	907	1508	14,3	6,2	79,5	12,3	8,6	79,1	11,2	28,6	60,1
Zachodniopomorskie	111	200	306	617	107	191	641	939	58	219	721	998	18,0	32,4	49,6	11,4	20,3	68,3	5,8	21,9	72,2
Brak danych Missing data	153	125	-	278	59	179	-	238	77	172	-	249	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polska – Poland	3803	1332	13255	18390	2596	2732	16798	22126	2680	3472	17607	23759	20,7	7,2	72,1	11,7	12,3	75,9	11,3	14,6	74,1

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

Tablica 5. Korelacje zmiennych niezależnych z rozpowszechnieniem długoterminowej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi
 Table 5. Correlation of independent variables with the prevalence of long-term care provision to persons with mental disorders

Województwo Province	Dorośli z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi Adults with chronic mental disorders	Ludność wiejska Rural population	Uczestnicy ŚDS dla psychicznie chorych Participants in SDS for mentally ill persons	Dorośli w DPS dla bezdomnych Adults in DPS for homeless persons	Leczeni w ośrodkach dziennych i leczenia środowiskowego Persons treated in day and community treatment centers	Stopień ubóstwa Indices of poverty	Chorzy z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi w wieku 60+ Persons aged 60+ with chronic mental disorders	Osoby w wieku 60+ przebywający w DPS dla ludzi starych Persons aged 60+ in DPS for elderly
	wskaźnik na 100 tys. rate per 100 000	%	wskaźnik na 100 tys. rate per 100 000	wskaźnik na 100 tys. rate per 100 000	wskaźnik na 100 tys. rate per 100 000	% ludności poniżej minimum egzystencji* % of population below the subsistence minimum	wskaźnik na 100 tys. rate per 100 000	wskaźnik na 100 tys. rate per 100 000
P O L S K A	80,4	39	20	30	62	12	133,5	218
Dolnośląskie	66,6	29	13	31	46	12	113,7	143
Kujawsko-pomorskie	82,3	38	13	62	56	12	143,5	198
Lubelskie	69,8	53	33	37	24	14	102,2	262
Lubuskie	95,6	36	19	24	131	8	204,8	287
Łódzkie	118,3	35	24	21	39	15	177,3	185
Małopolskie	96,1	50	23	9	85	12	162,9	269
Mazowieckie	45,5	35	16	46	84	16	68,7	236
Opolskie	102,2	47	14	52	44	14	192,7	296
Podkarpackie	89,4	60	30	31	25	15	135,1	261
Podlaskie	74,4	41	13	29	134	12	108,8	152
Pomorskie	60,5	33	20	0	24	9	100,5	194
Śląskie	94,3	21	19	15	72	12	143,7	303
Świętokrzyskie	105,9	55	27	29	24	14	192,8	96
Warmińsko-mazurskie	102,2	40	34	24	45	9	204,3	190
Wielkopolskie	58,5	43	20	31	30	12	112,1	135
Zachodniopomorskie	75,8	31	21	51	172	10	122,7	165
współczynnik korelacji ρ Spermana	-	0,31	ns	ns	ns	ns	ns	ns

* dane z roku 2004; ** dane z roku 2003; ŚDS środowiskowe domy samopomocy; DPS domy Pomocy Społecznej
 * as of 2004; ** as of 2003; ŚDS – community self-help homes; DPS – nursing homes

OMÓWIENIE

Badanie nasze wykazało, że w ciągu 13 lat przybyło osób przewlekle chorych w całodobowej opiece – wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 21%, z 66 do 80 na 100 tys. ludności dorosłej). Ważną przyczyną tego wzrostu jest zapewne zwiększenie się dostępności długoterminowej opieki, zwłaszcza w placówkach opiekuńczych, w których liczba podopiecznych podwoiła się (od blisko 10 100 osób w roku 1992 do prawie 21 100 w roku 2005). Jednocześnie nastąpiło pewne zmniejszenie zróżnicowania terytorialnego – największy wzrost wskaźników dotyczy obszarów, gdzie liczba i odsetek osób objętych opieką całodobową była najmniejsza (z wyjątkiem województwa mazowieckiego).

Być może wzrost wskaźnika w skali kraju jest w jakimś stopniu spowodowany wydłużeniem średniej długości życia (a w badanej przez nas populacji osoby w wieku podeszłym przeważają średnio dwukrotnie nad osobami młodszymi). Jeżeli czynnik ten odgrywa jakąś rolę, jego wpływ jest ograniczony, ponieważ analiza zróżnicowania terytorialnego ujawniła, że wzrost rozpowszechnienia „przewlekłej instytucjonalizacji” osób w wieku podeszłym w 10 województwach był znacznie niższy niż u osób młodszych. Kolejnym czynnikiem, który trzeba brać pod uwagę, jest obserwowany od wielu lat wzrost rozpowszechnienia ogółu zaburzeń psychicznych, zarejestrowanego w poradniach i szpitalach/oddziałach psychiatrycznych. W placówkach całodobowych wskaźnik rozpowszechnienia na 100 tys. ludności dorosłej wzrósł w okresie 1992–2005 o 35%, z 489 do 658 [9, 10]. Istotnie wzrosło też zarejestrowane w placówkach szpitalnych rozpowszechnienie chorób, które są najczęstszą przyczyną umieszczania pacjentów w opiece długoterminowej, czyli schizofrenii i zaburzeń schizotypowych oraz organicznych – wskaźnik ich rozpowszechnienia w skali kraju w latach 1999–2005 wzrósł o 23%, z 212 do 262 [10, 11]. Przypuszcza się, że ten wzrost jest spowodowany między innymi coraz częstszym zgłaszaniem się do psychiatrów takich osób, które przedtem nie miały do nich dostępu bądź nie akceptowały leczenia psychiatrycznego. Z drugiej strony wiele danych wskazuje, że wzrost zgłaszalności jest spowodowany zwiększeniem się rzeczywistego rozpowszechnienia niektórych zaburzeń psychicznych. Niezależnie od przyczyn zwiększania się ogólnego zarejestrowanego rozpowszechnienia, można by sądzić, że wzrost „przewlekłej instytucjonalizacji” jest jego pochodną. Sprzeczny jednak z tym przypuszczeniem jest fakt, że w latach 1999–2005 w czterech województwach (dolnośląskie, lubuskie, mazowieckie, wielkopolskie) liczba przewlekle chorych praktycznie nie wzrosła, pomimo wyraźnego wzrostu szpitalnego rozpowszechnienia schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i organicznych. Przykładowo, w mazowieckim o 32% (z 203 do 264 na 100 000), a w wielkopolskim o 45%, z 159 do 231 [10, 11]. Wydaje się, że ważnym czynnikiem były działania administracyjne, rozliczanie przez Kasy Chorych usług szpitalnych za osobodzień, co powodowało przetrzymywanie chorych, bo zwiększało dochody szpitali, a następnie wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia limitów pobytu, co powodowało przesuwanie pacjentów do placówek opiekuńczych.

Kolejną kwestią wymagającą omówienia jest miejsce leczenia przewlekle chorych. Zgodnie z zasadami psy-

chiatryi środowiskowej, w znacznym stopniu wdrożonymi w krajach zachodnich i postulowanymi w Polsce w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, podstawowym miejscem pobytu chorych powinno być środowisko naturalne, a głównym celem leczenia jest przywrócenie choremu zdolności do samodzielnego funkcjonowania. W ostatnim roku naszego okresu badawczego (2005), blisko 24 000 osób korzystało z opieki całodobowej, a 620 osób było w hostelach. Proporcje te są całkowicie odmienne niż w Europie Zachodniej i USA, gdzie większość chorych, którzy nie są we własnych domach, przebywa w placówkach zakwaterowania chronionego (hostele, mieszkania chronione), ponieważ w wielu badaniach wykazano, że skutecznie poprawiają one funkcjonowanie społeczne chorych [6, 7, 8, 12]. W Polsce zakwaterowanie chronione rozwija się z trudem, nawet najłatwiejsze w realizacji utworzenie hostelu na terenie szpitala jest rzadkością. Rozwiązanie to nie jest wprawdzie idealne, ale lepsze niż pobyt na oddziale a w krajach zachodnich było często stosowane w pierwszej fazie rozwoju zakwaterowania chronionego [2]. Jest również zalecane w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego [1].

W badanych trzynastu latach nastąpiła zmiana miejsca pobytu chorych – spadła frakcja leczonych przewlekle w szpitalach i oddziałach (z 43% do 11%)¹, znacznie wzrosła frakcja przebywających w DPS (z 57% do 74%), wielu chorych przesunięto ze szpitali do tworzonych od połowy lat dziewięćdziesiątych placówek opiekuńczo-leczniczych (ZOL). Potwierdza się zatem przypuszczenie Załuskiej, że w Polsce postępuje tzw. transinstytucjonalizacja, czyli przenoszenie chorych z placówek leczniczych do opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych [5]. Warto to uwzględnić w analizach trendów przewlekłej hospitalizacji.

ZOL to placówki stosunkowo nowe, tworzone od końca lat 90-tych. Inicjatywę tę podjęto dla poprawy warunków pobytu przewlekle chorych w szpitalach, często przekształcając dawne oddziały w ZOL. Faktycznie w wielu ZOL są lepsze niż w oddziałach warunki mieszkaniowe (mniejsze pokoje, wystrój bardziej domowy), chorzy mają też dostęp do większego spektrum zajęć, w tym poza szpitalem. Można je chyba uznać za pośrednią formę między szpitalem a zakwaterowaniem chronionym, a w sytuacji braku wszechstronnej opieki środowiskowej są lepszym rozwiązaniem niż wypisywanie chorych do nikąd (tak jak w latach 50-tych w USA i innych krajach uprzemysłowionych, gdzie duża część osób zaburzonych psychicznie znalazła się na ulicy), ale trudno uważać pobyt w ZOL za pożądany powrót do życia w społeczeństwie.

Zarejestrowane w opiece całodobowej rozpowszechnienie długoterminowej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest znacznie zróżnicowane terytorialnie, wskaźniki najwyższe przekraczają przeważnie dwukrotnie wskaźniki najniższe. Tak np. w 2005 roku rozpowszechnienie w skali kraju wynosiło 80 na 100 000 ludności, a w poszczególnych województwach kształtowało się na poziomie od 46 i 59 do 106 i 118.

Przystępując do badań sądziłyśmy, że zróżnicowanie terytorialne będzie przede wszystkim zależało od dostępności

¹ Spadek ten byłby nieco niższy, gdyby leczonych w ZOL włączonych w strukturę szpitali zaliczyć do leczonych w szpitalach a nie z ZOL.

opieki środowiskowej, głównie oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego oraz środowiskowych domów samopomocy dla przewlekle chorych psychicznie. Rozważaliśmy też uwzględnienie dostępności poradni zdrowia psychicznego, ponieważ badanie sprzed kilku lat wykazało wpływ tej cechy na przewlekłą hospitalizację chorych na schizofrenię [13]. Zrezygnowaliśmy jednak z tego, ponieważ ostatnio pojawiły się metodologiczne problemy ustalenia dostępności poradni. Badanie wykazało, że dostępność oddziałów dziennych i zespołów środowiskowych nie wpływa na zróżnicowanie terytorialne. Przyczyną jest zapewne zbyt mała liczba takich form leczenia, kilka lub kilkakrotnie mniejsza od minimum określonego w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego [1]. Wbrew oczekiwaniom nie stwierdzono również wpływu dostępności środowiskowych domów samopomocy dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi (jak wykazano w badaniu sprzed kilku lat czynnik ten miał wyraźny wpływ na przewlekłą hospitalizację chorych na schizofrenię). Być może czynnik ten nie wpływa na „instytucjonalizację” chorych z innymi rozpoznaniem, a może przede wszystkim dostępność tych domów (5485 uczestników w roku 2005) jest zbyt mała w stosunku do potrzeb blisko 24 tysięcy osób „przewlekle instytucjonalizowanych”.

W badaniu wpływu placówek środowiskowych nie uwzględniliśmy dwu ważnych form opieki środowiskowej, a mianowicie specjalistycznych usług opiekuńczych prowadzonych w domach chorych oraz warsztatów terapii zajęciowej. Niestety dostępne są tylko dane o ogólnym zakresie tych usług w poszczególnych województwach, nie wiadomo natomiast ile z nich przypada na osoby z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi lub z upośledzeniem umysłowym. Nie mogliśmy też uwzględnić jednej z najważniejszych charakterystyk opieki środowiskowej – dostępności alternatywnych dla opieki całodobowej form zakwaterowania, czyli hosteli i mieszkań chronionych, bowiem w całej Polsce miejsc takich (hostele, miejsca hostelowe w domach samopomocy i tzw. opiece domowej) w 2005 roku było 623, w 10 spośród 16 województw (w tym w czterech poniżej 30 miejsc), co wykluczało sens analizy korelacyjnej.

Badanie wykazało, że na zróżnicowanie „instytucjonalizacji” przewlekle chorych nie ma wpływu stopień ubóstwa, który okazał się istotny w badaniu terytorialnych warunkowań rozpowszechnienia hospitalizacji chorych na schizofrenię [13]. Nie ma też wpływu dostępność domów pomocy społecznej dla osób bezdomnych oraz domów dla osób w wieku podeszłym. Oba te czynniki uwzględniono przypuszczając, że mogą one być alternatywą dla domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych. Przypuszczenie to oparliśmy, między innymi, na danych z innych krajów (tak np. w USA znaczną część bezdomnych stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi) [14]. Nie sposób analizować wszystkich czynników mogących różnicować terytorialnie zjawisko „transinstytucjonalizacji”, niewątpliwie istotne są zarówno role społeczne pełnione przez chorych, jak i ich sytuacja rodzinna czy wykształcenie. Niestety, źródła z których pozyskiwałyśmy informacje nie dysponowały takimi danymi o swoich podopiecznych (domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy).

Spśród wszystkich badanych tylko jeden czynnik, odsetek ludności wiejskiej w województwie ma pewien wpływ na terytorialne zróżnicowanie – im mniejszy odsetek, tym mniejsze rozpowszechnienie całodobowej opieki stacjonarnej. Jest to spójne z rutynowymi danymi z ostatnich lat o przewlekle chorych w szpitalach psychiatrycznych – wskaźniki rozpowszechnienia dla populacji wiejskiej są wyższe niż w populacji miejskiej, np. w 2005 roku 16,7 versus 15,3 [10]. Nie było badań na ten temat, możemy jednak wysunąć kilka przypuszczeń. Jedno z nich opiera się na danych o większej częstotliwości pierwszych w życiu przyjęć do szpitali psychiatrycznych osób z miasta niż ze wsi – np. wskaźniki pierwszych przyjęć na 100 tys. ludności w roku 2000 i 2005 wynosiły 228 i 268 w populacji miejskiej i dużo mniej, odpowiednio 168 i 197, w populacji wiejskiej [10, 15]. Być może chorzy zamieszkali na wsi z różnych powodów trafiają do szpitala później niż mieszkańcy miast, są zatem w gorszym stanie i trudniej ich leczyć. Kolejną przyczyną może być usytuowanie oddziałów psychiatrycznych, zazwyczaj bardziej dostępnych komunikacyjnie dla ludności miejskiej, co ułatwia kontakt chorego z rodziną i umożliwia częstsze przepustki, a w efekcie wcześniejszy wypis. Być może również większa jest tolerancja chorych wypisanych ze szpitala psychiatrycznego w środowisku miejskim, bardziej anonimowym niż wiejskie.

WNIOSKI

1. W 2005 roku prawie 24 tys. dorosłych chorych z zaburzeniami psychicznymi pozostawało pod długoterminową opieką całodobową, ponad 6100 osób więcej niż w roku 1992. Wskaźnik rozpowszechnienia zarejestrowanego w tych placówkach wzrósł o 21%, od 66 do 80 na 100 tys. ludności.
2. W ciągu badanych trzynastu lat nastąpiła wyraźna zmiana miejsca pobytu przewlekle chorych: spadł udział chorych przebywających w szpitalach i oddziałach (z 43% do 11%), wzrosła frakcja przebywających w DPS (z 57% do 74%), wielu chorych przesunięto do placówek opiekuńczo-leczniczych (ZOL).
3. W latach 1999–2005 rozpowszechnienie wzrosło w jedenastu województwach, w tym w czterech o ponad 40%, najwięcej w podlaskim. W czterech województwach poziom rozpowszechnienia praktycznie nie zmienił się (w dolnośląskim, lubuskim, mazowieckim i wielkopolskim).
4. W całym okresie 1999–2005 relatywnie najniższe było rozpowszechnienie w województwie mazowieckim i pomorskim, najwyższe w łódzkim i świętokrzyskim.
5. Terytorialne zróżnicowanie rozpowszechnienia zależy w niewielkim stopniu od odsetka ludności wiejskiej w województwie – im niższy odsetek, tym mniejsze rozpowszechnienie. Nie zależy natomiast od następujących czynników: sytuacja ekonomiczna ludności, dostępność środowiskowych domów samopomocy, dostępność oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, dostępność domów pomocy dla osób bezdomnych oraz dla osób w wieku podeszłym.

PIŚMIENNICTWO

1. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt-lipiec 2000). *Post Psychiatr Neurol.* 2000; (9): 455–72.
2. Słupczyńska-Kossobudzka E, Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa. Podręcznik Psychiatria, tom III.* Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003. s. 507–25.
3. Ciszewski L. Psychiatryczne leczenie domowe jako alternatywa hospitalizacji – przegląd badań. *Psychiatr Pol.* 1988; 22 (5): 382–6.
4. Załuska M, Paszko J. Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcie społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych. *Psychiatr Pol.* 2002; (6): 953–66.
5. Załuska M. Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Post Psychiatr Neurol.* 2006; 15 (4): 277–85.
6. Middelboe T. Study of Clinical and Social Outcome of Stay In Small Group Homes for People With Mental Illness. *Br J Psychiatry.* 1997; 171: 251–55.
7. Fenton WS, Mosher LR, Hertel JM, Blyler CR. Randomized Trial of General Hospital and Residential Alternative Care for Patients With Severe and Persistent Mental Illness. *Am J Psychiatry.* 1998; 155 (4): 516–522.
8. Dayson D, Lee-Jones R, Chahaj KK, Leff J. The TAPS Project 32: Social Networks of Two Groups Homes ... 5 Years on. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33 (9): 438–444.
9. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1992.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1993.
10. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 2005.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2006.
11. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1999.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
12. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zakwaterowanie chronione – metaanaliza informacji z literatury. *Post Psychiatr Neurol.* 2000; 9 (3): 415–25.
13. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji chorych na schizofrenię w Polsce w roku 1999 i 2003. *Post Psychiatr Neurol.* 2007; 16 (2): 123–32.
14. Hamid WA, Wykres T, Stansfeld S. The Social Disablement of Me In Hostess for Homeless People. II. A Comparison with Patients from Long-stay Wards. *Br J Psychiatry.* 1995; 166: 809–812.
15. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 2002.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2003.

Wpłynęło: 16.06.2008. Zrecenzowano: 28.08.2008. Przyjęto: 01.10.2008.

Adres: mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-4582615