



## 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-KOSSOBUDZKA<sup>1</sup>, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA<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.** 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

lokata 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	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 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 łózkami 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
Zachodnio pomorskie	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*