



Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji osób z zaburzeniami afektywnymi w latach 1999–2001

The regionally dependent disparity in hospitalization of patients with affective disorders during 1999–2001

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA¹, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA¹,
WALENTYNA SZIRKOWIEC²

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

STRESZCZENIE. *Cel.* Głównym celem jest ustalenie trwałości zjawiska zróżnicowania terytorialnego hospitalizacji oraz próba wyjaśnienia jego przyczyn. *Metoda.* Analizowano rozpowszechnienie hospitalizacji, czyli liczbę osób leczonych w szpitalach na jednostkę populacji w roku 1999 i 2001, w poszczególnych województwach. Uwzględniono następujące zmienne niezależne, mogące wpływać na rozmiar hospitalizacji: trzy cechy demograficzne (płeć, wiek, zamieszkanie na wsi lub w mieście), dziesięć zmiennych społeczno zdrowotnych (odsetki osób: mieszkających samotnie; w stanie wolnym; żyjących poniżej minimum socjalnego oraz poniżej poziomu egzystencji; stopa bezrobocia; częstość samobójstw dokonanych; nadużywanie alkoholu; rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w PZP; rozpowszechnienie inwalidztwa z powodu tych zaburzeń), dwie miary dostępności opieki psychiatrycznej oraz cztery miary funkcjonowania tej opieki (średni czas hospitalizacji; wskaźniki hospitalizacji z powodu ogółu zaburzeń psychicznych; zaburzeń depresyjnych nerwicowych i adaptacyjnych; schizofrenii). Do analizy korelacji zmiennych niezależnych ze wskaźnikiem rozpowszechnienia hospitalizacji zaburzeń afektywnych użyto współczynnika korelacji rangowej Spearmana. *Wyniki.* Częstość hospitalizacji jest znacznie zróżnicowana – najwyższa w wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i podlaskim, a prawie dwukrotnie mniejsza w śląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim. Zróżnicowanie rozmiaru hospitalizacji jest najwyraźniejsze u osób w wieku 20–44 lat, u kobiet oraz mieszkańców miast. Różnice terytorialne nie zależą od struktury demograficznej województw ani od 10 zmiennych społeczno-zdrowotnych. Stwierdzono słaby związek między rozmiarem hospitalizacji a czasem leczenia w ciągu roku – im więcej leczonych tym krótszy czas. W dwu województwach (podlaskie i zachodniopomorskie) ważnym czynnikiem warunkującym dużą częstość hospitalizacji jest prawdopodobnie wysoka dostępność łóżek, a w województwie wielkopolskim preferencje diagnostyczne, „faworyzujące” zaburzenia afektywne.

SUMMARY. *Aim.* The aim of the present study was to assess and explain the reasons for the regionally dependent disparity in hospitalization of patients with affective disorders. *Methods.* The hospitalization prevalence (i.e. the percentage of a population that was hospitalized in different Polish provinces in 1999 and 2001) was analyzed. The following independent variables, which may influence the hospitalization prevalence, were taken into account: three demographic traits (i.e. gender, age, permanent residence in the country or in town), ten health and social variables (the percentage of people living lonely, not-married, below the social minimum or eke out an existence, the unemployment rate, the suicidal rate, alcohol abuse, the prevalence of affective disorders and related mental disabilities in the mental health outpatient clinics), two measures of the mental health care accessibility and four measures of the mental health care performance (an average length of hospitalization, a hospital admission index for mental illness, affective disorders, anxiety disorders and schizophrenia). Correlation coefficients between the hospitalization prevalence and independent variables were calculated using the Spearman's non-parametric coefficient. *Results.* According to the region, a hospital admission index varies significantly with the highest in the Wielkopolska, Ziemia

Kujawsko-Pomorska and Podlasie Province and the lowest (a twofold decrease) in the Śląsk, Ziemia Świętokrzyska and Pomorze Zachodnie Province. The following independent variables influenced the hospitalization prevalence: age between 20 and 44, the fact of being female and the permanent residence in town. The regionally dependent disparity does not depend on the Province demographic traits and analyzed health and social variables. There was a weak correlation between the hospitalization prevalence and the period of stay in a hospital: the more patients admitted the shorter length of hospitalization. In two Provinces (Podlasie and Pomorze Zachodnie) high hospitalization prevalence probably resulted from the higher availability of hospital beds. A considerable increase in the number of hospitalization in the Province of Wielkopolska was due to the diagnostic preferences for affective disorders.

Słowa kluczowe: rozpowszechnienie hospitalizacji / zaburzenia afektywne / zróżnicowanie terytorialne
Key words: hospitalization prevalence / affective disorders / regionally dependent disparity

W statystykach rutynowych obserwuje się od lat znaczne różnice częstości leczenia szpitalnego osób z zaburzeniami afektywnymi w poszczególnych województwach [1].

CEL

Praca ma następujące cele:

- odpowiedź na pytanie o trwałość tendencji wyraźnie wysokich lub niskich wskaźników w niektórych województwach,
- zbadanie, czy różnice te dotyczą wszystkich, czy tylko niektórych podgrup chorych,
- próba wyjaśnienia przyczyn tych różnic.

METODA

W pracy uwzględniliśmy okres trzech lat: 1999–2001, jego początek wyznaczał rok utworzenia „nowych” województw. Analizowaliśmy rozpowszechnienie hospitalizacji, czyli liczbę leczonych w szpitalach osób na 100 tys. ludności. Publikowane w pracy dane dotychczas nie były dostępne – w statystykach rutynowych operowano bowiem informacjami o częstości zdarzeń hospitalizacji w przeliczeniu na ludność (jest ona oczywiście wyższa od rozpowszechnienia ze względu na to, że jedna osoba może mieć kilka epizodów hospitalizacji w ciągu roku). Informacje te uzyskaliśmy przetwarzając wcześniej założone bazy danych w Instytucie Psychiatrii

i Neurologii. Źródłem pozostałych danych był ZUS, GUS oraz statystyki rutynowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Szukając przyczyn różnic częstości hospitalizacji w poszczególnych województwach uwzględniono następujące zmienne niezależne

Struktura demograficzna populacji województw według płci, wieku i miejsca zamieszkania (miasto lub wieś)

Teoretycznie może ona być przyczyną różnic hospitalizacji. Dzieje się tak wtedy, gdy populacje jakichś terenów mają różne od innych charakterystyki demograficzne, np. znacznie liczniejsze niż gdzie indziej frakcje populacji najbardziej narażone na hospitalizację. W badaniu wpływu tego czynnika zastosowano metodę standaryzacji współczynników wg trzech cech demograficznych, przyjmując jako standard populację Polski (uzyskujemy wtedy odpowiedź na pytanie, jakie byłyby współczynniki hospitalizacji w poszczególnych województwach, gdyby wszystkie one miały jednakową strukturę, taką jak cała populacja Polski).

Charakterystyka społeczno-zdrowotna poszczególnych województw

Pierwszą podgrupę stanowią zmienne, zaliczane w literaturze do wskaźników deprywacji społecznej, zmiennie związanej z częstością występowania zaburzeń psychicznych w populacji lub z częstością hospitalizacji psychiatrycznej. Uwzględniliśmy następujące łatwo mierzalne cechy.

Odsetek osób mieszkających samotnie. Wagę tego czynnika podkreślano od dawna w literaturze anglosaskiej [2, 3].

Odsetek osób w stanie wolnym – silną korelację między tą zmienną i częstością przyjeżdżających do szpitali psychiatrycznych stwierdzono m.in. w badaniach Thornicrofta i Jarmana [3, 4]. W drugiej z tych prac ustalono, że cecha ta odpowiada za znaczną część terytorialnego zróżnicowania hospitalizacji psychiatrycznej (nawet do 30%). Z kolei w polskich badaniach wykazano, że osoby w stanie wolnym mają gorszy dobrostan psychiczny niż żyjące w małżeństwie [5].

Bezrobocie oraz ubóstwo – w licznych pracach wykazano korelację tych zmiennych z częstością hospitalizacji z powodu depresji, jak też innych zaburzeń psychicznych [3, 4, 6]. Podkreśla się również, że mogą one prowokować pojawienie się depresji [7]. W naszej pracy przyjęliśmy następujące wskaźniki bezrobocia i ubóstwa:

- stopa bezrobocia, czyli udział osób bezrobotnych w liczbie ludności aktywnej zawodowo ogółem oraz danej grupy (wskaźnik stosowany przez GUS),
- odsetek ludności żyjącej poniżej minimum socjalnego, czyli określonego poziomu zaspokojenia potrzeb biologicznych, kulturalnych i społecznych (dane uzyskane z GUS),
- odsetek osób żyjących poniżej minimum egzystencji, czyli poniżej określonego poziomu zaspokojenia potrzeb biologicznych (również dane GUS).

Drugą podgrupę stanowią miary, które mogą pośrednio wiązać się z poziomem rzeczywistego rozpowszechnienia depresji, a mianowicie:

Częstość samobójstw dokonanych.

Nadużywanie alkoholu, które może być behawioralną maską depresji [7]. Jako wskaźnik przyjęliśmy, dostępne w GUS, dane o liczbie osób pijących codziennie lub kilka razy w tygodniu (na 100 tys. populacji w wieku 15 lat i więcej).

Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych zarejestrowane w poradniach zdrowia psychicznego.

Częstość leczenia chorych z zaburzeniami afektywnymi w dziennych oddziałach psychiatrycznych. Placówki te mogą stanowić istotną alternatywę hospitalizacji [8].

Rozpowszechnienie inwalidztwa z powodu chorób afektywnych. Jako wskaźnik przyjęliśmy jedyną możliwą do uzyskania miarę, a mianowicie częstość rocznych orzeczeń o inwalidztwie z powodu chorób afektywnych.

Dostępność opieki psychiatrycznej w poszczególnych województwach

Dość powszechnie uważa się, że dostępność opieki wpływa istotnie na rozmiar zarejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych [9, 10]. W pracy przyjęliśmy dwa wskaźniki dostępności: liczba łóżek psychiatrycznych ogólnych na jednostkę populacji oraz liczba ludności, przypadająca na jeden etat lekarski w PZP.

Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej w poszczególnych województwach

Średni roczny czas hospitalizacji chorego z zaburzeniami afektywnymi (jako teoretycznie jedna z przyczyn różnic liczby osób hospitalizowanych, np. tendencja do bardzo krótkiego leczenia szpitalnego może powodować większą częstość przyjmowania tych samych pacjentów);

Wskaźnik hospitalizacji z powodu wszystkich chorób i zaburzeń psychicznych – może być pośrednią miarą postaw personelu psychiatrycznego wobec konieczności hospitalizacji (uwarunkowanych np. oceną dostępności i efektywności opieki pozaszpitalnej);

Wskaźnik hospitalizacji z powodu dwu chorób, z grupy zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem, a mianowicie zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych (F41.2) oraz zaburzeń adaptacyjnych (F43.2). Obie te klasy zawierają objawy w większości zaliczane w uprzedniej klasyfikacji do nerwic, w obecnej zaś mogą być rozpoznane jako nerwicowe lub afektywne. Tak np. dawne rozpoznanie „depresja nerwicowa” (300.4, obejmująca również depresję lękową, reakcję depresyjną i depresję reaktywną) obecnie

może być sformułowane jako rozpoznanie z kręgu zaburzeń afektywnych (F32, F33), bądź jako wyżej wspomniane F41.2 lub F43.2. Jest bardzo możliwe, że grać tu mogą rolę pewne preferencje diagnostyczne, np. niechęć do przedwczesnego rozpoznania zaburzeń afektywnych lub przywiązanie do starej tradycji zaliczania wielu objawów do nerwicowych. W każdym razie ten czynnik preferencji diagnostycznych teoretycznie może mieć istotny wpływ na zróżnicowanie terytorialne szpitalnego rozpowszechnienia zaburzeń afektywnych;

Wskaźnik hospitalizacji z powodu schizofrenii – przyjęcie tej miary miało również na celu weryfikację hipotezy, że terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji zaburzeń afektywnych może się wiązać ze zróżnicowany-

mi preferencjami rozpoznawania tych zaburzeń, np. częstszego ich diagnozowania kosztem schizofrenii. Jak wiadomo z literatury, kryteria diagnostyczne obu zaburzeń w istotny sposób wpływają na wskaźniki ich rozpowszechnienia [9, 11, 12].

Poddane badaniu zostały zbiorowości pełne, obejmujące wszystkich pacjentów hospitalizowanych w badanych latach. Do analizy związków korelacyjnych ze zmiennymi niezależnymi użyto współczynnika korelacji rangowej Spearmana.

WYNIKI

W tabl. 1 zestawiono dane o hospitalizacji chorych na zaburzenia afektywne w po-

Tablica 1. Rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń afektywnych według województw w latach 1999 i 2001. Wskaźniki na 100000 ludności

Województwo	1999		2001		Porównanie 1999 = 100%
	wskaźnik	ranga	wskaźnik	ranga	
POLSKA	47	x	57	x	121
Województwa o wskaźnikach najwyższych					
Wielkopolskie	78	I	90	I	115
Podlaskie	77	II	70	III	91
Kujawsko-pomorskie	54	IV	76	II	141
Województwa o wskaźnikach średnich					
Opolskie	68	III	63	V	93
Pomorskie	52	V	57	VII	109
Podkarpackie	51	VI	62	VI	122
Warmińsko-mazurskie	48	VII	51	IX	106
Lubuskie	45	VIII	48	XII	108
Łódzkie	44	IX	49	XI	113
Dolnośląskie	43	X	65	IV	152
Małopolskie	43	XI	48	XIII	112
Lubelskie	42	XII	51	X	120
Mazowieckie	40	XIII	52	VIII	132
Województwa o wskaźnikach najniższych					
Świętokrzyskie	39	XIV	44	XV	114
Śląskie	35	XV	48	XIV	136
Zachodniopomorskie	24	XVI	32	XVI	132

szczególnych województwach w latach 1999 i 2001. Częstość hospitalizacji jest znacznie zróżnicowana – tak np. wartości wskaźnika hospitalizacji na 100 tys. ludności wynosiły w roku 1999 od 78 do 24, a w roku 2001 od 90 do 32. Ze względu na to znaczne zróżnicowanie w tablicy wyodrębniono trzy grupy województw:

- o wskaźnikach najwyższych, tzn. takie województwa, których wskaźniki hospitalizacji, zarówno w 1999, jak i w 2001 roku, plasowały się na jednym z pierwszych czterech miejsc,
- o wskaźnikach najniższych, których ranga kolejności w obu badanych latach wynosiła od XIII do XVI,
- województwa o średniej częstości hospitalizacji, czyli wszystkie pozostałe.

Trzy województwa: wielkopolskie, podlaskie i kujawsko-pomorskie, tworzą grupę terenów o najwyższych wskaźnikach rozpowszechnienia hospitalizacji (w roku 2001 odpowiednio 90, 70 i 76). Najniższe natomiast rozpowszechnienie charakteryzuje województwa: świętokrzyskie, śląskie i zachodniopomorskie, w których wskaźniki w roku 2001 kształtowały się na poziomie 44, 48 i 32 (tabl. 1). Analizując tablicę należy pamiętać, że w przyjętych powyżej definicjach uwzględniono częstość hospitalizacji w obu badanych latach (1999 i 2001), eliminując dzięki temu element przypadkowości, ponieważ na niektórych terenach rozpowszechnienie hospitalizacji podlega dość znacznym wahaniom z roku na rok. Czasami obniża to jednak czytelność tabl. 1 – tak np. w roku 1999 wskaźnik hospitalizacji w województwie opolskim (zaliczonym do grupy średnich) jest wyższy niż w kujawsko-pomorskim, umieszczonym w grupie województw o wskaźnikach najwyższych. Nie jest to jednak pomyłka, ponieważ w drugim z badanych lat, 2001, województwo opolskie zajmowało piątą pod względem ogólnej częstości hospitalizacji lokatę, nie spełniło zatem kryterium zaliczenia do grupy terenów o wskaźnikach najwyższych. Podobnie, wskutek zastosowania kryterium „zarazem”, województwo ślą-

skie znajduje się w grupie terenów o wskaźnikach najniższych, mimo że w roku 2001 jego wskaźnik hospitalizacji ogółem jest identyczny jak częstość hospitalizacji w trzech województwach, zaliczonych do grupy „średnich”.

W ciągu trzech lat, od 1999 do 2001 roku, hospitalizacja w skali kraju wzrosła o 21%. Podobnie jak wartości wskaźników, dynamika trzyletnich zmian w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowana. Dwa województwa (podlaskie i opolskie) charakteryzuje trend spadkowy, w siedmiu województwach hospitalizacja wzrosła o kilka do kilkunastu procent. W siedmiu natomiast województwach hospitalizacja wzrosła o co najmniej 20%, w tym najwięcej w dolnośląskim (o 52%) i kujawsko-pomorskim (o 41%).

Tabl. 2 zawiera dane o terytorialnym zróżnicowaniu wskaźników o rozpowszechnieniu hospitalizacji osób z różnych podgrup diagnostycznych w roku 2001.

Hospitalizacja z powodu epizodu manialnego jest na wszystkich terenach rzadka, kształtuje się na poziomie 1–2 na 100 tys. ludności, wyższa jest jedynie w województwie lubuskim. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe charakteryzuje w skali kraju wskaźnik 8, największe rozpowszechnienie (10–12) charakteryzuje trzy województwa o najwyższych (dla całej grupy zaburzeń afektywnych) wskaźnikach, natomiast w województwach o średnich i niskich wskaźnikach ogólnych częstość hospitalizacji chorych z tym rozpoznaniem utrzymuje się (z niewielkimi wyjątkami) na zbliżonym poziomie.

W hospitalizacji zaburzeń depresyjnych nawracających (wskaźnik 25 na 100 tys., 44% leczonych) wyraźny jest podział na trzy grupy, w których ogólny wskaźnik hospitalizacji zaburzeń afektywnych jest najwyższy, średni, bądź najniższy. Tendencja podziału na trzy grupy dominuje również w hospitalizacji z powodu epizodów depresyjnych (wskaźnik 20 na 100 tys., 35% osób leczonych). Interesująca jest kwestia hospitalizacji dystymii – o ile w 16 województwach częstość hospitalizacji osób z tym rozpoznaniem kształtuje

Tablica 2. Rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń afektywnych w województwach o wysokich, średnich i niskich wskaźnikach, według rozpoznań w 2001 roku. Wskaźniki na 100000 ludności

Województwo	Ogółem	Rozpoznanie					
		epizod maniakalny (F30)	zaburzenia afektywne dwubiegunowe (F31)	epizod depresyjny (F32)	zaburzenia depresyjne nawracające (F33)	dystymia (F34.1)	pozostałe (F34.0,8,9, F38, F39)
POLSKA	57 (100%)	1 (1,7%)	8 (14%)	20 (35%)	25 (43,8%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Województwa o wskaźnikach najwyższych							
Wielkopolskie	90	2	12	20	39	13	5
Kujawsko-pomorskie	76	2	10	28	33	1	2
Podlaskie	70	1	10	27	29	2	1
Województwa o wskaźnikach średnich							
Dolnośląskie	65	1	7	24	30	3	1
Opolskie	63	1	5	22	26	2	8
Podkarpackie	62	1	6	23	28	2	2
Pomorskie	57	2	6	26	20	1	2
Mazowieckie	52	1	8	21	21	1	1
Warmińsko-mazurskie	51	1	6	20	22	1	1
Lubelskie	51	2	10	11	25	2	1
Łódzkie	49	1	6	16	24	1	1
Lubuskie	48	3	9	19	14	2	2
Małopolskie	48	1	7	14	24	1	1
Województwa o wskaźnikach najniższych							
Śląskie	48	1	7	19	19	1	1
Świętokrzyskie	44	1	6	15	21	1	0
Zachodniopomorskie	32	1	5	11	14	1	0

się na poziomie 1–2 na 100 tys. ludności, to w wielkopolskim wynosi ona 13. Zarazem nie jest to przypadkowa wielkość, ponieważ identyczny wskaźnik w tym województwie zanotowano w roku 1999. Sumując wnioski z tabl. 2 można powiedzieć, że terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji osób z zaburzeniami afektywnymi dotyczy głównie zaburzeń depresyjnych nawracających oraz, w mniejszym stopniu, epizodów depresyjnych.

Kolejne zestawienie, tabl. 3, przedstawia dane o wskaźnikach w podgrupach wieku, płci i miejsca zamieszkania w poszczególnych województwach. W omówieniu pomi-

jamy interpretację różnic hospitalizacji w populacji dziecięco-młodzieżowej, do 19 roku życia, ze względu na bardzo niewielkie wartości wskaźników. Województwa o najwyższych wskaźnikach ogólnych charakteryzują (z niewielkimi wyjątkami) najwyższe wskaźniki specyficzne dla poszczególnych klas wieku populacji dorosłej – od 20 do 69 lat. Prawdopodobnie ta nie występuje natomiast w grupie osób w wieku podeszłym, liczących ponad 70 lat. Z kolei w grupie województw o najniższych wskaźnikach ogólnych zachodniopomorskie ma najniższe wszystkie wskaźniki specyficzne wg wieku (jak również

Tablica 3. Rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń afektywnych w podgrupach wieku, płci i miejsca zamieszkania w województwach o wysokich, średnich i niskich wskaźnikach ogólnych w 2001 roku. Wskaźniki na 100000 ludności

Województwo	Wiek									Płeć		Miejsce zamieszkania	
	0-19	20-29	30-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	70 lat i więcej	M	K	Miasto	Wieś
POLSKA	3	20	48	109	159	162	101	71	42	38	75	63	48
Województwa o wskaźnikach najwyższych													
Wielkopolskie	3	31	76	206	313	278	139	71	30	61	118	101	76
Kujawsko-pomorskie	5	31	74	158	229	194	108	81	50	54	97	88	56
Podlaskie	4	27	53	154	204	234	136	98	39	47	93	76	62
Województwa o wskaźnikach średnich													
Dolnośląskie	7	24	49	127	170	182	104	69	38	38	90	72	49
Opolskie	5	15	33	73	147	190	203	124	68	35	91	79	47
Podkarpackie	1	18	56	141	201	228	106	80	36	45	79	71	57
Pomorskie	2	17	52	94	148	177	108	75	62	32	81	63	45
Mazowieckie	6	26	45	81	117	118	95	76	57	33	70	60	39
Warmińsko-mazurskie	2	19	37	86	146	170	104	71	51	30	71	63	33
Lubelskie	3	18	47	99	137	137	91	78	46	39	61	49	52
Łódzkie	5	15	47	86	129	118	85	64	37	31	66	53	43
Lubuskie	5	20	50	102	125	115	78	49	49	34	62	52	42
Małopolskie	1	17	40	112	147	139	86	58	34	32	62	54	41
Województwa o wskaźnikach najniższych													
Śląskie	2	14	37	79	128	140	87	66	30	33	62	50	38
Świętokrzyskie	3	11	37	80	137	138	92	46	29	31	57	45	44
Zachodniopomorskie	2	11	26	54	86	87	60	42	26	19	44	35	25

w pozostałych podgrupach demograficznych). W dwu pozostałych województwach z tej grupy (śląskie i świętokrzyskie) najniższe wskaźniki charakteryzują podgrupy wieku od 20 do 44 oraz powyżej 70 lat, natomiast w podgrupach od 45 do 69 lat częstość hospitalizacji utrzymuje się na takim poziomie jak w paru województwach o średnich wskaźnikach ogólnych.

Mężczyźni są zdecydowanie najczęściej hospitalizowani w trzech województwach o najwyższych wskaźnikach ogólnych, pozostałe tereny są znacznie mniej pod tym względem zróżnicowane, co powoduje, że w zasadzie województwa o wskaźnikach średnich często nie różnią się od terenów z najniższym ogólnym poziomem hospitalizacji. W hospitalizacji kobiet wyraźny jest podział na trzy grupy (o wskaźnikach najwyższych, średnich i niskich) w zasadzie identyczne jak grupy ogólnych wskaźników hospitalizacji. Podobna prawidłowość charakteryzuje populację zamieszkałą w mieście. Na wsi natomiast najwyższe wskaźniki notujemy w trzech województwach dominujących, podczas gdy częstość hospitalizacji na terenach o wskaźnikach najniższych jest podobna jak w wielu województwach środka.

Sumując wnioski z tabl. 3 możemy stwierdzić, że najwyższa w kraju częstość hospitalizacji w trzech województwach (wielkopolskie, kujawsko-pomorskie, podlaskie) obejmuje w zasadzie wszystkie podgrupy demograficzne populacji wg wieku, płci i miejsca zamieszkania. W pozostałych 13 województwach znaczne zróżnicowanie częstości hospitalizacji obejmuje głównie niektóre podgrupy demograficzne: osoby liczące 20–44 lat oraz 70 i więcej, kobiety oraz mieszkańców miast. W tych podgrupach w zasadzie wyraźny jest podział na tereny o średnim i niskim poziomie hospitalizacji. W pozostałych podgrupach demograficznych różnice między tymi terenami są mniej wyraźne, z wyjątkiem zachodniopomorskiego, w którym wskaźniki we wszystkich podgrupach demograficznych są najniższe w kraju.

Przechodzimy teraz do zagadnienia przyczyn terytorialnego zróżnicowania częstości hospitalizacji.

W tabl. 4 zestawiono wskaźniki rzeczywiste i standaryzowane (wg płci, wieku i zamieszkania w mieście lub na wsi) dla poszczególnych województw w 1999 roku. Jak widać, między oboma rodzajami wskaźników praktycznie nie ma różnic, co oznacza, że struktura demograficzna według badanych trzech cech nie była przyczyną zróżnicowania hospitalizacji w województwach. Wyjątek stanowiły dwa województwa, w których

Tablica 4. Rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń afektywnych według województw.
Wskaźniki rzeczywiste i standaryzowane*
na 100000 ludności, 1999

Województwo	Wskaźniki rzeczywiste	Wskaźniki standaryzowane
POLSKA	47	47
Województwa o wskaźnikach najwyższych		
Wielkopolskie	78	79
Podlaskie	77	84
Kujawsko-pomorskie	54	54
Województwa o wskaźnikach średnich		
Opolskie	68	72
Pomorskie	52	53
Podkarpackie	51	55
Warmińsko-mazurskie	48	51
Lubuskie	45	46
Łódzkie	44	42
Dolnośląskie	43	42
Małopolskie	43	44
Lubelskie	42	42
Mazowieckie	40	38
Województwa o wskaźnikach najniższych		
Świętokrzyskie	39	39
Śląskie	35	32
Zachodniopomorskie	24	24

* Standaryzowane wg płci, wieku i zamieszkania w mieście lub na wsi. Standard – ludność Polski ogółem

wskaźniki standaryzowane były wyższe niż rzeczywiste: podlaskie (84 v. 77) i podkarpackie (55 v. 51). Oznacza to, że gdyby struktura demograficzna populacji tych województw była taka jak w pozostałych, częstość hospitalizacji byłaby w nich wyższa (nie zmieniłoby to jednak istotnie ich rang w naszej analizie)*.

Pierwsza część tabl. 5 zawiera charakterystykę socjologiczno-zdrowotną województw. Dla pięciu miar (odsetek mieszkańców samotnie, odsetek osób w stanie wolnym, stopa bezrobocia, dwie miary ubóstwa) hipotetycznie zakładano, że im wyższe ich wartości, tym większe prawdopodobieństwo częstszej hospitalizacji. Jak wykazała analiza statystyczna, brak jest takiej prawidłowości – współczynniki korelacji rangowej Spearmana mają bardzo niskie wartości. W województwach o najwyższych wskaźnikach hospitalizacji miary te są na tym samym, a nawet czasem na niższym, poziomie jak na terenach o najniższej hospitalizacji. Ponadto, najwyższe wartości tych miar charakteryzują często tereny o średniej częstości hospitalizacji, jak np. warmińsko-mazurskie (najwyższa stopa bezrobocia i odsetek osób żyjących poniżej minimum socjalnego oraz egzystencji). Pozostałych pięć miar (samobójstwa, spożycie alkoholu, rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w poradniach i oddziałach dziennych, poziom inwalidztwa) również nie wykazuje związku z częstością hospitalizacji.

W drugiej części tabl. 5 zestawiono miary dostępności oraz funkcjonowania opieki psychiatrycznej oraz województwach. Najwyższa dostępność łóżek – 8 na 10 tys. – charakteryzuje województwo podlaskie, czyli jedno z trzech o największej częstości hospitalizacji, najmniejsza zaś zachodniopomorskie, gdzie

wskaźniki hospitalizacji są najniższe. Na pozostałych terenach dostępność łóżek psychiatrycznych jest dość mało zróżnicowana, dlatego też brak jest związku tej cechy z częstością hospitalizacji. Nie ma również związku między częstością hospitalizacji a dostępnością opieki ambulatoryjnej.

Kolejną grupę zmiennych niezależnych stanowią miary funkcjonowania opieki psychiatrycznej. Czas hospitalizacji jednego chorego w ciągu roku wynosił średnio w kraju 38 dni, od 32 do 46 dni w poszczególnych województwach. Zauważalna jest następująca tendencja – im mniejszy rozmiar hospitalizacji, tym dłuższy czas leczenia jednego chorego. Tendencję tę potwierdza analiza statystyczna – współczynnik korelacji Spearmana wynosi $-0,37$.

Hospitalizacja z powodu ogółu chorób i zaburzeń psychicznych kształtowała się w kraju na poziomie 468 (na 100 tys.), była najwyższa w lubuskim (709) i podlaskim (594), a najniższa w małopolskim (367), śląskim (388) i zachodniopomorskim (394). Wskaźnik hospitalizacji osób z zaburzeniami depresyjnymi nerwicowymi i adaptacyjnymi (F41.2 lub F43.2) wynosił średnio 21 na 100 tys., najwyższy był w wielkopolskim (51), a najniższy w kujawsko-pomorskim (13). Wskaźnik hospitalizacji osób ze schizofrenią kształtował się w skali kraju na poziomie 79, najwyższy był w podlaskim (121), lubuskim i świętokrzyskim (po 102), a najniższy w wielkopolskim (46). Jak wykazała analiza statystyczna, żadna z tych trzech zmiennych nie jest istotnie związana z częstością hospitalizacji zaburzeń afektywnych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie nasze wykazało, że najczęściej hospitalizowani są z powodu zaburzeń afektywnych mieszkańcy województwa wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego i podlaskiego (70 do 90 osób na 100 tys.). Najbardziej zaś leczą się w szpitalu osoby zamieszkałe w województwach: śląskim, świętokrzyskim

* Analiza różnic demograficznych między Polską a tymi województwami wykazała, że w podlaskim i podkarpackim były mniej liczne niektóre z tych podgrup populacji, które mają największe ryzyko hospitalizacji: osoby w wieku 45–54 lat, oraz mieszkańcy miast (w podlaskim 58,2%, w podkarpackim 41,2 versus 61,9 w skali kraju).

Tablica 5a. Charakterystyka województw – 2001

Województwo	Hospitalizacja z powodu zaburzeń afektywnych. Wskaźniki na 100 tys. ludności	Charakterystyka społeczno-zdrowotna										
		odsetek osób mieszkających samotnie (2002 r.)	odsetek osób w stanie cywilnym wolnym	stopa bezrobocia*	odsetek ludności żyjącej poniżej minimum socjalnego	odsetek ludności żyjącej poniżej minimum egzystencji	samo-bójstwa dokonane na 100 tys. ludności	spożycie alkoholu (osoby pijące codziennie lub kilka razy w tygodniu w wieku 15 lat i więcej, 1999 r.)	rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w PZP na 100 tys. ludności	rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w oddziałach dziennych na 100 tys. ludności	orzeczenia o inwalidztwie na 100 tys. ludności	
											2001	2002
POLSKA	57	9	42	21	57	10	15	10988	485	34	76	85
Województwa o wskaźnikach najwyższych												
Wielkopolskie	90	7	41	19	62	9	17	10386	346	17	115	131
Kujawsko-pomorskie	76	8	41	24	60	10	13	11567	615	29	114	142
Podlaskie	70	9	42	19	58	10	16	8552	352	31	41	44
Województwa o wskaźnikach średnich												
Dolnośląskie	65	10	43	26	58	12	17	11174	444	67	53	54
Opolskie	63	9	41	22	56	8	14	14039	356	27	26	29
Podkarpackie	62	6	41	21	65	12	14	8401	907	13	140	157
Pomorskie	57	8	42	22	56	12	14	13725	462	25	52	60
Mazowieckie	52	11	42	17	49	7	15	11100	444	55	37	41
Warmińsko-mazurskie	51	8	42	28	65	14	15	8668	263	11	67	74
Lubelskie	51	8	42	19	65	14	13	9425	655	9	110	115
Łódzkie	49	10	42	20	56	7	18	9732	386	27	68	71
Lubuskie	48	8	43	27	59	8	20	12204	393	26	87	92
Małopolskie	48	8	42	19	55	8	15	11102	753	49	122	129
Województwa o wskaźnikach najniższych												
Śląskie	48	10	40	21	51	7	14	12161	477	39	67	81
Świętokrzyskie	44	8	41	22	63	13	10	10016	369	25	60	70

* Udział osób bezrobotnych w liczbie ludności aktywnej zawodowo, rok 2002

Tablica 5b. Charakterystyka województw – 2001

Województwo	Hospitalizacja z powodu zaburzeń afektywnych. Wskaźniki na 100 tys. ludności	Dostępność opieki psychiatrycznej			Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej		
		łóżka ogólnopsychiatryczne na 10 tys. ludności	ludność w tys. na 1 etat lekarski w PZP	średni czas hospitalizacji 1 osoby z zaburzeniami afektywnymi w ciągu roku	hospitalizacja z powodu ogółu chorób i zaburzeń psychicznych. Wskaźniki na 100 tys. ludności	hospitalizacja osób z rozpoznaniem F41.2 lub F43.2. Wskaźniki na 100 tys. ludności	hospitalizacja osób z rozpoznaniem schizofrenii. Wskaźniki na 100 tys. ludności
POLSKA	57	5	49	38	468	21	79
Województwa o wskaźnikach najwyższych							
Wielkopolskie	90	4	74	34	477	51	46
Kujawsko-pomorskie	76	4	46	40	413	13	72
Podlaskie	70	8	43	38	594	26	121
Województwa o wskaźnikach średnich							
Dolnośląskie	65	5	40	38	539	20	88
Opolskie	63	6	74	32	561	31	89
Podkarpackie	62	5	52	33	389	12	77
Pomorskie	57	5	55	40	447	17	89
Mazowieckie	52	5	50	38	473	19	83
Warmińsko-mazurskie	51	5	56	43	539	17	86
Lubelskie	51	7	49	39	460	17	78
Łódzkie	49	5	45	41	489	12	76
Lubuskie	48	5	77	40	709	31	102
Małopolskie	48	4	35	34	367	21	60
Województwa o wskaźnikach najniższych							
Śląskie	48	6	47	37	388	15	67
Świętokrzyskie	44	7	53	46	498	18	102
Zachodniopomorskie	32	3	58	39	394	20	89

i zachodniopomorskim – ich częstość hospitalizacji jest prawie o połowę niższa (od 32 do 48). Warto zauważyć, że prawidłowość ta charakteryzowała niektóre z tych terenów już przed wieloma laty, w roku 1984. Wówczas najwyższe wskaźniki przyjęć z powodu chorób afektywnych (nie było jeszcze wtedy grupy diagnostycznej: zaburzenia afektywne) stwierdzano w województwie poznańskim (wskaźnik przyjęć 45 na 100 tys.), stanowiącym główną część obecnego wielkopolskiego, oraz białostockim (wskaźnik 44), stanowiącym trzon obecnego podlaskiego. Z kolei najniższe wskaźniki charakteryzowały województwo koszalińskie (wskaźnik 10) i szczebińskie (wskaźnik 12), czyli obecne zachodniopomorskie [13].

Próba powiązania rozmiarów hospitalizacji z charakterystyką społeczno-zdrowotną województw nie powiodła się – żadna bowiem z dziesięciu uwzględnionych zmiennych niezależnych nie była związana z częstością hospitalizacji.

W naszych badaniach stwierdziłyśmy słabą korelację ujemną między liczbą hospitalizowanych i czasem ich leczenia w ciągu roku. Może to oznaczać, że rozmiar hospitalizacji częściowo zależy od dominujących na danym terenie postaw wobec optymalnego czasu trwania jednego pobytu w szpitalu. Tam gdzie dominuje tendencja krótszych hospitalizacji część pacjentów może szybciej trafiać ponownie do szpitala (a zatem będzie więcej leczonych w kolejnych latach), niż na terenach, gdzie preferowane są długie hospitalizacje.

Pozostałe miary funkcjonowania i dostępności opieki psychiatrycznej (rozmiar hospitalizacji ogółem, hospitalizacji zaburzeń depresyjnych nerwicowych i adaptacyjnych oraz hospitalizacji schizofrenii) nie są istotnie związane z częstością leczenia szpitalnego osób z zaburzeniami afektywnymi. Warto jednak zauważyć, że ogólny brak związku tych zmiennych nie wyklucza, że mają one istotny wpływ na niektórych terenach. Tak np. wydaje się prawdopodobne, że dostępność łóżek psychiatrycznych jest jednym z istotnych czynników modyfikujących częstość

hospitalizacji przynajmniej w dwu województwach: podlaskim i zachodniopomorskim. Województwo podlaskie ma najwyższą w kraju dostępność łóżek (8, a średnio w kraju 5), a zarazem jeden z najwyższych wskaźników hospitalizacji zaburzeń afektywnych, najwyższy w Polsce wskaźnik hospitalizacji schizofrenii (121) i drugi co do wielkości w kraju wskaźnik hospitalizacji ogółu zaburzeń psychicznych. Z kolei w zachodniopomorskim dostępność łóżek jest najniższa, a zarazem najniższe są wskaźniki hospitalizacji zaburzeń afektywnych oraz, jedne z najniższych, wskaźniki hospitalizacji wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi.

Podobnie preferencje diagnostyczne, które w skali kraju nie korelują z częstością hospitalizacji zaburzeń afektywnych, zapewne grają istotną rolę w województwie wielkopolskim. Województwo to ma najwyższe w Polsce wskaźniki hospitalizacji zaburzeń afektywnych (90 v. 57 średnio w Polsce), a w tym dystymii (13-krotnie wyższe od średniej) oraz najwyższe w kraju wskaźniki hospitalizacji zaburzeń depresyjnych nerwicowych i adaptacyjnych (51 v. 21). Zarazem w tym województwie najniższe są wskaźniki leczenia szpitalnego schizofrenii (46 v. 79). Być może na tym terenie preferowane są rozpoznania zaburzeń nastroju kosztem np. schizofrenii.

Oczywiście powstaje pytanie, dlaczego brak jest związku między większością uwzględnionych w badaniu zmiennych a rozmiarem hospitalizacji. W niektórych przypadkach odpowiedź jest banalnie prosta – homogeniczność województw. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku struktury demograficznej wg płci, wieku i miejsca zamieszkania oraz trzech czynników, powszechnie uważanych za istotnie warunkujące częstość hospitalizacji: odsetek osób mieszkających samotnie, odsetek osób w stanie wolnym oraz dostępność łóżek psychiatrycznych. Z kolei niektóre z naszych miar były za mało specyficzne lub czułe. Tak np. bardziej adekwatne niż rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w PZP w całej populacji byłyby te same miary dla wybranej podgrupy wieku od 45 do

54 lat, w której choroby te są najczęstsze. Podobnie, charakterystyka psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej koncentruje się głównie na dostępności opieki i nie uwzględnia jej jakości, która często może być istotniejszym od dostępności czynnikiem. Wiadomo bowiem, że u wielu chorych, zwłaszcza z chorobą afektywną dwubiegunową i depresją nawracającą, sukces terapii zależy od prawidłowego jej monitorowania, np. przy odpowiednio kontrolowanej terapii litem. Uzyskanie takich danych wymagałoby jednak specjalnie zaprojektowanych badań. Inną przyczyną braku korelacji z wybranymi czynnikami może być fakt, że w Polsce niektóre z nich nie mają takiego wpływu jak na Zachodzie. Do takiej refleksji skłania m.in. jeden z wyników badania Czapińskiego w populacji polskiej – stan finansów warunkuje dobrostan psychiczny, zwłaszcza poczucie szczęścia, ale nie ma wpływu na natężenie depresji [5].

Kolejną kwestią jest zakres czynników, które mogą modyfikować częstość hospitalizacji. W naszych badaniach uwzględniliśmy łatwo mierzalne i dostępne zmienne. Stanowią one jednak małą tylko część całego spektrum czynników, które mogą mieć istotny wpływ na częstość hospitalizacji. Warto w tym miejscu przywołać opracowany przez Goldberga i Huxleya model rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i jego uwarunkowań. Autorzy wyodrębniają pięć poziomów rozpowszechnienia: populacja generalna; osoby leczone u lekarzy pierwszego kontaktu; osoby z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi, leczone u tych lekarzy; pacjenci ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej; pacjenci hospitalizowani (14). Na każdym poziomie działa wiele czynników selekcji (określonych przez autorów jako filtry), warunkujących przejście do następnego poziomu. Tak na przykład przejście z opieki lekarza ogólnego (poziom 2 lub 3) do psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej (poziom 4) zależy nie tylko od stopnia i rodzaju zaburzeń pacjenta ale też od takich czynników, jak: cechy prowadzącego lekarza pierwszego kontaktu (osobowość, postawy, wy-

szkolenie w psychiatrii, zaufanie do własnych umiejętności w zakresie psychiatrii i do placówek psychiatrycznych itp.) oraz postawy pacjenta i jego rodziny. Wszystkie te czynniki mogą powodować znaczne zróżnicowanie poziomu objawów chorych skierowanych do PZP – na niektórych terenach będą to np. głównie pacjenci z szybko rozpoznaną, a zatem łatwiejszą w leczeniu depresją, podczas gdy gdzie indziej będzie wielu chorych z tak nasilonymi objawami, że wymagają pilnego skierowania do szpitala. Kompetencje lekarzy opieki podstawowej w radzeniu sobie z zaburzeniami afektywnymi są zatem istotnym czynnikiem modyfikującym rozmiar hospitalizacji cierpiących na nie pacjentów. Niewiele jednak w Polsce wiemy o tego typu kompetencjach lekarzy [14]. Uwzględnienie tych czynników (zwłaszcza w ujęciu terytorialnym), jak też wielu innych społeczno-kulturowych czynników wpływających „po drodze” na częstość hospitalizacji (takich jak: postawy pacjentów i ich rodzin, zakres wsparcia społecznego pacjentów, radzenie sobie rodzin z obciążeniem obecnością ciężko chorego w domu) wymagałoby specjalnie zaprojektowanych badań terenowych.

WNIOSKI

1. Częstość hospitalizacji jest bardzo zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najczęściej leczą się w szpitalu mieszkańcy wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego i podlaskiego (90, 76 i 70 leczonych na 100 tys. ludności), a prawie dwukrotnie niższe wskaźniki charakteryzują województwo śląskie, świętokrzyskie i zachodniopomorskie.
2. Zróżnicowanie terytorialne dotyczy przede wszystkim częstości hospitalizacji osób z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi oraz epizodami depresyjnymi.
3. Zróżnicowanie częstości hospitalizacji jest najbardziej wyraźne u osób w wieku 20–44 lat, u kobiet oraz u mieszkańców miast.

4. Badanie wykazało, że terytorialne różnice hospitalizacji nie są uwarunkowane różnicami struktury demograficznej populacji województw. Nie zależą również od uwzględnionych w badaniu 10 czynników społeczno-zdrowotnych (takich jak: stopa bezrobocia, ubóstwo, rozpowszechnienie inwalidztwa z powodu chorób afektywnych).
5. Stwierdzono słaby związek między rozmiarem hospitalizacji a czasem leczenia w ciągu roku – im krótszy czas tym więcej leczonych. Pozostałe uwzględnione w badaniu zmienne funkcjonowania i dostępności nie wykazują w skali kraju związku z częstością hospitalizacji. W dwu jednak województwach (podlaskie i zachodniopomorskie) ważnym czynnikiem warunkującym częstość hospitalizacji jest prawdopodobnie dostępność łóżek psychiatrycznych, a w województwie wielkopolskim najwyższa w kraju częstość hospitalizacji zaburzeń afektywnych wydaje się częściowo uwarunkowana preferencjami diagnostycznymi lekarzy pracujących na tym terenie.
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. Czapiński J. Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego Polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka. W: Czabała Cz, red. *Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000: 231–323.
6. Carstairs V. Multiple deprivation and health state. *Comm Med* 1981; 3: 4–13.
7. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 343–415.
8. 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.
9. Pużyński S. Epidemiologia depresji. W: Pużyński S, red. *Depresje*. Warszawa: PZWL; 1988: 50–64.
10. Słupczyńska-Kossobudzka E, Dziduszko T. Epidemiologia zaburzeń psychicznych. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*. Tom 3. Warszawa: PZWL; 1989: 342–60.
11. Wciórka J. Schizofrenia. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 213–98.
12. Wciórka J. Zaburzenia schizofreniczne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 307–10.
13. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik statystyczny* 1984. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1985.
14. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications London and New York; 1980.

PIŚMIENNICTWO

1. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Roczniki statystyczne* 2000, 2001, 2002. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001, 2002, 2003.
2. Shapiro S, Skinner E, Kessler, i wsp. Utilisation of health and mental health services in three ECA sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 971–8.
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.

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