

Terytorialne zróżnicowanie rozpowszechnienia hospitalizacji schizofrenii w latach 1990-1993: próba poszukiwania czynników warunkujących różnice

Territorial differentiation of schizophrenic patients' hospitalization prevalence in the years 1990-1993: an attempt to seek determinants of the differences

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA, ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Schizofrenia jest jedną z niewielu chorób, których rzeczywiste rozpowszechnienie jest podobne we wszystkich krajach. W niniejszej pracy podjęto próbę sprawdzenia jakie czynniki powodują zróżnicowanie terytorialne hospitalizacji psychoz schizofrenicznych, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności opieki stacjonarnej. Analizom postużył addytywny, czteroletni wskaźnik hospitalizacji, którego rozkład - dla poszczególnych 416 jednostek terytorialnych przyjętych do porównań (ZOZ) - przyjął wartości od 7,3 do 0,6. Przy stosunkowo dużym zróżnicowaniu wartości brzegowych wskaźnika (12 ZOZ o wyraźnie wysokich i 15 ZOZ reprezentujących niskie wskaźniki), całość rozkładu charakteryzują niewielkie różnice. We wszystkich analizach zauważono jednak te same tendencje - im lepsza dostępność opieki psychiatrycznej, tym wyższy wskaźnik. Czynnikiem interferującym w kształt zjawiska jest poziom urbanizacji. Oddziały dzienne, funkcjonujące częściej w obszarach wielkomiejskich nie wydają się stanowić alternatywy leczenia szpitalnego, są raczej jego kontynuacją.

SUMMARY. Schizophrenia is one of the few diseases showing similar prevalence rates in various countries. In the study an attempt was made to find out factors that result in territorial differentiation in the hospitalization of patients with schizophrenic psychoses, with an emphasis on the inpatient care accessibility. In the analyses an additive, four-year hospitalization index was used. Its distribution for the 416 territorial units (ZOZ) selected for comparisons ranged from 7,3 to 0,6. While the marginal values of the hospitalization index differed markedly (there were 12 ZOZs with definitely high hospitalization rates and 15 ZOZs representing low hospitalization levels), the distribution as a whole was characterized by small differences. In all the analyses the same tendency was found: the easier accessibility of psychiatric care, the higher the hospitalization index. Urbanization level turned out to be a factor interfering with the shape of the phenomenon. Day hospitals, functioning more often in large cities, do not seem to be an alternative to hospital treatment, but rather its continuation.

Słowa kluczowe: schizofrenia / zróżnicowanie terytorialne / dostępność hospitalizacji

Key words: schizophrenia / territorial differentiation / hospitalization accessibility

Schizofrenia jest jedną z nielicznych chorób, których rzeczywiste rozpowszechnienie jest we wszystkich krajach podobne [2,3]. Celem niniejszej pracy było ustalenie czy natężenie hospitalizacji psychoz schizofrenicznych

jest cechą populacji równomiernie rozlokowaną terytorialnie, czy też zróżnicowaną ze względu na terytorium oraz sprawdzenie, które z dostępnych, poddanych analizom czynników mogą te różnice implikować.

ANALIZOWANY MATERIAŁ I METODA

Rozpowszechnienie hospitalizacji schizofrenii zoperacjonalizowano (tak jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych) poprzez wskaźnik, którego wartość wyrażona jest liczbą osób hospitalizowanych z takim rozpoznaniem w przeliczeniu na 1000 mieszkańców terytorium poszczególnych gmin (według stanu ludności z dnia 31 grudnia 1993). Jest to wskaźnik addytywny (czteroletni), obejmujący 91.462 osoby, które w okresie od 1990 do 1993 roku poddane były leczeniu szpitalnemu. Wszystkie te osoby scharakteryzowano standardowymi danymi statystycznymi, informującymi o rozpoznaniu z ostatniej hospitalizacji i podstawowych cechach socjodemograficznych.

Podstawowymi jednostkami terytorialnymi przyjętymi do porównań są obszary zespołów opieki zdrowotnej (ZOZ). W analizach różnic zachodzących między ZOZ wykorzystano następujące dane: (1) wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji schizofrenii dla ogółu populacji oraz ludności miejskiej i wiejskiej; (2) wskaźnik łóżek psychiatrycznych w województwie (liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców); (3) obecność na terenie ZOZ stacjonarnej placówki psychiatrycznej; (4) funkcjonowanie na terenie ZOZ oddziałów dziennych; (5) odsetek ludności miejskiej w poszczególnych ZOZ; (6) odsetki ludności w czterech grupach wiekowych (poniżej 19 r.ż., między 20 a 29 r.ż., 30 a 64 r.ż. i powyżej 65 r.ż.); (7) informacje o działaniu poradni zdrowia psychicznego na terenie wybranych ZOZ; (8) informacje o tzw. transportach, czyli miejscach, do których w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych wywożono liczne grupy pacjentów psychiatrycznych z centralnej Polski.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W analizowanym przez nas okresie od 1990 do 1993 roku roczny wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji psychoz schizofrenicznych utrzymywał się w Polsce na prawie iden-

tycznym poziomie i wynosił odpowiednio: 113,9; 112,2; 112,9; 109,4 w rutynowym przeliczeniu na 100 tys. ludności [4].

Skumulowany, czteroletni wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji schizofrenii różnicuje zbiorowości 416 ZOZ. Wartości wskaźnika kształtują się od 7,3 do 0,6 (na 1000 mieszkańców poszczególnych ZOZ). Średnia wartość wskaźnika wynosi $\bar{x}=2,4$ dla wszystkich 416 ZOZ (przy odchyleniu standardowym $s=0,69$ i wariancji $s^2=0,47$).

Ponad połowę, bowiem 217 ZOZ (52,1%) charakteryzują wskaźniki rozpowszechnienia hospitalizacji mieszczące się w przedziale od 1,8 - 2,5 ich wartości, przy najczęściej występującym wskaźniku 2,2 (36 ZOZ). Natomiast, skrajne wartości wskaźników, zwłaszcza wysokie, wyróżnia w przeciwieństwie do całego rozkładu skokowa, większa rozpiętość międzywskaźnikowa i odnoszą się one do pojedynczych ZOZ. Skłoniło to do dokonania szczegółowego porównania ZOZ o najwyższych i najniższych wskaźnikach.

Rozpowszechnienie hospitalizacji a ludność wiejska i miejska. W analizowanym okresie czterech lat proporcja hospitalizowanych mieszkańców miast (64,9%) i wsi (33,7%) jest bardzo podobna do ogólnej struktury ludności miejskiej i wiejskiej w Polsce (odpowiednio 61,8% i 38,2%) z nieco mniejszym udziałem ludności wiejskiej w rozpowszechnieniu zjawiska.

Średnia wartość czteroletniego wskaźnika hospitalizacji dla ludności miejskiej wynosi $\bar{x}=2,5$ z maksymalną jego wartością 7,2 i minimalną 0,2 (przy odchyleniu standardowym $s=0,79$ i wariancji $s^2=0,62$) i jest tylko nieznacznie wyższa od średniej wartości wskaźnika dla ludności wiejskiej $\bar{x}=2,2$ z maksymalną wartością 16,0 i minimalną 0 (przy odchyleniu standardowym $s=1,01$ i wariancji $s^2=1,19$). W rozkładach wartości wskaźników rozpowszechnienia hospitalizacji, zarówno dla ludności miejskiej, jak i wiejskiej występuje taka sama prawidłowość jaką zaobserwowano u ogółu ludności - duże różnice w wartościach skrajnych rozkładu wskaźników

przy małej liczbie ZOZ charakteryzujących się nimi.

Przy bardzo zbliżonych wartościach średnich wskaźnika, zauważa się jedynie nieco większe zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia hospitalizacji wśród ludności wiejskiej niż miejskiej.

Rozpowszechnienie hospitalizacji a dostępność dziennych i stacjonarnych placówek psychiatrycznych. Dostępność określono kryterium dwustopniowym. Pierwszą, podstawową miarą jest usytuowanie na terenie ZOZ stacjonarnej placówki psychiatrycznej, drugą - funkcjonowanie oddziału dziennego w ZOZ. Zakładano przy tym, że obecność oddziałów dziennych, pełniących w wielu krajach rolę alternatywną wobec leczenia szpitalnego, powinna powodować zmniejszenie wskaźnika hospitalizacji [5].

Spośród 416 ZOZ, 111 ma własną placówkę stacjonarną. Średnia wartość wskaźnika rozpowszechnienia hospitalizacji w ZOZ z własną placówką wynosi $\bar{x}=2,7$ i jest wyższa od średniej dla 305 ZOZ, korzystających z placówek poza własnym terenem $\bar{x}=2,2$.

Prawidłowość ta występuje bez względu na miejski czy wiejski charakter ZOZ - obecność na obszarze ZOZ stacjonarnej placówki psy-

chiatrycznej jest czynnikiem różnicującym zjawisko rozpowszechnienia hospitalizacji zarówno wśród ludności miejskiej ($\bar{x}=2,7$ i $\bar{x}=2,2$) jak i wiejskiej ($\bar{x}=2,5$ i $\bar{x}=2,2$).

Skalę zjawiska niewątpliwie modyfikują czynniki wkomponowane w poziom urbanizacji, bowiem stopień wyposażenia określonych obszarów w placówki szpitalne wiąże się ściśle z ich strukturą ludności. Siła związku między wskaźnikiem hospitalizacji schizofrenii a odsetkiem ludności miejskiej na danym obszarze dla ogółu ZOZ wynosi $r=0,2014$ (wsp. korelacji Pearsona), przy $r=0,2545$ w ZOZ ze stacjonarną placówką psychiatryczną i prawie dziesięciokrotnie niższym związkiem w ZOZ bez takiej placówki na swoim terenie $r=0,0282$. ZOZ dużych miast o wysokim odsetku ludności miejskiej częściej reprezentują wyższe wskaźniki hospitalizacji schizofrenii niż mniejsze aglomeracje miejskie, ale też częściej mają własne placówki psychiatryczne (tablica 1).

Drugim, przyjętym do analiz kryterium dostępności było funkcjonowanie na obszarze ZOZ nie tylko placówki stacjonarnej, lecz również oddziału dziennego. Abstrahując od rezydualnie jeszcze działających zespołów leczenia domowego i środowiskowego (zale-

Tablica 1. Średnie wartości wskaźnika hospitalizacji schizofrenii i stopień zabezpieczenia w placówki stacjonarne w ZOZ o określonej strukturze ludności miejskiej i wiejskiej.

Liczba ZOZ o określonym % ludności miejskiej	Średnia wartość wskaźnika hospitalizacji schizofrenii	Liczba i odsetek ZOZ z własną placówką stacjonarną [stopień wyposażenia w placówki]
100% N=35	2,8	22 (62,8)
99% - 75% N=38	2,5	23 (60,5)
74% - 50% N=131	2,3	31 (23,7)
49% - 35% N=107	2,2	18 (16,8)
poniżej 35% N=105	2,3	14 (13,3)

dwie w 13 miastach, przy 16 placówkach), oddziały dzienne są jedyną, stosunkowo powszechnie występującą formą opieki pośredniej.

Kryterium dostępności, uwzględniające współwystępowanie dwu jej elementów, bardziej różnicuje ZOZ pod względem rozpowszechnienia hospitalizacji niż obecność na ich terenie samej tylko placówki stacjonarnej. Wśród ludności obszarów objętych jednocześnie działaniem obu rodzajów służb, zauważa się silniejszą tendencję do podejmowania hospitalizacji. W ZOZ, w których opieka stacjonarna wzmocniona jest o więcej niż 1 oddział dzienny, średnia wartość wskaźnika jest wyższa niż w ZOZ bez takiego oddziału, a zwłaszcza ZOZ pozbawionych również stacjonarnej opieki na swoim terenie (tablica 2). Sugeruje to, że oddziały dzienne jeszcze w niewielkim stopniu zastępują leczenie szpitalne, często są raczej jego kontynuacją.

Czynnikami interferującym w kształt zjawiska jest poziom urbanizacji obszarów objętych opieką, który okazał się elementem znaczącym już przy rozpatrywaniu pierwszego kryterium dostępności. Wśród 26 ZOZ, charakteryzujących się najlepszą dostępnością, 24 stanowiły ZOZ największych miast Polski. W tej katego-

rii ZOZ siła związku między wysokością wskaźnika hospitalizacji a odsetkiem ludności miejskiej wynosi $r=0,5160$, podczas gdy w ZOZ ze stacjonarną placówką, ale bez oddziału dziennego $r=0,1673$, a w ZOZ o najgorszej dostępności, bez placówki i bez oddziału $r=0,0237$.

Porównanie kategorii ZOZ o najwyższych i najniższych wskaźnikach. Charakterystyczna, skokowa rozpiętość wartości brzegowych rozkładu wskaźników hospitalizacji sugerowała, że ZOZ reprezentujące skrajne wartości wskaźników różnią się między sobą pod względem cech istotnych z punktu widzenia analizowanego zjawiska. Skłoniło to do zebrania dodatkowych informacji o poszczególnych ZOZ, charakteryzujących się najwyższymi i najniższymi wskaźnikami. Porównaniu poddano 12 ZOZ o wskaźnikach w przedziale wartości od 3.8 do 7.3 i 15 ZOZ o wskaźnikach przyjmujących wartość od 1.3 do 0.6 (tablica 3).

W kategorii ZOZ, reprezentujących najwyższe wskaźniki, znaczna większość (8 ZOZ) ma na swoim terenie stacjonarną placówkę psychiatryczną, a połowa dodatkowo oddziały dzienne. Również połowa stanowi element typowo miejskich, dużych aglomeracji ze

Tablica 2. Średnie wartości wskaźnika rozpowszechnienia hospitalizacji schizofrenii w poszczególnych kategoriach ZOZ, określonych dostępnością opieki całodobowej i dziennej

Rodzaj dostępności	Liczba ZOZ	Średnie wartości wskaźnika hospitalizacji
1. ZOZ ze stacjonarną placówką psychiatryczną i dwoma lub więcej oddziałami dziennymi	N=26	2,9
2. ZOZ ze stacjonarną placówką psychiatryczną i jednym oddziałem dziennym	N=20	2,7
3. ZOZ ze stacjonarną placówką psychiatryczną, ale bez oddziału dziennego	N=65	2,6
4. ZOZ bez stacjonarnej placówki psychiatrycznej, ale z oddziałem dziennym przy poradni	N=10	2,2
5. ZOZ bez stacjonarnej placówki psychiatrycznej i bez oddziału dziennego	N=295	2.2

znaczną przewagą ludności miejskiej. Jedna trzecia tych ZOZ - to dzielnice dużych miast, w których działają kliniki psychiatryczne, a szpitale są obszernymi, samodzielnymi organizacyjnie jednostkami psychiatrycznymi.

W kategorii ZOZ, reprezentujących najniższe wskaźniki nie ma żadnego o typowo miejskim charakterze, a w większości z nich przeważa ludność wiejska. Tylko jeden ZOZ ma na swoim terenie niewielką placówkę stacjonarną.

Między zbiorowościami porównywanych kategorii ZOZ nie zaobserwowano znaczących różnic w strukturze wieku ludności (tablica 3).

Poradnie zdrowia psychicznego funkcjonują w większości ZOZ obu kategorii. Informacje o ich możliwościach i zakresie działania uzyskano z danych zawartych w ankietach rozestanych w 1993 roku. Kwestionariusz opracowany był dla innych celów niż analizowane tutaj zagadnienia i zawierał szereg szczegółowych informacji dotyczących między innymi rejonizacji, struktury organizacyjnej, wyposażenia, stanu technicznego, metod terapii, procedury przesyłania epikryz etc. Do porównań przyjęto te dane, które wskazywać mogą na dostępność poradni, określoną zakresem ich działania (liczba godzin pracy i dni

Tablica 3. ZOZ wyodrębnione ze względu na reprezentowane najwyższe i najniższe wartości wskaźników - według nazwy ZOZ, województwa i wartości wskaźnika

Wartość wskaźnika	Nazwa ZOZ	Województwo
ZOZ o najwyższych wskaźnikach		
7,3	Bogatynia	jeleniogórskie
5,1	Głubczyce	opolskie
4,7	Włoszczowa	kieleckie
4,7	Szczecin	szczecińskie
4,5	Warszawa-Śródmieście	warszawskie
4,3	Otwock	warszawskie
4,2	Goleniów	szczecińskie
4,1	Wrocław-Stare Miasto	wrocławskie
4,0	Drezdenko	gorzowskie
3,9	Wrocław-Śródmieście	wrocławskie
3,8	Andrychów	bielskie
ZOZ o najniższych wskaźnikach		
1,3	Płońsk	ciechanowskie
1,3	Gostyń	leszczyńskie
1,3	Gorlice	nowosądeckie
1,3	Czechowice-Dziedzice	katowickie
1,3	Pszczyna	katowickie
1,2	Leszno	leszczyńskie
1,2	Nowy Targ	nowosądeckie
1,2	Knurów	katowickie
1,1	Rabka	nowosądeckie
1,1	Żnin	bydgoskie
1,1	Jelcz-Laskowice	wrocławskie
1,0	Turek	konińskie
1,0	Konin	konińskie
0,9	Kępno	kaliskie
0,6	Rydułtowy	katowickie

pracy w tygodniu, średnia czasu pracy tygodniowo, funkcjonowanie poradni w godzinach popołudniowych, możliwość zamawiania wizyt przez telefon, prowadzenie wizyt domowych, przyjmowanie bez skierowania, liczba personelu) oraz dostępność w sensie odległości od najbardziej oddalonych miejscowości, objętych rejonami poradni.

Jak można było przypuszczać, geograficzna dostępność poradni (podana w ankietach w km) jest wyraźnie funkcją wysokiego poziomu urbanizacji - jedynie w dzielnicach dużych miast poradnie ulokowane są tak blisko, że sytuacja ich mieszkańców jest niewspółmiernie dogodniejsza od zbiorowości wszystkich pozostałych ZOZ obu kategorii.

Czynniki, określające dostępność poprzez możliwości i zakres działania poradni również nie różnicują porównywanych kategorii ZOZ w stopniu dopuszczającym wnioskowanie o ich wpływie na wartość wskaźnika hospitalizacji. Chociaż poradnie ZOZ, reprezentujących wysokie wskaźniki hospitalizacji mają nieco lepszą obsadę, wyższą średnią tygodniowego czasu pracy personelu i nieco częściej prowadzone są w ramach ich działania wizyty domowe - nie są to różnice na tyle duże, aby wskazywały na wyraźnie lepszą lub gorszą dostępność.

Dane z literatury wskazują, że bliska lokalizacja stacjonarnej placówki psychiatrycznej może wpływać na wzrost tendencji do podejmowania leczenia w zbiorowości objętej jej działaniami (prawo Jarvisa) [6]. Sprawdzono zatem jak kształtują się odległości ZOZ od placówek stacjonarnych, które administracyjnie (zgodnie z rejonizacją), obejmują swoją opieką ich zbiorowości oraz jak odległe od obszarów tych ZOZ są najbliższe im położone placówki. Jak również, jakimi zasobami - pod względem liczby miejsc w psychiatrycznej opiece całodobowej - dysponują całe terytoria województw w których znajdują się poszczególne, analizowane ZOZ.

Okazuje się, że ZOZ na których terenie nie ma stacjonarnej placówki psychiatrycznej, a

mimo to charakteryzują się wysokimi wskaźnikami, należą do województw, w których wskaźniki te w ogóle są wysokie, a co ważniejsze, znajdują się w niewspółmiernie bliższej odległości do takich placówek niż większość ZOZ, reprezentujących niskie wskaźniki.

Geograficzne położenie poszczególnych ZOZ względem zarówno rejonowych, jak i najbliższych im placówek stacjonarnych oraz określenie rozmiaru całodobowego zaplecza psychiatrycznego województw, w których znajdują się ZOZ - obu porównywanych grup - w odniesieniu do ogólnego dla województwa wskaźnika hospitalizacji, pozwala na potwierdzenie wcześniej wykazanej prawidłowości o wpływie dostępności na rozmiar zjawiska - przy zastosowaniu nieco innej miary tej dostępności. W przeważającej większości województw, obejmujących obszary analizowanych ZOZ, niski wskaźnik łóżek psychiatrycznych współwystępuje z niskim wskaźnikiem hospitalizacji. Analogicznie kształtuje się sytuowanie ZOZ, reprezentujących wysokie wskaźniki. Znajdują się one głównie na obszarach, gdzie zarówno wskaźnik łóżek psychiatrycznych, jak i hospitalizacji schizofrenii jest stosunkowo wysoki. W kategorii ZOZ o wysokich wskaźnikach współwystępowanie tych dwu cech jest wyraźniejsze. ZOZ o wyjątkowo silnym natężeniu zjawiska są - poza nielicznymi wyjątkami - częścią obszarów o podwyższonym w ogóle wskaźniku hospitalizacji. Nadto, dostępność określona liczbą miejsc w całodobowej opiece stacjonarnej województwa odgrywa w tych zbiorowościach znaczącą rolę niż w grupie ZOZ reprezentujących niskie wskaźniki hospitalizacji.

W kategorii ZOZ o wysokich wskaźnikach siła związku między wskaźnikiem łóżek psychiatrycznych w województwie a rozpowszechnieniem hospitalizacji wynosi $r=0,2860$ zaś w kategorii niskich wskaźników $r=0,1794$, przy $r=0,2388$ dla całej zbiorowości). Świadczy to o silniejszym zakłócaniu tej zależności przez inne czynniki modyfikujące natężenie zjawiska w ZOZ o niskich wskaźnikach.

Przy poszukiwaniu przyczyn szczególnie silnego natężenia hospitalizacji w niektórych rejonach kraju nie wydaje się bezzasadne upatrywanie ich (przynajmniej części) w konsekwencjach polityki służb medycznych, prowadzonej przez prawie 10 lat. Dzięki zachowanym jeszcze (choć bardzo niekompletnym) dokumentom, udało się uzyskać informacje o tzw. transportach, w których, głównie w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, z nadmiernie przepełnionych szpitali centralnej Polski wywożono liczne grupy pacjentów do szpitali w zachodnich i południowych rejonach kraju. Brak odpowiedniego nadzoru tych działań i niedostateczna opieka psychiatryczna doprowadziły do pozostawiania części wywiezionych pacjentów w tamtejszych szpitalach lub osiedlania się na pobliskich obszarach. Z czasem tam też podobno byli meldowani.

Charakterystyczne jest, że najwyższy z możliwych wskaźników hospitalizacji - 7,3, reprezentuje ZOZ, na którego obszarze znajduje się szpital w Sieniawce, do którego wywieziono pacjentów w najpóźniejszym okresie, bowiem jeszcze w połowie lat sześćdziesiątych. Na terenie drugiego pod względem wysokości wskaźnika (5,1) ZOZ znajduje się szpital w Branicach, do którego również wywożono pacjentów. Dwa transporty skierowane zostały do Gorzowa i Obrzyca w województwie gorzowskim, na którego obszarze, niedaleko obu tych miejscowości położony jest ZOZ również reprezentujący kategorię ZOZ o najwyższych wskaźnikach.

Brak jakiegokolwiek dokumentacji, informującej o losach wywiezionych pacjentów i szcątkowe dane o całej akcji związanej z tzw. transportami, nie dają podstaw do generalizowania ich wpływu na wskaźnik hospitalizacji. Jednak, wyjątkowo wysokie wartości wskaźników właśnie na tych dwu obszarach, których szpitale przyjmowały przywożonych pacjentów w najpóźniejszym okresie prowadzenia akcji, nie pozwalają też wykluczyć tego wpływu.

Przedstawione w analizach prawidłowości mogą tylko częściowo wyjaśniać przyczyny

terytorialnych zróżnicowań hospitalizacji schizofrenii. Zmienne, które posłużyły do próby wyjaśniania przyczyn zjawiska, charakteryzują stan służb psychiatrycznych w najogólniejszym, najbardziej podstawowym zakresie i miarach.

Tendencje wskazujące na związek między stopniem wyposażenia w placówki stacjonarne a wielkością rozpowszechnienia hospitalizacji nie upoważniają do wnioskowania o skali rozpowszechnienia z samego faktu obecności takiej placówki.

Różnice, które pojawiły się między kategoriami ZOZ o określonych deficytynie stopniach dostępności, nie są na tyle wysokie - w odniesieniu do skrajnych wartości rozkładu wskaźnika hospitalizacji - aby pozwalały na jednoznaczne stwierdzenie zależności rozpowszechnienia zjawiska od poziomu dostępności.

O wpływie dostępności na rozmiar zjawiska hospitalizacji można wnioskować jedynie z obserwowanej w analizach prawidłowości, wyrażonej wzrostem wartości wskaźnika w miarę zaostrzenia kryterium dostępności oraz silniejszej zależności wysokości wskaźnika od poziomu urbanizacji w kategoriach ZOZ reprezentujących lepszą dostępność. Obie te cechy współwyznaczają skalę zjawiska. Wpływ ten nie ma charakteru bezwarunkowego, a zjawisko wyznacza zapewne szereg czynników, występujących we wzajemnym powiązaniu. Szpitalne placówki psychiatryczne różnią się pod względem jakości i rodzaju oferowanej opieki oraz sposobami oddziaływania na środowisko, co z kolei w dużym stopniu może być determinowane cechami środowiska, w którym są osadzone. Najlepiej zaopatrzone w stacjonarne placówki są duże aglomeracje miejskie, w których też częściej niż na innych obszarach rozwijają się alternatywne formy leczenia. Chociaż są one mało rozpowszechnione można przypuszczać, że w zbiorowościach dużych miast częściej niż w małych i wiejskich, występować będzie skłonność do zainteresowania oferowanymi usługami i korzystania z nich.

Z założenia, środowiskowe służby psychiatryczne powinny pełnić rolę alternatywną wobec leczenia szpitalnego. Jednakże, niewielki jeszcze w Polsce zasięg ich działania sprawia, że nieliczne i mało zróżnicowane formy opieki nie stanowią buforu, chroniącego pacjenta przed nie zawsze uzasadnioną hospitalizacją. Mogą natomiast pośrednio pełnić funkcję rozbudzania w świadomości społecznej możliwości bądź potrzeby korzystania z pomocy psychiatrycznej wcześniej lub częściej niż wymagałoby tego bezwzględne, medyczne zalecenie.

Zbiorowości obszarów wiejskich częściej niż ludność miejska pozbawione są dogodnych warunków, stwarzanych przez różne formy psychiatrycznej opieki, a przede wszystkim - przez bliskie usytuowanie placówek stacjonarnych. W kontekście wykazanego wpływu dostępności na rozpowszechnienie hospitalizacji, różnice te nie znajdują potwierdzenia w globalnych, bardzo podobnych wartościach wskaźników dla ludności miejskiej i wiejskiej. Jednakże, brak informacji o zawartej w tych wskaźnikach proporcji osób długotrwale leczonych (chroników), uniemożliwia stawianie jakichkolwiek hipotez o kształtowaniu się tej zależności. Można bowiem przypuszczać, że w globalnym dla ludności wiejskiej wskaźniku znajduje się wyższy odsetek osób dłużej przebywających w szpitalach, bądź wręcz pozostawianych tam przez rodziny, co uzasadniałyby względy kulturowe.

Przy poszukiwaniu w działaniach instytucji psychiatrycznych czynników, determinujących rozpowszechnienie hospitalizacji trudno wykluczyć, że placówki psychiatryczne poprzez różnice w preferowaniu pewnych nurtów teoretycznych i szkół diagnostycznych same w jakimś stopniu regulować mogą skalę rozpowszechnienia - rejestrowanych w rejonie ich działania - określonych typów zaburzeń (np. jako skutek zorientowania na rozpoznawanie psychoz afektywnych bądź schizofrenicznych).

Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji schizofrenii jest jedynie instytucjonalnym

przejawem znacznie szerszego zagadnienia, którego przyczyny uwikłane są w szereg uwarunkowań pozamedycznych.

Wnioskując o wpływie instytucji psychiatrycznych na różnice w natężeniu hospitalizacji schizofrenii nieodzowne wydaje się relatywizowanie postrzegania roli tych instytucji do obszerniejszego spektrum społecznych uwarunkowań. Agendy opieki psychiatrycznej, poprzez które dokonuje się instytucjonalne ujawnienie zjawiska, chociaż jako jedyne umożliwiają jego pomiar, są z punktu widzenia rozpowszechnienia hospitalizacji tylko jego wtórnym przejawem bądź stymulatorem.

WNIOSKI

1. Czteroletni wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji schizofrenii kształtuje się w przedziale wartości od 7,3 do 0,6.
2. 52.1% ZOZ charakteryzują wskaźniki od 1,8 do 2,5. 12 ZOZ reprezentują skrajnie wysokie wartości wskaźników - od 7,3 do 3,8, 15 ZOZ skrajnie niskie - od 1,3 do 0,6.
3. Różnice rozpowszechnienia hospitalizacji ujawniają się niewielkim oscylowaniem wartości wskaźnika przy zaobserwowanych tendencjach świadczących o ich warunkowaniu przez dostępność opieki stacjonarnej.
4. Opieka dzienna nie stanowi istotnej alternatywy hospitalizacji.
5. Dostępność poradni zdrowia psychicznego nie wpływa na zróżnicowanie rozpowszechnienia hospitalizacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Wierzbicki S., Ignaczak M., Pietrzykowska B., Boguszewska L.: Rozpowszechnienie chorób i zaburzeń psychicznych w Polsce. Terytorialne zróżnicowanie hospitalizacji. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1994.
2. Słupczyńska-Kossobudzka E., Dziduszko T.: Epidemiologia zaburzeń psychicznych. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Puzyński S. (red.): Psychiatria, t. III. PZWL, Warszawa 1989, 342-360.
3. Myers J.K., Weissman M.M., Tischler G.L., Holzer C.E., Orvaschel H., Anthony J.C., Boyd J.H., Burke J.D., Jr. Kramer M., Stoltzman R.: Six-Month Preve-

- lance of Psychiatric Disorders in Three Communities. Arch. Gen. Psychiatry 1984, Oct., 41/10, 959-967.
4. Roczniki Statystyczne - Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej. cz. Chorzy leczeni w psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych (wg rozpoznania). Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 1990; 1991; 1992; 1993.
 5. Koniczyńska Z.: Oddziały dzienne jako alternatywa hospitalizacji dla różnych grup chorych psychicznie. Post. Psychiat. i Neurol. 1994, 3, 97-108.
 6. Słupczyńska E.: Wpływ odległości miejsca zamieszkania od szpitala na częstość przyjęć chorych do szpitali psychiatrycznych. Psychiatr. Pol. 1975, 3, 255-262.

*Adres: Mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*