

Drogi pacjentów do instytucji psychiatrycznej. I: Obszar badawczy „Ząbkowice”

Pathways to psychiatric care. I: Ząbkowice epidemiological catchment area

Tomasz P a w ł o w s k i, Andrzej K i e j n a

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Aim: The aim of this study was to characterise pathways to psychiatric care in the Ząbkowice epidemiological catchment area.

Method: In the period of two months between 1st February 2001 and 31st March 2001 all patients age 15 and over who applied to the Psychiatric Service in the Ząbkowice catchment area, were assessed by psychiatrists for their eligibility to enter the study. Those who had fulfilled the entry criteria were interviewed using a Polish version of WHO's encounter form (EF) by the mental health professionals during their initial interview.

Results: A total of 123 patients were seen. 43% of the patients in our sample contacted their general practitioner first compared with 20 % of those who first saw hospital doctors & medical specialists and 24 % who came direct.

Conclusions: The study reveals that the median interval while receiving care was 14 weeks which is much longer than in all the European centres in previous studies (<5 weeks). We didn't find any coincidence between the total interval since the onset of symptoms to arrival at the Psychiatric Service and the duration of the patients' journey.

Słowa klucze: „droga do psychiatrii”, epidemiologia zaburzeń psychicznych

Key words: “pathway to psychiatric care”, psychiatric epidemiology

Wstęp

W 1988 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wdrożyła 4-letni program, którego założeniem była poprawa dostępności opieki psychiatrycznej w społeczeństwie. Pierwszym etapem tego programu było zbadanie drogi do psychiatrii osób z zaburzeniami psychicznymi w różnych krajach. Jego celem było zweryfikowanie modelu „drogi do psychiatrii” zaproponowanego przez Goldberga i Huxleya [1], któ-

rzy zakładali, iż duża liczba pacjentów trafia do psychiatrii po konsultacji u lekarza rodzinnego. Założenie takie oparte było na danych z piśmiennictwa [2, 3] z których wynikało, iż około 70% pacjentów ambulatoryjnych jest bezpośrednio kierowanych do psychiatrii przez lekarzy pierwszego kontaktu.

Badanie to przeprowadzono w 11 ośrodkach na czterech kontynentach [4], w tym w Wielkiej Brytanii, Czechosłowacji, Hiszpanii i Portugalii. W Europie pierwszą „instytucją”, do której 66% do 81% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zwracało się o pomoc, byli lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Wyniki tych badań wskazywały, iż poprawa dostępności i jakości opieki psychiatrycznej może nastąpić poprzez lepsze przygotowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie tej problematyki.

W Polsce nie przeprowadzono dotychczas podobnych badań, chociaż od kilku lat rozwija się „instytucja” lekarza rodzinnego. Autorzy postanowili przeanalizować drogę do psychiatrii na dwóch obszarach administracyjno-leczniczych na terenie Dolnego Śląska. W artykule przedstawiono wstępne wyniki badania przeprowadzonego na obszarze badawczym „Ząbkowice”.

Badani

Do badania wstępnie zakwalifikowano wszystkie osoby w wieku powyżej 15 lat, które w ciągu dwóch miesięcy, pomiędzy 1 lutego a 31 marca 2001 roku, zgłosiły się do „instytucji psychiatrycznej”. Przez „instytucję psychiatryczną” (INP) rozumiano psychiatrę lub psychologa, praktykujących w ramach kontraktu z kasą chorych, a więc oferujących swoją pomoc bezpłatnie. Kryteria włączenia do badania spełniały osoby zamieszkujące na terenie obszaru badawczego „Ząbkowice”, które w okresie pomiędzy 1.02.00 a 1.02.01 (1 rok przed datą rozpoczęcia badania) nie korzystały z pomocy psychiatrii lub psychologa.

Biorąc pod uwagę kontakt z psychiatrą lub psychologiem w przeszłości, wyróżniono dwie grupy pacjentów. Pierwsza grupa, obejmująca większość badanych, to osoby, które po raz pierwszy w życiu trafiły do psychiatrii lub psychologa. Do drugiej grupy należeli pacjenci, którzy w przeszłości zgłosili się do psychiatrii/psychologa w związku z objawami zaburzeń psychicznych i uzyskali odpowiednią pomoc. Obecna wizyta w INP związana była z innymi zaburzeniami niż te, z powodu których trafili do psychiatrii lub psychologa w przeszłości.

Obszar badawczy „Ząbkowice” pokrywał się z jednostką podziału administracyjnego, jaką jest powiat ząbkowicki. Oddalony jest on około 70 km od Wrocławia w kierunku południowo-zachodnim. W dniu 31.12.2000 roku na jego terenie zamieszkiwało 59 674 osoby w wieku powyżej 15 r. ż. [5] z niewielką przewagą kobiet w stosunku do mężczyzn (wskaźnik K:M wynosił 1,07). Około 55% ludności powiatu ząbkowickiego mieszka na wsi. Obszar ten charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem bezrobocia. Na dzień 1.03.2001 liczba bezrobotnych na tym terenie wynosiła 8991 osób (wskaźnik 20,6%). Bezpłatną pomoc psychiatryczno-psychologiczną dla ludności powiatu można było uzyskać w następujących instytucjach:

- Poradnia Zdrowia Psychicznego (PZP) w Ząbkowicach
- Poradnia Zdrowia Psychicznego w Ziębicach
- Szpital Psychiatryczny (SzP) w Stroniu Śląskim

Metoda

Przebadano wszystkie osoby w wieku powyżej 15 lat, które zgłosiły się z problemami zdrowotnymi do PZP w Ziębicach i Ząbkowicach, oraz do izby przyjęć SzP w Stroniu Śląskim pomiędzy 1.02.01 a 31.03.01. Od tych osób, które spełniały kryteria włączenia do badania oraz wyraziły pisemną zgodę na udział w nim, zebrano wywiad za pomocą polskiej wersji kwestionariusza opracowanego przez WHO. Odnotowywano w nim nazwę instytucji, powód skierowania, główne objawy zgłaszane przez pacjenta, czas trwania dolegliwości oraz rozpoznanie wg ICD-10. Pytano także o sposób leczenia na poszczególnych etapach „drogi” oraz o podstawowe dane demograficzne, takie jak: płeć, wiek, status społeczny, stan cywilny. Nakreślone dla poszczególnych pacjentów „drogi”, rozpoczynające się w momencie wystąpienia objawów i trwające do momentu znalezienia się w „instytucji psychiatrycznej”, zostały opracowane w postaci diagramu. Pozwoliło to na wyodrębnienie osób lub instytucji, najczęściej zaangażowanych w procesie udzielania pomocy. Na diagramie zaznaczono także średni czas, jaki był potrzebny „na przejście” pomiędzy instytucjami. Analizowano także czas, jaki upłynął od wystąpienia objawów do zgłoszenia się do pierwszej instytucji oraz od wizyty w pierwszej instytucji do wizyty u psychiatry/psychologa. Następnie czasy porównywano, uwzględniając w analizie zarówno występujące objawy, jak i rozpoznania kliniczne. Analiza statystyczna „czasów” w różnych grupach została przeprowadzona za pomocą testów nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Zależność liniową pomiędzy:

- medianą czasu od wizyty w pierwszej „instytucji” do wizyty w INP
- czasem poświęconym na dojście/dojazd pacjenta do psychiatry/psychologa

oceniano na podstawie współczynnika korelacji Spermmana.

Związki pomiędzy różnymi cechami demograficznymi badano za pomocą testu niezależności χ^2 oraz testu Fishera. Analizę statystyczną wykonano z wykorzystaniem pakietu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, wersja 10.1.4. Licencja nr 7487835) [6].

Wyniki

Kryteria włączenia do badania spełniły 123 osoby, w tym 78 kobiet i 45 mężczyzn. Kompletne kwestionariusze wypełniono dla 97 osób, natomiast w 26 przypadkach brakowało pojedynczych danych charakteryzujących instytucje, z którymi pacjent miał kontakt przed wizytą u psychiatry.

Średni wiek pacjentów wynosił 44 lata (zakres 15–89 lat). W przeszłości kontakt z psychiatrą lub psychologiem miało 21% osób. W tabeli 1 przedstawiono szczegółową charakterystykę socjodemograficzną badanych osób.

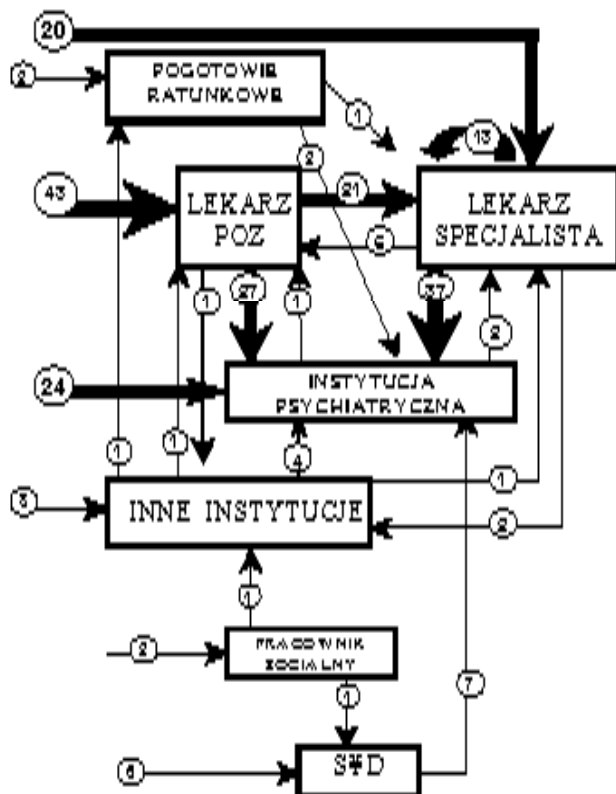
Charakterystyka socjodemograficzna osób włączonych do badania na obszarze badawczym „Ząbkowice”

Ząbkowice	
Liczba osób	83
Średni wiek (w latach)	44
Mężczyźni	31 %
Stan cywilny	
Uwolniony	23 %
Uzależniony małżeńskim	53 %
Rozdzielony	6 %
Udowolniony	1 %
Przeszło opiekę lekarską	21 %

Diagram drogi do instytucji psychiatrycznej

Dla 89% pacjentów pierwszą „instytucją” na drodze do INP był lekarz (rysunek 1). W 43% byli to lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w 20% lekarze specjaliści (lekarze ze specjalizacją, praktykujący w ambulatorium lub szpitalu) i w 2% lekarze pogotowia ratunkowego. Bezpośrednio do „instytucji psychiatrycznej” zgłosiło się 24% badanych. Dla 6% pierwszą „instytucją” był sąd. Były to osoby uzależnione od alkoholu skierowane do PZP w celu podjęcia leczenia odwykowego. Inne „instytucje” wybrało 3% badanych, tj. po jednej osobie policję, księdza oraz ośrodek akupunktury. Dwie kluczowe „instytucje”, które udzielały pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, to lekarze POZ i lekarze specjaliści. Większość badanych (64%) trafiła do INP po wizycie w tych dwóch „instytucjach”. Tylko dla 11% badanych wizyta w „instytucji niemedycznej” poprzedzała zgłoszenie się do psychiatrii.

Rysunek 1 przedstawia instytucje najczęściej uczestniczące w „drodze do psychiatrii”. Należy jednak zaznaczyć, że tylko 43% badanych odwiedziło jedną instytucję, pozostałe osoby odwiedzały od dwóch do pięciu instytucji (dwie – 18%, trzy – 9%, cztery – 5% i pięć – 1%). Trzeba także podkreślić, iż strzałki obrazujące przemieszczanie się osób pomiędzy instytucjami wcale nie świadczą, iż decyzja o skierowaniu została podjęta przez instytucję. Dalsze „przejście” mogło być związane z uzyskaniem nieadekwatnej pomocy, np. utrzymywaniem się jeszcze objawów chorobowych. Tylko w połowie przypadków (50%) decyzja o dalszej drodze została podjęta na podstawie sugestii instytucji, natomiast w 30% zdecydowała o tym rodzina, a w 20% sam pacjent.

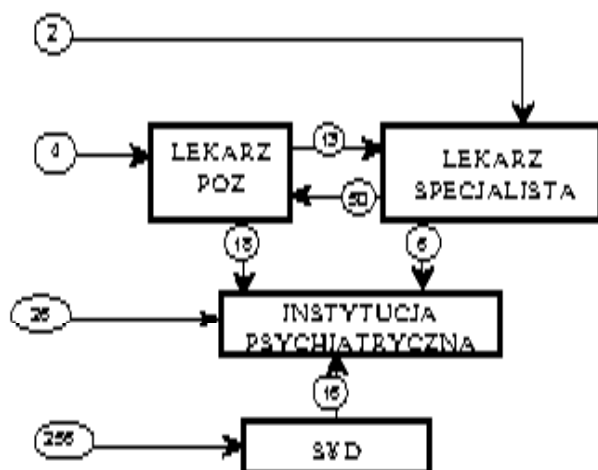


Rys. 1 Droga do „instytucji psychiatrycznej” wyznaczona dla 97 osób na obszarze badawczym „Ząbkowice”. Liczby w kółkach oznaczają % udział osób na każdym etapie drogi.

Analiza czasu jako zmiennej

Rozkład zmiennej czasowej od wystąpienia dolegliwości do wizyty u psychiatry/psychologa rozciąga się od poniżej 1 tygodnia do 20 lat, średnia wynosi 128 tygodni, a mediana 40 tygodni, przy skośności równej 2,3 i kurtozie wynoszącej 6,9. Ponieważ rozkład czasów nie jest rozkładem symetrycznym, wybraliśmy medianę jako miarę tendencji centralnej. Mediana czasu pomiędzy pojawieniem się objawów a zgłoszeniem się do pierwszej „instytucji” wyniosła 4 tygodnie, natomiast pomiędzy wizytą w pierwszej „instytucji” a wizytą w INP – 14 tygodni.

Na rysunku 2 przedstawiono medianę czasów na każdym etapie drogi. Najkrótszy czas (mediana 2 tygodnie) od wystąpienia objawów do kontaktu z „instytucją” odnosił się do osób, które zgłosiły się do lekarzy specjalistów, natomiast najdłuższy (mediana 256 tygodni) dotyczył instytucji sądowych. Należy zwrócić uwagę, że czas pomiędzy zgłoszeniem się do lekarza POZ a wizytą u psychiatry/psychologa był relatywnie długi i wynosił średnio 18 tygodni.



Rys. 2. Mediana czasów (w tygodniach) na głównych etapach drogi pacjenta do instytucji psychiatrycznej na obszarze badawczym „Ząbkowice”

Zgłaszane objawy i odpowiadające im czasy

W pierwszej „instytucji” pacjenci najczęściej zgłaszali następujące objawy: lęk (30%), bezsenność/niespecyficzne objawy somatyczne (19%), objawy depresyjne (17%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Objawy/ problemy zgłaszane przez pacjentów z obszaru badawczego „Ząbkowice”

Objawy/problemy	Objawy pacjentów	
	U pierwszej instytucji	U ostatniej instytucji (INP)
Objawy depresyjne	17%	26%
Lęk oraz inne objawy nerwicowe	30%	32%
Objawy psychotyczne	3%	6%
Objawy zaburzeń osobowości	5%	4%
Objawy zaburzeń organicznych	6%	7%
Konflikty interpersonalne	2%	0%
Problemy samobójcze	1%	1%
Zaburzenia zachowania	6%	7%
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	7%	7%
Bezsennosc i niespecyficzne objawy somatyczne	19%	4%
Chęć samobójstwa	4%	6%
Razem	100%	100%
N	(37)	(37)

INP – „instytucja psychiatryczna”

Pod pojęciem bezsenność/niespecyficzne objawy somatyczne zostały uwzględnione następujące objawy: ból głowy, ból brzucha, ból pleców/klatki piersiowej, gorączka, zawroty głowy, utrata wagi, zaburzenia snu, kaszel, infekcje układu moczowo-płciowego. Należy zwrócić uwagę, że główne objawy/problemy zgłaszane przez pacjentów w kolejnych „instytucjach” nie były tożsame z rozpoznaniem wg ICD-10. Oznacza to, że pacjent, u którego psychiatra rozpoznał epizod depresyjny, w pierwszej „instytucji” mógł zgłaszać objawy somatyczne jako swój główny problem zdrowotny.

Podczas wizyty w INP zmieniła się częstość, kolejność i rodzaj zgłaszanych objawów. Wprawdzie nadal najczęstszym objawem był lęk (u 32%), ale na drugim miejscu były objawy depresyjne (u 26%), natomiast bezsenność/niespecyficzne objawy somatyczne zgłaszało tylko 4% pacjentów. Byli też nieliczni pacjenci, dla których powodem zgłoszenia się do „instytucji” była chęć uzyskania zaświadczenia lekarskiego (głównie dla ZUS-u).

W tabeli 3 przedstawiono objawy oraz powiązaną z nimi funkcję czasu. Próba samobójcza, objawy zaburzeń świadomości oraz konflikty interpersonalne to przyczyny, z powodu których pacjenci najszybciej trafiali do pierwszej „instytucji” (czas poniżej 1 tygodnia). Z drugiej strony dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych czas ten wynosił 5 lat i sześć miesięcy.

Tabela 3

Objawy/ problemy oraz powiązana z nimi funkcja czasu

Objawy/ problemy	Mediany czasów w tygodniach dla objawów zgłaszanych w ostatniej instytucji (INP)	
	Czas od pojawienia się objawów do wizyty w 1 inst	Czas od wizyty w 1 inst do wizyty w INP
Objawy depresyjne	5	11
Lęk oraz inne objawy nerwiczne	5	26
Objawy psychotyczne	2,5	1
Objawy zaburzeń świadomości	0	0
Zaburzenia organiczne	32	15
Konflikty interpersonalne	0	0
Próba samobójcza	0	0
Zaburzenia zachowania	12	9
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	296	26
Bezsennosc/niespecyficzne objawy somatyczne	28	43
Chęć uzyskania zaświadczenia	2,5	9

INP – „instytucja psychiatryczna”

(0 oznacza czas poniżej 4 dni)

Rozpoznania kliniczne i powiązane z nimi funkcje czasu

Osoby z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych (40,7%) oraz z zaburzeniami nastroju (15,5%) stanowiły więcej niż połowę pacjentów (tabela 4). U 13,8% badanych rozpoznano organiczne zaburzenia psychiczne, u 7,3% zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (głównie alkoholu), natomiast w 7,1% przypadków nie postawiono konkretnego rozpoznania (podejrzenie zaburzenia).

Osoby z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych miały najdłuższą medianę czasu pomiędzy wystąpieniem objawów a wizytą w pierwszej instytucji (odpowiednio 196 tyg. i 78 tyg.).

Tabela 4

Diagnozy i związane z nimi funkcje czasu

Diagnozy ICD-10	Odsetek pacjentów	Mediana czasu* od pojawienia się objawów do wizyty w Inst.	Mediana czasu* od wizyty w Inst. do wizyty w INP
Organiczne zaburzenia psychiczne F0	13,8%	3	14
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem subst. psychoaktywnych F1	7,3%	78	4
Schizofrenia, zab. schizotypowe F2	4,9%	3	2
Zaburzenia nastroju F3	15,5%	7	8
Zaburzenia nerwicowe F4	40,7%	4	34
Zaburzenia osobowości F6	3,3%	196	104
Upośledzenie umysłowe F7	4,9%	2	1
Zaburzenia zach. i emocji F9	2,5%	22	0
Obserwacja wł. zab. psych. Z03.2	7,1%	1	4
Razem	100%		
N	(123)		

INP– „instytucja psychiatryczna”

*wyrażona w tygodniach (0 oznacza czas poniżej 4 dni)

Odległość od „instytucji psychiatrycznej”

Podczas badania sprawdzano również czas, jaki dana osoba musiała poświęcić na dojsie/dojazd do INP. Dla większości osób (78%) był to czas relatywnie krótki i nie przekraczał 30 minut, dla 19% wynosił od 30 do 60 minut i tylko dla 3% wynosił powyżej 60 minut. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy czasem poświęconym na dojsie/dojazd pacjenta do psychiatry/psychologa a medianą czasu pomiędzy wizytą w pierwszej „instytucji” a wizytą w INP.

Omówienie wyników

Główne ograniczenie badania bierze się stąd, iż uwzględniano w nim tylko te osoby, które w wyznaczonym okresie, pomiędzy 1.02.2001 a 31.03.2001, zgłosiły się do „instytucji psychiatrycznej”. Osoby, u których w czasie prowadzenia badania wystąpiły zaburzenia psychiczne, a nie zdecydowały się na wizytę w INP, nie są uwzględnione na diagramie drogi.

Z uwagi na wolny dostęp do lekarza (brak rejonizacji) nie było możliwości objęcia badaniem wszystkich osób z powiatu ząbkowickiego, spełniających w danym czasie kryteria włączenia do badania. Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogły korzystać z bezpłatnej opieki psychiatrycznej we wszystkich placówkach, które podpisały kontrakty z kasą chorych na usługi medyczne. Należy również podkreślić, że diagram drogi do INP nie uwzględniał osób, które zgłosiły się do prywatnych gabinetów psychiatrycznych.

Do najczęściej wybieranych „instytucji” przed zgłoszeniem się do INP należeli lekarze POZ i lekarze specjaliści. Lekarza POZ, jako pierwszą „instytucję”, wybrało 43% badanych osób. Jest to wynik porównywalny z diagramem drogi wyznaczonym dla obszaru badawczego w południowej Weronie we Włoszech [7], gdzie również 43% pacjentów jako pierwszą „instytucję” wybrało lekarza rodzinnego. Z kolei w Manchesterze [8] do lekarza POZ zgłosiło się 68% badanych. Do lekarzy specjalistów, jako pierwszej „instytucji”, zgłosiło się, odpowiednio, 11% badanych we Włoszech i 8% w Manchesterze. Bezpośrednio do INP na obszarze badawczym w Weronie zgłosiło się 36%, natomiast nie było takich osób w Manchesterze. Stwierdzone różnice spowodowane są przede wszystkim inną organizacją opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii oparty jest na „instytucji” lekarza rodzinnego (ang. general practitioner; GP). Pacjenci nie mają tam możliwości zgłaszania się bezpośrednio do psychiatry, dlatego tak duży odsetek badanych wybiera GP. We Włoszech osoby chcące skorzystać z pomocy psychiatry nie muszą starać się o skierowanie od lekarza POZ. Gdyby założyć, że organizacja opieki psychiatrycznej jest jedynym czynnikiem mającym wpływ na wybór drogi do psychiatry, to diagram drogi wykreślony dla obszaru badawczego „Ząbkowice” powinien niewiele różnić się od diagramu wykreślonego dla południowych dzielnic Werony. Okazało się jednak, że odsetek osób, które zwróciły się bezpośrednio do lekarzy specjalistów, jest dużo wyższy niż we Włoszech (odpowiednio 20% i 11%). Różnicę tę można wyjaśnić wprowadzonymi dopiero od trzech lat zmianami w organizacji lecznictwa w Polsce, które polegają m.in. na przeniesieniu ciężaru opieki medycznej z lekarzy specjalistów na lekarzy pierwszego kontaktu (lekarzy rodzinnych). Można przypuszczać, że odsetek osób, które na drodze do INP, jako pierwszą „instytucję”, wybrały lekarzy specjalistów, będzie malał i z upływem czasu osiągnie wskaźnik podobny jak we Włoszech. Sprawdzenie tego założenia będzie możliwe w powtórnym badaniu, zaplanowanym na 2003 rok.

Jednym z celów badania było określenie czasu niezbędnego do pokonania poszczególnych etapów drogi do „instytucji psychiatrycznej”. Mediana czasu pomiędzy pojawieniem się objawów a zgłoszeniem się do pierwszej „instytucji” wynosiła 4

tygodnie. Była to wartość porównywalna z danymi uzyskanymi z innych ośrodków. Natomiast wyraźnie dłuższa niż w innych badaniach była mediana czasu (14 tygodni w porównaniu z 5 tygodniami), który upłynął pomiędzy zgłoszeniem się do pierwszej „instytucji” a wizytą w INP. Wskazuje to na potrzebę prowadzenia szkoleń dla lekarzy POZ i lekarzy specjalistów w zakresie diagnostyki zaburzeń psychicznych, co w przyszłości powinno przyczynić się do znacznego skrócenia czasu drogi do „instytucji psychiatrycznej”.

Szczegółowa analiza pokazuje, że zaburzenia, które pacjenci prezentowali w pierwszej „instytucji” pod postacią objawów somatycznych, przy kontakcie z psychiatrą są prezentowane jako objawy depresyjne, psychotyczne oraz nerwicowe. Autorzy dopuszczają dwie możliwe interpretacje tego faktu:

- 1 – interpretowany, w zależności od kompetencji „instytucji” oceniającej, nie baczącej na samoocenę pacjenta, który najczęściej postrzega swoje zaburzenia przez pryzmat choroby somatycznej;
- 2 – pacjenci to samo zaburzenie manifestują w różny sposób, w zależności od tego, do jakiej „instytucji” się zgłoszą. Podczas wizyty u lekarza POZ łatwiej im zgłaszać objawy somatyczne związane ze swoim zaburzeniem niż np. takie objawy psychopatologiczne, jak omamy czy urojenia. Pacjenci, którzy w INP prezentowali objawy somatyczne, mieli najdłuższą medianę czasu na drodze od pierwszej „instytucji” do INP.

Tak jak można było się spodziewać, najdłuższa mediana czasu, od wystąpienia objawów do kontaktu z pierwszą „instytucją”, odnosiła się do przypadków nadużycia substancji psychoaktywnych (głównie alkoholu), natomiast osoby z zaburzeniami świadomości, po próbie samobójczej i z objawami psychotycznymi, trafiały do „instytucji” w najkrótszym czasie.

Najszybciej zgłaszali się po pomoc pacjenci z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego, z zaleceniem obserwacji w kierunku zaburzeń psychicznych, schizofrenii, zaburzeń nerwicowych oraz zaburzeń organicznych. Mediana czasu od pojawienia się objawów do wizyty w pierwszej „instytucji” wynosiła odpowiednio 1 tydzień dla osób z podejrzeniem zaburzeń psychicznych, 2 tyg. dla upośledzenia umysłowego, 3 tyg. dla schizofrenii, 3 tyg. dla zaburzeń organicznych oraz 4 tyg. dla zaburzeń nerwicowych. Najpóźniej trafiały do pierwszej „instytucji” osoby z zaburzeniami osobowości (wymagało to około 196 tygodni) oraz osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (78 tygodni).

Zaburzenia osobowości wiązały się także z najdłuższą medianą czasu pomiędzy wizytą w pierwszej „instytucji” a wizytą w INP – wynosiła ona 104 tygodnie. W następnej kolejności były zaburzenia nerwicowe (34 tygodnie), zaburzenia organiczne (14 tyg.) i zaburzenia nastroju (8 tygodni). Może to świadczyć o trudnościach w rozpoznawaniu wyżej wymienionych zaburzeń przez lekarzy POZ i lekarzy specjalistów.

Zwraca uwagę, iż dla osób z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego mediana czasu od wizyty w pierwszej „instytucji” do wizyty u psychiatry/psychologa wynosiła 1 tydzień. Nie wynika to wcale z szybkiej diagnostyki przeprowadzonej przez lekarzy specjalistów i lekarzy POZ, ale z faktu, iż osoby te w przeszłości miały już kontakt

Wege der Patienten zur psychiatrischen Anstalt: 1. Forschungsgebiet „Ząbkowice“

Zusammenfassung

Ziel: Ziel der Arbeit war die Charakteristik des Weges, auf dem die Personen mit psychischen Störungen in die psychiatrische Anstalt auf dem Forschungsgebiet „Ząbkowice“ kommen.

Methode: An der Untersuchung nahmen alle Personen teil, die über 15 Jahre alt waren, und die in der Zeit zwischen dem 1. Februar und dem 31. März 2001 in eine „psychiatrische Anstalt“ (INP) auf dem Forschungsgebiet „Ząbkowice“ kamen. Diese Personen, die die Kriterien erfüllt hatten, wurden mit Hilfe eines zu diesem Ziel angepassten Fragebogens interviewt.

Ergebnisse: Die Kriterien erfüllten 123 Personen. Für 43% der Untersuchten waren die Ärzte der ersten Grundgesundheitsbetreuung die erste „Anstalt“, an die sie sich um Hilfe wandten, für 20% waren es die Fachärzte, andere als Psychiater, und für 24% der Fälle eine „psychiatrische Anstalt“, für 13% der Untersuchten andere Anstalten.

Schlussfolgerungen: Die Zeitspanne zwischen dem Besuch in der ersten „Anstalt“ und dem Besuch bei IPN betrug 14 Wochen, was die Werte aus anderen europäischen Untersuchungen überhöht hat. Es wurde nicht festgestellt, dass die Entfernung von der psychiatrischen Anstalt einen Einfluss auf den Besuch beim Psychiater/ Psychologe hatte.

Les voies menant les patients aux institutions psychiatriques.

I. Région épidémiologique de «Ząbkowice»

Résumé

Objectif: Caractériser les voies menant les personnes souffrant des troubles psychiques aux institutions psychiatriques dans la région de «Ząbkowice».

Méthode: Examen des toutes les personnes âgées de plus de 15 ans qui se sont adressées aux institutions psychiatriques dans la période de 1 février jusqu'à 31 mars 2001 dans la région de «Ząbkowice». Les personnes qui remplissent les critères nécessaires sont examinées à l'aide du questionnaire adapté (version polonaise).

Résultats: On a examiné 123 personnes. Pour la première fois 43% d'elles s'adressent au leur médecin de famille, 20% – aux médecins – spécialistes autres que les psychiatres, 24% – aux «institutions psychiatriques», 13% – aux autres institutions.

Conclusions: Le délai moyen de la première visite chez le médecin et la visite chez le psychiatre – 14 semaines (cela dépasse le délai moyen européen – 5 semaines). On ne note pas de corrélation de l'éloignement des «institutions psychiatriques» et de la visite chez le psychiatre ou le psychologue.

Piśmiennictwo

1. Goldberg DP, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. London: Tavistock; 1980.
2. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, Srinivasa Murthy R, Wig NN. *Mental disorders in primary health care; a study of their frequency and diagnosis in four developing countries*. Psychiatr. Med. 1980; 10: 231–141.
3. Sartorius N, Harding TW. *Who collaborative study on strategies for extending mental health care. I: the genesis of the study*. Am. J. Psychiatr. 1983; 140: 1470–1473.
4. Gater R, De Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, Al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K, Thong D, Torres-Gonzales F, Sartorius N. *The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study*. Psychiatr. Med. 1991; 21: 761-774.
5. GUS. *Ludność wg płci, wieku, województw, powiatów, miast i gmin*. Stan 31.12.2000. Warszawa: GUS; 2000.

6. SPSS. *Statistical Package for Social Sciences*. Chicago: SPSS Inc.; 1999.
7. Balestrieri M, Bon MG, Rodriguez-Sacristan A, Tansella M. *Pathways to psychiatric care in South-Verona, Italy*. *Psychiatr. Med.* 1994; 24: 641-649.
8. Gater R, Goldberg D. *Pathways to psychiatric care in South Manchester*. *Brit. J. Psychiatry* 1991;159: 90-96.

Otrzymano: 6.09.2002

Zrecenzowano: 18.12.2002

Przyjęto do druku: 5.09.2003

Adres: Tomasz Pawłowski
Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10
tpawlow@psych.am.wroc.pl

