

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Janusz Sieroślawski

**MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW
I NARKOMANII W KRAKOWIE**

**Raport z monitorowania zgłaszalności do leczenia
za rok 2005**

WARSZAWA 2006

SPIS TREŚCI:

| | Strona |
|---|--------|
| WPROWADZENIE | 3 |
| METODA I MATERIAŁ BADAWCZY | 4 |
| WYNIKI | 5 |
| Rozmiary zgłaszalności do leczenia | 6 |
| Charakterystyka społeczno-demograficzna | 7 |
| Wzory używania narkotyków | 9 |
| Zachowania ryzykowne | 10 |
| Zakażenia HIV | 12 |
| Charakterystyka zgłoszenia | 13 |
| PODSUMOWANIE WYNIKÓW | 14 |
| WNIOSKI | 15 |
| PRZYPISY | 16 |
| TABELE | 18 |

WPROWADZENIE

Projekt badawczy „Multi-City Study” zainicjowany został we współpracy z Grupą Pompidou. Grupa Pompidou działa przy Radzie Europy i zajmuje się koordynacją współpracy krajów członkowskich w zapobieganiu narkomanii. W jej ramach działał Zespół Ekspertów ds. Epidemiologii Narkomanii, który odpowiedzialny był za monitorowanie sytuacji epidemiologicznej. Jednym z przedsięwzięć tego zespołu jest właśnie projekt „Multi-City Study”, zainicjowany w końcu lat osiemdziesiątych i rozszerzony na kraje Europy Środkowej i Wschodniej w 1994 r.

Zasadniczym celem tego projektu było stałe monitorowanie sceny lekowej w poszczególnych miastach, wystandaryzowanymi metodami, co zapewnić miało porównania międzynarodowe. Możliwość porównywania trendów w różnych krajach stwarza podstawy do lepszej koordynacji działań w skali międzynarodowej i przyczynia się do lepszego rozumienia prawidłowości rządzących rozwojem zjawiska. Pogłębione badania epidemiologiczne na poziomie miasta są znacznie tańsze i mniej kosztowne od badań na poziomie kraju. Obraz dynamiki sceny lekowej monitorowanego miasta może być, z pewnymi ograniczeniami, traktowany jako przybliżenie obrazu rozwoju sytuacji na poziomie kraju. Stanowi też uzupełnienie i pogłębienie obrazu wyłaniającego się z analiz statystyk ogólnokrajowych. Stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej dostarcza przede wszystkim przesłanek do planowania działań profilaktycznych na poziomie lokalnym. Stanowić też może dogodny instrument pozyskiwania danych stanowiących podstawę oceny ich skuteczności. Korzyści z podjęcia programu dotyczą zatem nie tylko skali międzynarodowej, czy ogólnokrajowej ale przede wszystkim poziomu miasta. Dobre rozeznanie epidemiologiczne wydaje się niezbędne do wyboru priorytetów i optymalnej alokacji szczupłych środków na profilaktykę i leczenie. Dzięki niemu uniknąć można błędnych decyzji pociągających niejednokrotnie za sobą marnowanie funduszy publicznych.

METODA I MATERIAŁ BADAWCZY

W monitorowaniu problemu narkomanii w Krakowie, podobnie jak w Warszawie podstawą analiz jest wielowskaźnikowe podejście - ocena rozpowszechnienia zjawiska i trendów w jego rozwoju dokonywana jest na podstawie analizy wielu wskaźników dotyczących różnych aspektów „sceny lekowej” (Hartnoll 1994, Stauffacher 1999). Podstawowym, najlepiej wystandaryzowanym wskaźnikiem jest zgłaszalność do leczenia (first treatment demand). Zbieranie danych dotyczących tego wskaźnika rozpoczęto w Warszawie i w Gdańsku w 1995 r., później dołączył Kraków. Prace związane z monitorowaniem w Krakowie finansowane są przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Leczenie i rehabilitację osób uzależnionych w Krakowie zapewniają następujące placówki specjalistyczne:

1. Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Monar”, ul. Św. Katarzyny 3
2. Małopolskie Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień (poradnia), ul. Krakowska 39
3. Oddział Detoksykacji Kliniki Toksykologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera, os. Złotej Jesieni 1
4. Ośrodek Leczenia Uzależnień „Formacja” (ośrodek rehabilitacyjny), ul. Różana 3
5. Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „Dom Monaru”, Pleszów, ul. Suchy Jar 4
6. Ośrodek Leczniczo Rehabilitacyjny dla Osób Uzależnionych (oddział detoksykacyjny), Pleszów, ul. Suchy Jar 4a

Wszystkie te placówki objęte są monitorowaniem. Poza systemem pozostają osoby uzależnione, które w niewielkiej liczbie trafiają do poradni zdrowia psychicznego i poradni odwykowych przeciwalkoholowych, a także sporadycznie na oddziały ogólnopsychiatryczne szpitali psychiatrycznych. W oddziałach i placówkach ogólnopsychiatrycznych rzadko spotyka się osoby uzależnione wywodzące się z kręgów subkultury lekowej. Częściej są to przypadki osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych niekiedy łączonych z alkoholem, osoby ze środowiska służby zdrowia lub ludzie uzależnieni od leków w wyniku przebytej kuracji.

Lecznictwo ogólne praktycznie nie jest włączone w pomoc osobom uzależnionym. Narkomani korzystając z pomocy lekarza ogólnego często ukrywają swój problem lekowy w obawie przed odrzuceniem lub złym traktowaniem.

Podstawą monitorowania w placówkach specjalistycznych dla narkomanów w Krakowie są indywidualne kwestionariusze wypełniane są przy pierwszym kontakcie z placówką, niezależnie od tego, czy podjęte zostało leczenie. Wskaźnik należy zatem interpretować jako poszukiwanie leczenia, a nie jego podjęcie. Zastosowanie identyfikatora składającego się z inicjałów (dwie pierwsze litery nazwiska i imienia) oraz daty urodzenia pozwala uniknąć wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli korzystały w danym roku z pomocy więcej niż jednej placówki. Kwestionariusz zawiera podstawowe dane społeczno-demograficzne, informacje o wzorze przyjmowania narkotyków w czasie ostatnich 30 dni poprzedzających kontakt z placówką (narkotyk podstawowy i ewentualnie dwa dodatkowe, częstość i sposób przyjmowania, okres używania), dane dotyczące przyjmowania narkotyków w iniekcjach, używania wspólnych igieł i strzykawek oraz informacje o zakażeniach HIV. Badani pytani są także o to czy byli wcześniej leczeni, czy też obecne zgłoszenie dotyczy pierwszego leczenia w życiu.

WYNIKI

Analiza epidemiologiczna prezentowana w tym raporcie koncentruje się na prezentacji danych za rok 2005 dotyczących zgłaszalności do leczenia w Krakowie, w tym pierwszorazowej. W raporcie czytelnik znajdzie charakterystykę demograficzną osób zgłaszających się do leczenia, analizę wzorów używania narkotyków, zachowań ryzykownych oraz konsekwencji używania narkotyków w iniekcjach jakimi są zakażenie HIV. Ponadto w raporcie zwarto informacje dotyczące zgłoszenia, tj. o skierowaniu oraz o rezultacie zgłoszenia.

Dane z Krakowa prezentowane są na tle danych Warszawy, gdzie funkcjonuje podobny program monitorowania zgłaszalności do leczenia.

Rozmiary zgłaszalności do leczenia

W Krakowie w 2005 odnotowano 600 osób, które zgłosiły się w poszukiwaniu leczenia (tabela 1). Liczba osób poszukujących leczenia w Krakowie jest ponad dwukrotnie mniejsza niż analogiczna liczba dla Warszawy. Biorąc jednak pod uwagę wielkość obu miast trzeba wskazać na większe rozmiary zgłaszalności w Krakowie. Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców tego miasta wynosi bowiem 79,2 podczas gdy analogiczny wskaźnik dla Warszawy – 75,0.

Bardziej czułym od ogólnej liczby osób zgłaszających się do leczenia wskaźnikiem epidemiologicznym są zgłoszenia pierwszorazowe, tzn. liczba osób zgłaszających się w poszukiwaniu leczenia po raz pierwszy w życiu. W Krakowie takich zgłoszeń odnotowano 36,4%, podczas gdy w Warszawie – 28,9%. Większy odsetek zgłoszeń pierwszorazowych w Krakowie sugerować może większą dynamikę zjawiska w tym mieście w porównaniu z Warszawą.

Interpretując wskaźniki zgłaszalności do leczenia trzeba pamiętać, że odzwierciedlają one nie tylko rozmiary zjawiska, ale także pozostaje pod wpływem innych czynników. Dla przykładu zmiana ustawy o zapobieganiu narkomanii w 1997 r. wprowadzająca karalność za posiadanie narkotyków, a następnie zmiana ustawy w 2000 r. zaostrzająca prawo mogły spowodować wzrost zgłaszalności do leczenia. Osoby używające narkotyków rejestrując się w placówce leczniczej mogły w ten sposób dążyć do zapewnienia sobie bezpieczeństwa w przypadku wejścia w orbitę zainteresowania organów ścigania. Z drugiej strony nowe osoby używające narkotyków, wcześniej nie leczone, mogły ociągać się z podjęciem pierwszego leczenia w obawie przed zarejestrowaniem i w konsekwencji, teoretyczną chociaż, możliwością ujawnienia. Czynniki te mogą oddziaływać na zgłaszalność do leczenia z różną intensywnością w zależności od poziomu aktywności organów ścigania. Dokonując porównań między miastami trzeba pamiętać, że poziom aktywności i represyjności organów ścigania może być zróżnicowany i co za tym idzie z różną siłą oddziaływać na zgłaszalność do leczenia.

Charakterystyka społeczno-demograficzna

Zarówno w Krakowie, jak i w Warszawie wśród osób poszukujących leczenia dominują mężczyźni (tabela 2). Odsetek kobiet w obu miastach nie jest jednak identyczny. W Krakowie kobiety stanowią 25,0% zgłaszających się do placówek, podczas gdy w Warszawie – 17,4%.

Struktura wieku osób zgłaszających się do leczenia w Krakowie także trzeźwiej odbiega od struktury zgłaszających się w Warszawie (tabela 3). W Krakowie nieco większy udział niż w Warszawie mają osoby w wieku 16-19 lat oraz powyżej 30 roku życia. W Warszawie większe są odsetki osób w wieku 20-29 lat. Można zatem stwierdzić, że rozkład wieku osób zgłaszających się do leczenia w Krakowie jest bardziej równomierny, podczas gdy w Warszawie bardziej koncentruje się w przedziałach wieku ulokowanych bliżej środka. W obu miastach jednak rozkłady są skośne w stronę młodszych grup wiekowych.

Warto zwrócić uwagę na stosunkowo niewielki i jednocześnie niemal identyczny w obu miastach odsetek osób poniżej 15 roku życia, który nie potwierdza potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci.

Rozkład wykształcenia osób zgłaszających się do leczenia zaprezentowany w tabeli 4 przekonuje, że problem narkomanii obecny jest we wszystkich grupach społecznych. W obu miastach najsilniej reprezentowane dwie są kategorie wykształcenia: podstawowe ukończone (Kraków – 29,5%, Warszawa – 28,4%) oraz średnie ukończone (Kraków – 29,1%, Warszawa – 28,2%). Znaczna grupa legitymuje się wykształceniem zasadniczym zawodowym (19,6%). W porównaniu z populacją generalną nadreprezentowane są niższe kategorie wykształcenia, natomiast niedoreprezentowane jest wykształcenie wyższe. W Krakowie odnotować trzeba nieco niższy niż w Warszawie odsetek osób z wyższym wykształceniem oraz osób, które nadal pobierają naukę.

Większość osób zgłaszających się do leczenia mieszka z rodzicami i ewentualnie innymi krewnymi (74,2%). Tylko 10,4% żyje z współmałżonkiem lub partnerem, a 5,4% zamieszkuje samotnie. Poziom marginalizacji grupy badanej wydaje się mniejszy, niż można by oczekiwać. Osoby bezdomne stanowiły jedynie 4,2%, zaś mieszkańcy instytucji takich jak szpital, przytułek, schronisko, czy areszt tylko 3,5%. Porównanie z Warszawą pokazuje na nieco wyższe w Krakowie odsetki osób bezdomnych oraz osób ulokowanych w instytucjach, takich jak szpital, przytułek, schronisko, czy areszt.

Badanie w zdecydowanej większości nie mieszkają z inną osobą uzależnioną (tabela 6). Jednak w przypadku 9,3% badanych fakt zamieszkiwania z osobą uzależnioną może być nie najlepszym prognostykiem poradzenia sobie z problemem narkotyków. Odsetek osób w takiej sytuacji jest w Krakowie prawie dwukrotnie niższy niż w Warszawie.

Aktywność zawodowa może być traktowana jeden ze wskaźników adaptacji społecznej. Na tym wymiarze obraz zgłaszających się do leczenia maluje się znacznie gorzej niż na wymiarze mieszkania. Tylko 8,1% badanych pochwalić się może stałą pracą, aż 80,3% zalicza się do bezrobotnych lub pracujących dorywczo. Odsetek osób ze stałym miejscem pracy w Krakowie jest ponad dwukrotnie niższy niż w Warszawie, gdzie wynosi 19,8%. Dane te zdają się wskazywać na wyższy zakres marginalizacji społecznej narkomanów zgłaszających się do leczenia w Krakowie niż w Warszawie.

Dane z tabeli 8 przekonują, że większość osób zgłaszające się do leczenia w Krakowie nie jest mieszkańcami tego miasta, 80,3% badanych mieszka poza nim. Analogiczny odsetek dla Warszawy wynosi 26,0%.

Dane z tabeli 9 przeczą obiegowym sądom o znacznych rozmiarach grupy cudzoziemców podejmujących leczenie z powodu problemu narkomanii. W Krakowie podobnie jak w Warszawie odsetek cudzoziemców wśród zgłaszających się do leczenia nie osiąga wartości 1%. Odsetek ten jest jednak w Krakowie (0,8%) trochę większy niż w stolicy (0,2%).

Charakterystykę demograficzną osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu w poszukiwaniu leczenia zawiera tabela 10. Osoby zgłaszające się do placówek w

Krakowie są średnio o rok starsze od osób zgłaszających się w Warszawie. Jednocześnie wśród nich odsetek osób, które nie ukończyły 25 lat jest wyższy niż w stolicy i wynosi 61,9%. W Warszawie średni wiek kobiet i mężczyzn zgłaszających się pierwszy raz w życiu do leczenia nie różni się między sobą, w Krakowie kobiety są średnio o cztery lata starsze od mężczyzn. W efekcie różnica w średnim wieku w Warszawie i w Krakowie wynosząca jeden rok w całości daje się wyjaśnić różnicą w średnim wieku kobiet, średni wiek mężczyzn w obu miastach jest jednakowy. Powyższa analiza sugeruje, że kobiety w Krakowie później podejmują próby leczenia niż w Warszawie.

W Krakowie wśród pacjentów pierwszorazowych kobiety stanowiły 27,3%, w Warszawie zaś tylko 18,8%.

Wzory używania narkotyków

Zawarta w tabeli 11 analiza rozkładu podstawowego narkotyku we wzorce używania środków przez narkomanów w Krakowie wykazuje, że dla przeważającej większości zgłaszających się rolę tę pełnią opiaty – 66,2%. Amfetamina i inne stymulanty występują jako narkotyk podstawowy u 20,5%, konopie u 8,3% i inne środki u 5,5%. Udział opiatów jako narkotyku podstawowego w Krakowie jest podobny do odnotowanego w Warszawie. Różnią się natomiast proporcje osób używających jako narkotyk podstawowy innych środków. W Krakowie spotykamy w większej proporcji niż w Warszawie stymulanty (głównie amfetamina) w roli narkotyku podstawowego oraz w mniejszej – przetwory konopi i inne środki.

Jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie narkotyki używane przez osoby zgłaszające się do leczenia (tabela 12), to zobaczymy, że w 2005 r. opiaty występują u 66,2% zgłaszających się, amfetamina u 26,8%, przetwory konopi u 10,2% i inne substancje u 7,3%. Zamieszczone wyżej rozkłady obserwowane w Krakowie odbiegają trochę od rozkładów notowanych w Warszawie. W stolicy można zauważyć wyższe frakcje używających każdego ze środków. Oznacza to, iż w Warszawie narkomani średnio

używają więcej różnych substancji w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia.

Najmniejszą różnicę w odsetkach użytkowników między Krakowem i Warszawą spotykamy w przypadku opiatów, największą – w przypadku marihuany i haszyszu.

Z jeszcze większymi różnicami między Krakowem a Warszawą mamy do czynienia, gdy analizujemy wzory używania opiatów. Jak przekonują dane z tabeli 13, w Krakowie obserwujemy wyraźnie wyższą niż w Warszawie proporcję osób używających opiatów domowej produkcji (tzw. „kompot”), a niższa używających heroiny głównie w odmianie przeznaczonej do palenia, tzw. brown sugar. Wprawdzie w obu miastach heroina jest używana przez większy odsetek osób niż „kompot”, to jednak ta druga substancja stanowi istotną pozycję w krakowskim wzorze używania opiatów, podczas gdy w Warszawie jest spotykana niezwykle rzadko.

Wyniki te sugerują, że w Krakowie nadal żywy pozostaje tradycyjny wzór używania opiatów, podczas gdy w Warszawie w zasadzie przeszedł on już do przeszłości.

Zachowania ryzykowne

Z różnicami w rodzaju dominującego środka korespondują zwykle różnice w sposobie przyjmowania narkotyku. Znacznie większe w Krakowie niż w Warszawie rozpowszechnienie używania „polskiej heroiny” kazało spodziewać się większego rozpowszechnienia iniekcyjnego używania narkotyków. Tymczasem okazuje się, że pod tym względem Kraków nie różni się znacznie od Warszawy. Wyraźne różnice zobaczyć można tylko, gdy porównuje się wskaźnik iniekcyjnego używania narkotyków kiedykolwiek w życiu (tabela 14). W Krakowie odsetek badanych, którzy chociaż raz w życiu przyjęli narkotyk w drodze iniekcji jest wyższy niż w Warszawie, szczególnie duża różnica występuje gdy analizujemy osoby, które już wcześniej się leczyły.

Odsetki osób stosujących aktualnie zastrzyki, tzn. w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem są w Krakowie i w Warszawie bardzo podobne (tabela 15). Udział tak

zdefiniowanych iniekcyjnych użytkowników narkotyków wśród wszystkich zgłaszających się do leczenia wynosi w Krakowie 40,6% i jest tylko 0,8 punkta procentowego większy niż w Warszawie. Jednocześnie warto zauważyć, że wśród osób zgłaszających się pierwszy raz do leczenia odsetek ten jest trochę wyższy w stolicy podczas gdy wśród zgłaszających się ponownie jest on wyższy w Krakowie. W obu miastach jednak rozpowszechnienie używania iniekcyjnego jest znacznie niższe wśród pacjentów pierwszorazowych niż wśród pozostałych. Dane te wskazują na mniejszą popularność iniekcji wśród „nowych” narkomanów niż w starszej generacji.

Innym pozytywnym zjawiskiem obserwowanym w Krakowie jest bardzo niski odsetek osób używających wspólnych igieł i strzykawek wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach (tabela 16). Odsetek ten wynosi w Krakowie tylko 1,1%, podczas gdy w Warszawie osiąga poziom 16,0%.

W Warszawie osoby dzielące się igłami i strzykawkami spotkać można nieco częściej wśród pacjentów już wcześniej leczonych (17%), niż w grupie pierwszorazowych (13%), jednak różnica ta jest niewielka. W Krakowie w grupie pacjentów pierwszorazowych nie znalazł się nikt, kto używałby sprzętu do iniekcji używanego wcześniej przez kogoś innego. Wśród osób już wcześniej leczonych odsetek dzielących się igłami i strzykawkami wynosi 1,3%.

Można przypuszczać, że do osiągnięcia tak niskiego poziomu rozpowszechnienia zachowań szczególnie ryzykownych, jakimi są dzielenie się igłami i strzykawkami, przyczyniły się działania z zakresu redukcji szkód, przede wszystkim edukacja oraz programy wymiany igieł i strzykawek. Można przypuszczać, że działania te w Krakowie odznaczają się większą skutecznością niż w Warszawie.

Zakażenia HIV

Jedną z najbardziej dramatycznych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków w zastrzykach są zakażenia HIV. Dane na ten temat zawiera tabela 17. Podstawą analizy są osoby, które kiedykolwiek w życiu używały narkotyków w iniekcjach. Wśród nich odsetek osób, które poddały się badaniu na obecność przeciwciał HIV wynosi w Krakowie 64,2% i jest niższy niż w Warszawie (78,2%) .

Jak wynika z danych zestawionych w tabeli 18, wśród osób badanych w Krakowie, które kiedykolwiek używały narkotyków w zastrzykach, odsetek zakażonych HIV wynosi 7,3% i jest nieco wyższy niż w Warszawie (4,4%). Biorąc jednak pod uwagę znaczną frakcję osób, które chociaż należą do grupy ryzyka, to jednak nie poddają się badaniom testowym oraz licząca przeszło 40% frakcję osób badanych, dla których wynik badania jest nieznanym, trudno traktować te wyniki z pełnym optymizmem. Wprawdzie nie można wykluczyć, że osoby, które pozostają poza testowaniem nie są zakażone, to jednak możliwe jest również, że są wśród nich osoby seropoztywne.

Dane o statusie HIV osób, które poddawały się badaniom testowym i znały ich wynik, a ponadto kiedykolwiek używały narkotyków w iniekcjach w podziale na pacjentów pierwszorazowych i powtórnych zawiera tabela 19. Łatwo zauważyć, że po wyeliminowaniu przypadków, przy których wynik testu jest nieznanym odsetki zakażonych są znacznie wyższe. W Krakowie osiągają one poziom 33,3% dla pacjentów pierwszorazowych i 11,9% dla pacjentów już wcześniej leczonych. W Warszawie odsetki pozostają na podobnym co wcześniej poziomie, bowiem frakcja osób testowanych, ale z nieznanym wynikiem była znikoma.

Te bardzo wysokie odsetki zakażonych HIV, szczególnie w grupie pacjentów pierwszorazowych opatrzyć trzeba zastrzeżeniem wynikającym z bardzo małej liczby osób, które jednocześnie spełniają wszystkie warunki analizy tj. używały kiedykolwiek zastrzyków w iniekcjach, były testowane na HIV oraz znały wynik testu. Takich osób w grupie pacjentów pierwszorazowych było tylko 6, z czego wynik pozytywny padały 2 osoby. Przy tak małych liczbach wynik obarczony może być znacznym błędem losowym.

Charakterystyka zgłoszenia

W Krakowie, podobnie jak w Warszawie, zdecydowana większość badanych (w Krakowie – 85,1%, w Warszawie – 84,7%) zgłosiła się do leczenia z własnej inicjatywy, bądź w wyniku motywowania przez rodzinę i przyjaciół (tabela 20). W miarę często zgłoszenie jest efektem skierowania przez inną placówkę leczenia narkomanii (w Krakowie – 6,5%, w Warszawie – 9,0%). W Krakowie znaczny odsetek zgłoszeń był inicjowany przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (7,5%), podczas gdy w Warszawie zdarzało się to bardzo rzadko – 0,3%. Natomiast mniejszy był odsetek zgłoszeń za pośrednictwem policji, sądu lub kuratora – 0,5% wobec 2,4% w Warszawie.

Efektom zgłoszenia się do leczenia w Krakowie zawsze było jego podjęcie (tabela 21). Nie odnotowano żadnego przypadku braku interwencji, podczas gdy w Warszawie w 0,7% przypadków nie podjęto terapii, ani żadnej innej interwencji. W Krakowie w 14,3% zgłoszenie zakończyło się jedynie udzieleniem porady, wsparcia, czy innej tego typu pomocy. W Warszawie analogiczny odsetek był nieco większy i wynosił 19,0%. W Krakowie 38,6% zgłoszeń skutkowało detoksykacją lub innymi formami radykalnego odstawienia narkotyków, podczas gdy w Warszawie w 48,0%. W stolicy w przypadku co czwartego badanego rozpoczęto długotrwałą psychoterapię bez farmakoterapii (13,1%) lub długotrwałą psychoterapię z podtrzymującą farmakoterapią (12,6%). W Krakowie w ogóle nie stosowano długotrwałej psychoterapii z podtrzymującą farmakoterapią, zaś długotrwałą psychoterapię bez farmakoterapii zaoferowano 23,7% pacjentów.

W Krakowie jedynie 0,8% zgłoszeń zakończyło się podjęciem leczenia substytucyjnego (w Warszawie – 3,1%), zaś 22,5% – skierowaniem do innego ośrodka (w Warszawie – 3,2%).

Różnice w rozkładach procentowych efektów zgłoszenia między Krakowem i Warszawą obserwowane w tabeli są do pewnego stopnia odzwierciedleniem różnic w typach placówek objętych monitoringiem oraz zróżnicowania tradycji terapeutycznych

w obu miastach. Nie mniej jednak trzeba zauważyć, niezależnie od miasta, nikłe odsetki badanych, którzy zostali objęci leczeniem substytucyjnym. Odsetki te ilustrują skalę zaniedbań w zakresie leczenia substytucyjnego nie tylko w Warszawie i Krakowie, ale także w całym kraju.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Podsumowując prezentację obrazu problemu narkomanii w Krakowie wyłaniającego się z analizy zgłaszalności do leczenia trzeba wskazać na znaczne jego rozpowszechnienie.

osoby zgłaszające się do leczenia w Krakowie to w większości mężczyźni (75%), osoby w wieku 20-29 lat (66,3%), z wykształceniem niższym niż pełne średnie (65,7%), bez stałego zatrudnienia (91,9%), mieszkające z rodzicami lub krewnymi (74,2%), nie będące mieszkańcami Krakowa (80,3%).

Środkiem najbardziej popularnym we wzorze używania narkotyków przez badanych są opiaty, a następnie stymulanty – głównie amfetamina.

Specyfiką Krakowa jest znaczny odsetek używających opiatów produkowane domowym sposobem, czyli tzw. polskiej heroiny (20,1%), co w Warszawie należy już do rzadkości (1,9%).

Używanie iniekcyjne narkotyków jest w Krakowie podobnie popularne jak w Warszawie i dotyczy ponad 40% badanych. Wśród nich prawie nie spotykamy osób, które używają wspólnych igieł i strzykawek (1,1%), podczas gdy w Warszawie analogiczny odsetek wynosi 16,0%.

Dane z Krakowa sugerują wyższy niż w Warszawie odsetek zakażonych HIV wśród osób, które używały kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach i zgłaszały się do leczenia. Jednocześnie w Krakowie notujemy trochę niższy odsetek osób, które poddały się testom na HIV i dużo wyższy odsetek osób testowanych, które nie znają wyników testu.

WNIOSKI

Wyniki monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkomanii w Krakowie skłaniają do sformułowania następujących wniosków i rekomendacji:

1. Kraków należy do miast o wysokich wskaźnikach rozpowszechnienia narkomanii. Dlatego też szeroko rozumiane zapobieganie temu problemowi w mieście powinno stanowić priorytet dla władz samorządowych. Konstatacja ta powinna być u podstaw prac nad zintensyfikowaniem oferty profilaktycznej i pomocowej.
2. Problem narkomanii w Krakowie, w nieco większym stopniu niż w Warszawie, zdaje się wiązać z marginalizacją społeczną. Wymaga to rozwijania oferty terapeutycznej i pomocowej z myślą o potrzebach tego typu odbiorców.
3. Wyraźnie zaznaczająca się przewaga opiatów w obrazie zjawiska każe zadbać zarówno o pełną dostępność oferty detoksykacyjnej (przerwanie ciągu w przypadku opiatów wymaga detoksykacji) jak i programów substytucyjnych. Te ostatnie są szczególnie ważne patrząc na problem z perspektywy zapobiegania chorobom infekcyjnym (HIV, HBV, HCV). Wprowadzie wśród zgłaszających się do leczenia dominują używający heroiny, to jednak dożylny „kompot” nie stracił całkiem na popularności.
4. Niższy w Krakowie niż w Warszawie odsetek testowanych na obecność przeciwciał HIV w płynach ustrojowych wśród osób używających narkotyków w zastrzykach oraz znacznie wyższy odsetek osób, które wprowadzie poddały się testowi, ale nie znają jego wyniku skłania do wzmożonego wysiłku skierowanego na zwiększenie zasięgu testowania. Trzeba pamiętać, że znajomość swojego statusu serologicznego stanowi istotny warunek podjęcia leczenia oraz sprzyjać może profilaktyce.

PRZYPISY

1. Godwod-Sikorska C. (1993) Rozpowszechnienie uzależnień lekowych w Polsce w latach 1989 - 1991. *Alkoholizm i Narkomania*, Wydanie Specjalne: Zagrożenia AIDS.
2. Hartnoll R. (1994) Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator. Definitive protocol. Council of Europe. Strasbourg.
3. Hartnoll R. (1994) Multi-City Network on Drug Misuse Trends. Guidelines for City Reports and Annual Updates. Strasbourg. Pompidou Group.
4. Moskalewicz J., Sierosławski J. (1995) Zastosowanie nowych metod szacowania rozpowszechnienia narkomanii. *Alkoholizm i Narkomania*, Nr 4(21).
5. Rhodes T. (1996) Outreach work with drug users: principles and practice. Council of Europe Publishing.
6. Sierosławski J. (1995) Rozpowszechnienie uzależnień lekowych w 1993 r. *Alkoholizm i Narkomania*, Nr 1(18), ss. 75-94.
7. Sierosławski J. (1996) Narkomania w Warszawie - wielowskaźnikowa ocena epidemiologiczna. *Alkoholizm i Narkomania*. No 2(23)
8. Sierosławski J. (1996) Wzory używania narkotyków wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie. *Alkoholizm i Narkomania*. 4(25).
9. Sierosławski J. (1998) Monitorowanie problemu narkomanii na poziomie miasta – Projekt “Multi-City Study” (Raport dla Warszawy). *Serwis Informacyjny Narkomania*. Nr 2(9).
10. Sierosławski J. (1999) Rozpowszechnienie narkomanii w Polsce. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. *Serwis Informacyjny Narkomania*. Nr 1 (10).
11. Sierosławski J. (1999) Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych. *Alkoholizm i Narkomania*. Nr 2(35), ss. 165-207.
12. Sierosławski J. (1999) City profiles – Warsaw. W: Michael Stauffacher (ed.) Treated Drug Users in 23 European Cities. Data 1997. Trends 1996-97. Strasbourg, Council of Europe Publishing, ss. 65-67.
13. Sierosławski J. (2000) Narkomania w 1998 r. w Polsce. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. *Serwis Informacyjny Narkomania*. Nr 1(12).

14. Sierosławski J. (2000) Narkomania w 1999 r. w Polsce. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Maszynopis w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
15. Sierosławski J., Zielinski A., Sieroslawska U., Szata W. (1997) Warsaw. In: Multi-City Network Eastern Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, pp. 343-379.
16. Sierosławski J., Zieliński A. (1997) Comparison of Different Estimation Methods in Poland. In: G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer, C. Taylor (ed.) Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. Lisbon, EMCDDA, pp. 231-240.
17. Sierosławski J., Zieliński A. The dynamic of drug use patterns in Warsaw: a qualitative approach. W: J. Fountain (red) Missing pieces: developing a better understanding of drug use in Central and Eastern Europe. Nine studies of emerging drug problems. Strasbourg, Council of Europe Publishing. (w druku)
18. Stark K., Sierosławski J., Wirth D., Godwod-Sikorska C., Muller R., Bienzle U. (1994) High HIV Seroprevalence in Injecting Drug Users in Warsaw, Poland. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Vol. 7, Nr 8, ss. 877-878.
19. Stark K., Sierosławski J., Wirth D., Godwod-Sikorska C., Muller R., Bienzle U. (1995) HIV risk behaviour among injecting drug users in Warsaw. *AIDS*, Vol 9 Nr 2, ss. 211-212.
20. Stauffacher M. (1999) Treated Drug Users in 23 European Cities. Data 1997. Trends 1996-97. Pompidou Group Project on Treatment Demand: Final Report. Strasbourg. Council of Europe Publishing.
21. Taylor C. (1997) Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview. In: G. V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer, C. Taylor (ed.) Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. Lisbon, EMCDDA.
22. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej (1997-2005) Roczniki statystyczne z lat 1997-2005. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

TABELE

Tabela 1. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (liczby osób poszukujących leczenia oraz odsetki pierwszorazowych)

| miasta | Pierwsze zgłoszenie w życiu | Ponowne zgłoszenie | Zgłoszenia ogółem | Wskaźnik zgłoszeń ogółem na 100 tys. mieszkańców | Odsetek pierwszorazowych wśród zgłoszeń ogółem |
|----------|-----------------------------|--------------------|-------------------|--|--|
| Kraków | 160 | 440 | 600 | 79,2 | 36,4 |
| Warszawa | 386 | 885 | 1274 | 75,0 | 28,9 |

Tabela 2. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg płci (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|-----------|--------|----------|
| Mężczyźni | 75,0 | 82,6 |
| Kobiety | 25,0 | 17,4 |

Tabela 3. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg wieku (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|-------|--------|----------|
| - 15 | 1,3 | 1,2 |
| 16-19 | 9,2 | 5,9 |
| 20-24 | 35,5 | 40,9 |
| 25-29 | 30,8 | 33,4 |
| 30-34 | 12,3 | 11,3 |
| 35-39 | 5,7 | 3,6 |
| 40-44 | 2,2 | 1,5 |
| 45 + | 3,0 | 2,2 |
| Razem | 100,0 | 100,0 |

Tabela 4. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg wykształcenia (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|----------------------------------|--------|----------|
| podstawowe nieukończone | 1,5 | 1,4 |
| podstawowe pełne | 29,5 | 28,4 |
| zasadnicze zawodowe nieukończone | 6,4 | 3,0 |
| zasadnicze zawodowe pełne | 25,8 | 19,6 |
| średnie nieukończone | 2,5 | 9,8 |
| średnie pełne | 29,1 | 28,2 |
| wyższe | 1,3 | 3,8 |
| nadal się uczy | 3,9 | 5,7 |

Tabela 5. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg struktury z kim mieszka (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|------------------------------|--------|----------|
| samotnie | 5,4 | 7,1 |
| z rodzicami, krewnymi | 74,2 | 74,5 |
| z przyjaciółmi | 2,2 | 1,9 |
| ze współmałżonkiem/partnerem | 10,4 | 12,4 |
| w instytucji | 3,5 | 1,4 |
| bezdomny | 4,2 | 1,3 |
| inne | 0,2 | 1,3 |

Tabela 6. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg zamieszkania z osobą uzależnioną (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|---------------------------------|--------|----------|
| Mieszka z osobą uzależnioną | 9,3 | 17,9 |
| Nie mieszka z osobą uzależnioną | 90,7 | 82,1 |

Tabela 7. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg aktywności zawodowej (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|---------------------------|--------|----------|
| stałe zatrudnienie | 8,1 | 19,8 |
| bezrobotny/praca dorywcza | 76,2 | 69,6 |
| inne | 15,7 | 10,6 |

Tabela 8. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg zamieszkania w Warszawie/Krakowie (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|--------------------------------|--------|----------|
| Mieszka w Warszawie/Krakowie | 19,7 | 74,0 |
| Mieszka poza Warszawą/Krakowem | 80,3 | 26,0 |

Tabela 9. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. wg obywatelstwa (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|---------|--------|----------|
| Polskie | 99,2 | 99,8 |
| Inne | 0,8 | 0,2 |

Tabela 10. Charakterystyka osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r.

| lata | Średni wiek | | | % <25 roku życia | % kobiet |
|----------|-------------|---------|--------|------------------|----------|
| | mężczyźni | kobiety | ogółem | | |
| Kraków | 24 | 28 | 25 | 61,9 | 27,3 |
| Warszawa | 24 | 24 | 24 | 58,7 | 18,8 |

Tabela 11. Narkotyki używane jako narkotyk podstawowy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|------------|--------|----------|
| Opioidy | 65,7 | 67,7 |
| Stymulanty | 20,5 | 15,5 |
| Konopie | 8,3 | 12,6 |
| Inne | 5,5 | 4,2 |

Tabela 12. Narkotyki używane w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|------------|--------|----------|
| Opioidy | 66,2 | 69,5 |
| Stymulanty | 26,8 | 31,5 |
| Konopie | 10,2 | 23,4 |
| Inne | 7,3 | 16,7 |

Tabela 13. Opioidy używane w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|---------------------|--------|----------|
| Opioidy - w tym: | 66,2 | 69,5 |
| „kompot” | 20,1 | 1,9 |
| heroina | 36,7 | 66,5 |
| morfina | - | 0,5 |
| kodeina | 0,3 | 0,5 |
| metadon | 1,9 | 0,2 |
| inne | 7,2 | 0,5 |
| nieokreślone | - | - |

Tabela 14. Używanie narkotyków w zastrzykach kiedykolwiek w życiu w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|----------------|--------|----------|
| Wszyscy | 57,0 | 51,2 |
| Pierwszorazowi | 20,0 | 25,5 |
| Pozostali | 70,7 | 61,4 |

Tabela 15. Używanie narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|----------------|--------|----------|
| Wszyscy | 40,6 | 39,8 |
| Pierwszorazowi | 18,8 | 21,1 |
| Pozostali | 48,7 | 47,3 |

Tabela 16. Używanie wspólnych igieł i strzykawek wśród osób używających narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|----------------|--------|----------|
| Wszyscy | 1,1 | 16,0 |
| Pierwszorazowi | - | 13,0 |
| Pozostali | 1,3 | 16,5 |

Tabela 17. Badania na obecność przeciwciał HIV wśród osób używających kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|------------------|--------|----------|
| Badani na HIV | 64,2 | 78,2 |
| Nigdy nie badani | 35,8 | 21,8 |

Tabela 18. Status HIV wśród osób, które używały kiedykolwiek narkotyków w iniekcjach oraz były badane na obecność przeciwciał HIV w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|---------------|--------|----------|
| HIV+ | 7,3 | 4,4 |
| HIV- | 50,3 | 89,4 |
| Wynik nieznan | 42,3 | 6,2 |

Tabela 19. Status HIV wśród osób, które używały kiedykolwiek narkotyków w iniekcjach oraz były badane na obecność przeciwciał HIV, w podziale na pierwszorazowych i pozostałych w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | | Kraków | Warszawa |
|----------------|------|--------|----------|
| Pierwszorazowi | HIV+ | 33,3 | 5,4 |
| | HIV- | 66,7 | 94,6 |
| Pozostali | HIV+ | 11,9 | 4,7 |
| | HIV- | 88,1 | 95,2 |

Tabela 20. Skierowanie do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|--------------------------------------|--------|----------|
| sam/rodzina/przyjaciele | 85,1 | 84,7 |
| inny ośrodek leczenia narkomanii | 6,5 | 9,0 |
| lekarz ogólny/rejonowy | 7,5 | 0,3 |
| szpital/inna placówka służby zdrowia | 0,2 | 1,5 |
| opieka społeczna | - | 0,2 |
| sąd/kurator/policja | 0,5 | 2,4 |
| inne | 0,2 | 1,9 |

Tabela 21. Efekt zgłoszenia się do leczenia w Warszawie i w Krakowie w 2005 r. (odsetki badanych)

| | Kraków | Warszawa |
|--|--------|----------|
| detoksykacja/radykalne odstawienie narkotyków | 38,6 | 48,0 |
| długotrwała farmakoterapia zastępcza podtrzymująca | 0,8 | 3,1 |
| długotrwała psychoterapia/bez farmakoterapii | 23,7 | 13,1 |
| pomoc/wsparcie/porada | 14,3 | 19,0 |
| skierowano do innego ośrodka | 22,5 | 3,2 |
| psychoterapia z podtrzymującą farmakoterapią | - | 12,6 |
| terapii nie rozpoczęto | - | 0,7 |
| inne | 0,2 | 0,1 |
| decyzji nie podjęto/brak danych | - | 0,1 |