

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Janusz Sierosławski

**MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW
I NARKOMANII W WARSZAWIE**

PROJEKT MULTI-CITY STUDY

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

WARSZAWA 2006

SPIS TREŚCI:

	Strona
WPROWADZENIE	3
METODA I MATERIAŁ BADAWCZY	4
ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA	7
Rozmiary zgłaszalności do leczenia	8
Charakterystyka społeczno-demograficzna	9
Wzory używania narkotyków	11
Zachowania ryzykowne	13
Zakażenia HIV	14
Charakterystyka zgłoszenia	16
PRZYJĘCI DO LECZNICTWA STACJONARNEGO	17
Dynamika przyjęć	17
Wzory używania narkotyków	18
Charakterystyka demograficzna	19
PODSUMOWANIE WYNIKÓW	20
WNIOSKI	21
PRZYPISY	22
TABELE	24
WYKRESY	34

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 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 w 1995 r. Prace finansowane są przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Do 1999 r. monitorowanie prowadzone było przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, od 2000 r. program realizowany jest bezpośrednio przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zebrane i zanalizowane dotychczas dane dotyczące zgłaszalności do leczenia w Warszawie pochodzą z wszystkich placówek specjalistycznego leczenia uzależnień lekowych w mieście i obejmują lata 1995-2005.

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

1. Poradnia Leczenia i Rehabilitacji Osób Uzależnionych od Środków Odurzających
2. Punkt Konsultacyjny „Monar”
3. Oddział Detoksykacyjny Szpitala Psychiatrycznego „Nowowiejska”
4. Oddział Detoksykacyjny Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Wszystkie te placówki objęte są od 1995 r. monitorowaniem. Poza monitorowaniem pozostają osoby uzależnione, które w niewielkiej liczbie trafiają do poradni zdrowia psychicznego i poradni odwykowych przeciwalkoholowych, a także sporadycznie na oddziały ogólnopsychiatryczne dwóch warszawskich szpitali psychiatrycznych i dwóch ulokowanych w pobliskich Pruszkowie i Żąbkach, których rejon obejmuje część Warszawy. 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 Warszawie 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.

Uzupełniających danych do monitorowania zgłaszalności do leczenia dostarczają dane pochodzące z ogólnopolskiego systemu statystycznego stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Stacjonarne leczenie uzależnień lekowych nie jest zrejonizowane, zatem mieszkańców Warszawy spotkać można na oddziałach detoksykacyjnych, w ośrodkach rehabilitacyjnych, a także szpitalach i oddziałach psychiatrycznych całego kraju. Podobnie pacjenci leczeni w Warszawie nie muszą być mieszkańcami tego miasta. Dane dotyczące osób przyjętych w kolejnych latach, zestawiane są według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie według miejsca leczenia. Analizom poddawane są zatem liczby mieszkańców Warszawy, leczonych stacjonarnie z powodu narkomanii gdziekolwiek w całej Polsce. Tak zdefiniowany wskaźnik wydaje się być bardziej trafny do oceny sytuacji epidemiologicznej w

mieście, chociaż kwestia definicji mieszkańca miasta nie jest wcale tak jednoznaczna, jak by się to mogło na pierwszy rzut oka wydawać. Szczególnie w przypadku narkomanów, którzy są bardzo mobilni przestrzennie i niezbyt dbają o swój status formalny (często nie mają dokumentów, z reguły nie dopełniają obowiązku meldunkowego) trudno jest w sposób pewny, jednoznacznie ustalić miejsce stałego zamieszkania.

Dane z lecznictwa psychiatrycznego obejmują wszystkie stacjonarne placówki psychiatryczne a zatem również specjalistyczne leczenie uzależnień lekowych, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia. Dane uwzględniają zatem wszystkich przyjętych do szpitali psychiatrycznych, w tym oddziałów detoksykacyjnych dla narkomanów, a także ośrodków rehabilitacyjnych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej.

Sprawozdawczość statystyczna lecznictwa stacjonarnego opiera się na indywidualnych kartach statystycznych opatrzonych identyfikatorem (inicjały i data urodzenia) co pozwala uniknąć wielokrotnego liczenia tych samych osób jeśli w danym roku rejestrowane były przez więcej niż placówkę. Karty statystyczne wypełniane są przy wypisie pacjenta. Karta obok podstawowych danych społeczno-demograficznych, miejsca zamieszkania, informacji dotyczącej ewentualnego wcześniejszego leczenia stacjonarnego oraz dat obecnego przyjęcia i wypisu zawiera informacje o diagnozie choroby podstawowej i choroby towarzyszącej kodowanych do 1996 r. według Dziewiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów. Dane za 1990 r. i 1995 r. prezentowane w raporcie odnoszą się do przyjęć osób wyselekcjonowanych według obu diagnoz. Obejmują one rozpoznania uzależnienie od leków (304.0-9), nadużywanie leków bez uzależnienia (305.2-9) oraz psychozy lekowe (297). W przypadku diagnozy choroby towarzyszącej, która kodowana jest trzycyfrowo, możemy uwzględnić tylko rozpoznanie 304. Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków”. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie nie tylko uzależnienia od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również wszystkich innych substancji zmieniających stan psychiczny. W tym rozumieniu uzależnienie od leków to nie tylko uzależnienie od

leków uspokajających i nasennych, czy morfiny, ale również od takich substancji jak opiaty domowego wyrobu (tzw. „kompot”), marihuana, amfetamina czy nawet substancje wziewne - np. kleje.

W 1997 r. wprowadzono w naszym kraju Dziesiątą Rewizję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów, dane o diagnozach do 1997 roku kodowane są wedle nowej klasyfikacji. Zmiana ta ma poważne konsekwencjom dla analiz epidemiologicznych. Dotyczy ona całego porządku klasyfikacji. Warto zauważyć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia – nadużywanie, uzależnienie lub psychoza. Dopiero następny podział (trzecia cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem jej wyjścia jest teraz rodzaj substancji, dopiero następne podziały wskazują na rodzaj zaburzeń. W konsekwencji w obecnej klasyfikacji większy nacisk kładzie się na rodzaj substancji i dane na ten temat są pełniejsze, tzn. obarczone mniejszą liczbą braków danych, a tym samym chociaż lepsze, to nie do końca porównywalne z poprzednio zbieranymi. Jednocześnie wprowadzono zmiany do klasyfikacji substancji, co dodatkowo utrudnia porównania. Najistotniejszą z perspektywy analiz epidemiologicznych zmianą jest brak w nowej klasyfikacji kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”. W efekcie wszyscy uzależnieni od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo pokaźna grupa, znaleźli się w kategorii „używanie różnych środków”. Uniemożliwia to wyodrębnienie grupy osób uzależnionych od opiatów i śledzenie zmian jej wielkości. Także grupa osób używających samych opiatów jest teraz nieporównywalna z poprzednimi latami. Można się spodziewać, że część lekarzy wypełniających karty mając do czynienia z pacjentem biorącym opiaty i inne środki w sytuacji braku kategorii „opiaty łączone z innymi środkami”, zamiast „uzależnienia mieszanego” wybierze „uzależnienie od opiatów”.

ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA

Analiza epidemiologiczna prezentowana w tym raporcie koncentruje się na prezentacji danych za rok 2005 dotyczących zgłaszalności do leczenia, w tym pierwszorazowej.

W raporcie czytelnik znajdzie charakterystykę demograficzną osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie, analizę dynamiki 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 za 2005 r. prezentowane są na tle danych za 1995 i 2000 r., tak aby można było zilustrować najważniejsze tendencje w dynamice sceny narkotykowej w mieście.

Rozmiary zgłaszalności do leczenia

W latach 1995-2000 obserwujemy trend wzrostowy zgłaszalności do leczenia (tabela 1). W 1995 r. odnotowano 834 osoby, w 2000 – 2194 osoby, tj. ponad dwa i pół raz więcej. W 2005 r. dane udało się uzyskać jedynie od 1274 r. Trudno orzec na ile zmniejszenie się liczby raportowanych zgłoszeń jest efektem ograniczenia liczby zgłaszających się, a na ile wynika ze spadku zasięgu monitorowania.

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 1995 r. takich zgłoszeń odnotowano 34,5%, podczas gdy w 2000 r. – 54,0%. W 2005 r. pacjenci pierwszorazowi stanowili 28,9% wszystkich zgłaszających się do leczenia.

Interpretując zmiany we wskaźniku zgłaszalności do leczenia trzeba pamiętać, że odzwierciedla on nie tylko zmiany w rozmiarach 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. zaosttrzająca 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.

Charakterystyka społeczno-demograficzna

Wśród osób poszukujących leczenia dominują mężczyźni. Rozkład płci zaprezentowany w tabeli 2 podlegał pewnym fluktuacjom. W 1995 r. kobiety stanowiły 22,2% zgłaszających się do placówek. W 2000 r. odsetek ten spadł do 15,5%, by w 2005 r. wzrosnąć do 17,4%.

Struktura wieku osób zgłaszających się do leczenia od 1995 r. podlega jeszcze wyraźniejszym zmianom (tabela 2, wykres 2). W latach 1996-2000 polegały one na wzroście odsetka osób w wieku 16-24 lat i spadku odsetków z grupy 30-44 lat. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 44 roku życia są względnie stałe. Niewiele zmieniała się też kategoria 25-29 lat. Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych traktować można było jako kolejny sygnał narastania fali zjawiska. W 2005 r. rozkład wieku osób zgłaszających się do leczenia bardziej przypomina ten z 1995 r. niż z 2000 r. Odsetki osób w młodszych kategoriach wiekowych, szczególnie 16-19 lat, ale także 20-24 lata wyraźnie spadły w stosunku do 2000 r.

Warto zwrócić uwagę na stosunkowo niewielki i jednocześnie niemal stały 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. Najsilniej reprezentowane dwie są kategorie wykształcenia: podstawowe ukończone (28,4%) oraz średnie ukończone (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.

Zmiany w strukturze wykształcenia wydają się być pochodną zmian w strukturze wieku. Przejściowy wzrost odsetka osób w wieku 16-19 lat odnotowany w 2000 r. zaowocował wysokim odsetkiem osób, które nadal pobierały naukę.

Jedynym stałym trendem, jaki możemy zaobserwować analizując dane, to spadek odsetka osób z nieukończonym wykształceniem średnim.

Większość osób zgłaszających się do leczenia mieszka z rodzicami i ewentualnie innymi krewnymi (74,5%). Tylko 12,54% żyje z współmałżonkiem lub partnerem, a 7,1% zamieszkuje samotnie. Poziom marginalizacji grupy badanej wydaje się mniejszy, niż można by oczekiwać. Osoby bezdomne stanowiły jedynie 1,3%, zaś mieszkańcy instytucji takich jak szpital, przytułek, schronisko, czy areszt tylko 1,4%. W latach 1995, 2000, 2005 nie obserwujemy tu wyraźnego trendu. Wzrost odsetka osób mieszkających w rodzinie pierwotnej obserwowany w 2000 r., a następnie spadek tego odsetka w dużej części daje się wytłumaczyć zmianami w strukturze wieku.

Badanie w zdecydowanej większości nie mieszkają z inną osobą uzależnioną (tabela 6). Jednak w przypadku 18% badanych fakt zamieszkiwania z osobą uzależnioną może być nie najlepszym prognostykiem poradzenia sobie z problemem narkotyków. Odsetek osób w takiej sytuacji jest od 1995 r. względnie stały.

Jednym z wskaźników marginalizacji społecznej może być wymiar aktywności zawodowej. Na tym wymiarze obraz zgłaszających się do leczenia maluje się znacznie gorzej niż na wymiarze mieszkania. Tylko 19,8% badanych pochwalić się może stałą pracą, aż 69,6% zalicza się do bezrobotnych lub pracujących dorywczo. Odsetek osób ze stałym miejscem pracy wrósł lekko w 2000 r. w stosunku do 1995 r., w 2005 r. odnotować trzeba lekki spadek, do poziomu nieco wyższego niż w 1995 r.

Dane z tabeli 8 przekonują, że nie wszystkie osoby zgłaszające się do leczenia w Warszawie to mieszkańcy tego miasta. 26,9% badanych mieszka poza stolicą, w większości jednak, w jej okolicach.

Dane z tabeli 9 przeczą obiegowym sądom o gwałtownym wzroście liczby cudzoziemców podejmujących leczenie z powodu problemu narkomanii. W 2005 r.

odsetek cudzoziemców wśród zgłaszających się do leczenia wyniósł 0,2%. Odsetek ten jest taki sam jak w 2000 r. i niższy niż w 1995 r.

Charakterystykę demograficzną osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu w poszukiwaniu leczenia zawiera tabela 10. W 2000 r. w stosunku do 1995 r. ujawniła się tendencja spadkowa średniego wieku osób zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia. Tendencja ta dotyczyła zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Później średni wiek zaczął wykazywać tendencję wzrostową. W 2005 r. podstawowe parametry demograficzne badanych powróciły do wartości bardzo zbliżonych do 1995 r. Jedynie odsetek osób poniżej 25 roku życia w 2005 r. jest sporo niższy niż w 1995 r. W 2000 r. odsetek ten wzrósł z poziomu 67,6% w 1995 r. do 84,5%. Podobnie stało się z proporcją kobiet. W 1995 r. kobiety stanowiły 18,0% pacjentów pierwszorazowych, w 2000 r. już tylko 15,2%.

Zmiany w obrazie demograficznym grupy zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu potwierdzają tezę o pojawieniu się w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych nowej generacji narkomanów i powiększaniu się jej reprezentacji w lecznictwie. Wedle tych danych za rok 2005 można mniemać, iż sytuacja zaczęła ulegać stabilizacji.

Wzory używania narkotyków

Zawarta w tabeli 11 i na wykresie 2. analiza rozkładu podstawowego narkotyku we wzorze używania środków przez narkomanów w 2005 r. wykazuje, że dla przeważającej większości zgłaszających się rolę tę pełnią opiaty – 67,7%. Amfetamina i inne stymulanty występują jako narkotyk podstawowy u 15,5%, konopie u 12,6% i inne środki u 4,2%. Proces zmian w tym zakresie w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych polegał na zwiększeniu się udziału opiatów i lekkim spadku udziału stymulantów. Dane za 2005 r. wykazały odwrócenie tej tendencji. Nastąpił spadek odsetka osób dla których zasadniczym problemem są opiaty, zaś wzrost udziału osób z problem stymulantów. Jednocześnie trzeba zauważyć także zwiększenie się udziału badanych, dla których głównym środkiem są przetwory

konopi. Wzrost udziału przetworów konopi jako narkotyku podstawowego we wzorze używania w 2005 był na tyle silny, że spowodował przekroczenie poziomu z 1995 r. Inaczej stało się ze stymulantami, których udział pozostaje na poziomie niższym niż w 1995 r.

Jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie narkotyki używane przez osoby zgłaszające się do leczenia (tabela 12 i wykres 3), to zobaczymy, że w 2005 r. opiaty występują u 69,5% zgłaszających się, amfetamina u 31,5%, przetwory konopi u 23,4% i inne u 16,7%. Zamieszczone wyżej rozkłady odnoszące się do 2005 r. trochę odbiegają od rozkładów z lat 1995 i 2000. W 2000 r. można zauważyć wyższą frakcję używających opiaty oraz niższą sięgających po wszystkie inne środki. Spadkowi odsetka osób używających opiaty towarzyszył znaczny wzrost proporcji osób, które przyjmowały stymulanty oraz inne środki a także sporo mniejszy wzrost sięgających po przetwory konopi. Zmiany obserwowane w latach 2000-2005 stanowią odwrócenie tendencji notowanych w poprzednim pięcioleciu, kiedy to zmiany polegały na wzroście odsetka opiatowców oraz spadku odsetka osób używających stymulantów (głównie amfetamina), który był widoczny szczególnie, gdy analizowało się wszystkie narkotyki a także spadku proporcji osób, dla których podstawowym narkotykiem były przetwory konopi.

Umocnienie się pozycji opiatów do 2000 r. wiązało się ze zmianą wzoru używania środków z tej grupy. Jak przekonują dane z tabeli 13 i wykresu 4, w 2000 r. w stosunku do 1995 r., nastąpiło wyraźnie zmniejszenie się proporcji osób używających opiatów domowej produkcji (tzw. „kompot”) oraz wzrost odsetka osób używających heroiny, głównie w odmianie przeznaczonej do palenia, tzw. brown sugar. W 1995 r. użytkownicy „polskiej heroiny” stanowili 34,9%% zgłaszających się do leczenia, w 2000 r. ich udział wynosi już tylko 5,7%. W tym samym czasie odsetek używających heroiny wzrósł z poziomu 0,2% do 67,8%. Także bezwzględne liczbach użytkowników heroiny zwiększyła się w ogromnym stopniu, zmalała natomiast liczba użytkowników „polskiej heroiny”. W 2005 r. liczba użytkowników heroiny zgłaszających się do leczenia utrzymuje się na poziomie podobnym do 2000 r., zaś udział użytkowników „polskiej heroiny” zmalał do poziomu 1,9%.

Zachowania ryzykowne

Ze zmianami w rodzaju dominującego środka korespondują zmiany w sposobie przyjmowania. Nowy wzór, jeszcze do niedawna, wydawał się pod tym względem znacznie mniej destrukcyjny. W 2000 r. w porównaniu z 1995 obserwujemy wyraźnie mniejszy odsetek osób, które kiedykolwiek używały narkotyków w iniekcjach (tabela 14). W 2005 r. notujemy wzrost tego odsetka, jednak do poziomu znacznie niższego niż w 1995 r. Obecnie wynosi on 51,2%.

Spadły także odsetki osób stosujących aktualnie zastrzyki, tzn. w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem (tabela 15, wykres 5). Udział tak zdefiniowanych iniekcyjnych użytkowników narkotyków spadł z 71,5% w 1995 r. do 18,1% w 2000 r. W 2005 r. odnotować trzeba wzrost tego odsetka do poziomu 39,8%. Odsetek przyjmujących narkotyki w iniekcjach wśród zgłaszających się pierwszy raz w życiu był w 2000 r. prawie trzykrotnie mniejszy, niż wśród osób, które już wcześniej podejmowały leczenie. Jak pokazują dane z wykresu 6 już w 1995 r. odsetki stosujących iniekcje były prawie dwukrotnie niższe wśród zgłaszających się pierwszy raz w życiu, niż wśród zgłaszających się ponownie. Przez kolejne pięć lat odsetki te spadały szybciej w pierwszej grupie niż w drugiej. W efekcie w 2000 r. 18,1% zgłaszających się do leczenia używało narkotyków w iniekcji. Analogiczny odsetek wśród pacjentów pierwszorazowych wynosił 9,5%, zaś wśród zgłaszających się ponownie – 28,0%. W 2005 r. odsetek użytkowników iniekcyjnych wśród zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu wzrósł dwukrotnie do poziomu 21,1%, zaś wśród pozostałych o 60% do poziomu 47,3%. W efekcie nadal używanie narkotyków w iniekcjach jest znacznie mniej popularne w grupie pacjentów pierwszorazowych niż wśród leczonych powtórnie, chociaż względna różnica między tymi grupami trochę zmalała. Wszystko to świadczy o załamaniu się pozytywnej tendencji obserwowanej w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych, patrząc na rzecz z perspektywy powikłań zdrowotnych, przede wszystkim ryzyka infekcji i zgonu z powodu przedawkowania.

Inną pozytywną tendencją obserwowaną między 1995 r. i 2000 r. był spadek odsetka osób używających wspólnych igieł i strzykawek wśród osób przyjmujących narkotyki

w zastrzykach (tabela 16, wykres 7). Odsetek ten zmniejszył się z 30,9% w 1995 r. do 14,8% w 2000 r. Można przypuszczać, że przyczyniły się do tego działania z zakresu redukcji szkód, przede wszystkim edukacja oraz programy wymiany igieł i strzykawek. W 2005 r. odsetek osób dzielących się igłami i strzykawkami wśród stosujących iniekcje utrzymuje się na podobnym poziomie co w 2000 r. i wynosi 16,0%.

Zmiany w odsetku używających wspólnych igieł i strzykawek miały inny charakter w grupie osób zgłaszających się pierwszy raz do leczenia i w grupie zgłaszających się ponownie (wykres 8). Wśród tych pierwszych odsetek spadł bardziej w 2005 r., niż w 2000 r. podczas gdy w drugiej grupie już w 2000 r. odnotować trzeba wyraźny spadek. W 2005 r. zaznaczył się tu lekki wzrost. Obecnie 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.

Zakażenia HIV

Jedną z najbardziej dramatycznych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków w zastrzykach są zakażenia HIV. Dane na ten temat zawiera tabela 17 i wykres 9. Podstawą analizy są osoby, które kiedykolwiek w życiu używały narkotyków w iniekcjach. Wśród nich odsetek osób, które poddały się badaniu na obecność przeciwciał HIV spadł z 76% w 1995 r. do 58% w 2000 r. W 2005 r. nastąpił wzrost tego odsetka do poziomu 78%.

Wśród osób badanych, które kiedykolwiek używały narkotyków w zastrzykach, odsetek zakażonych HIV wykazuje tendencję spadkową (tabela 18, wykres 10). W 1995 r. wśród osób, które kiedykolwiek używały narkotyków w zastrzykach i poddawały się badaniu osoby zakażone stanowiły 43,6%, analogiczny odsetek w 2000 r. wynosił 15,6%, zaś w 2005 r. – 4,4%. Biorąc jednak po uwagę znaczną frakcję osób, które chociaż należą do grupy ryzyka, to jednak nie poddają się badaniom testowym 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 seropozytywne.

Dane o statusie HIV osób, które poddawały się badaniom testowym oraz kiedykolwiek używały narkotyków w iniekcjach w podziale na pacjentów pierwszorazowych i powtórnych zawiera tabela 19 i wykres 11. Łatwo zauważyć czytelny trend spadkowy zakażeń HIV w przypadku osób zgłaszających się do leczenia powtórnie. Odsetek zakażonych jeszcze w 1995 r. wynosił 48,7%, a w 2000 r. już tylko 18,7%, zaś w 2005 r. – 4,7%. Nieco inaczej układa się trend w przypadku osób zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu. Tu także notujemy spadek, ale miał on charakter skokowy. W 2000 r. odsetek spadł do 2,9% z poziomu 24,4%. W 2005 r. nastąpił lekki wzrost do poziomu 5,4%. W sumie w latach 2000-2005 możemy mówić właściwie o stabilizacji na poziomie 3-5%. Za nieregularność trendu odpowiedzialne są małe liczby. W każdym z lat liczba osób spełniających kryteria tej analizy (zgłoszenie się do leczenia po raz pierwszy w życiu, używanie kiedykolwiek w życiu narkotyków w zastrzykach, poddanie się testowi na obecność przeciwciał HIV) nie przekraczała 60 przypadków, w tym liczba osób seropozytywnych wahała się od 11 do 1 przypadku.

Wpływ dzielenia się igłami i strzykawkami na zakażenia HIV zobrazowany został na wykresie 12. Wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie w 1999 r., które kiedykolwiek używały narkotyków w zastrzykach wyróżnić możemy takie, które chociaż raz w życiu dzieliły się z innymi sprzętem do iniekcji i takie, które nigdy tego nie robiły. Wśród tych pierwszych 33% jest zakażonych HIV, wśród tych drugich tylko 2%. W 2005 r. analogiczne odsetki wynosiły 7% i 3%. Dane te przekonują o wadze działań z zakresu redukcji szkód adresowanych do osób używających narkotyków w iniekcjach. Działania te, to nie tylko zapewnienie dostępu do sterylnych igieł i strzykawek, ale również edukacja w zakresie unikania szkód i bardziej bezpiecznego przyjmowania narkotyków. Spadek w 2005 r. odsetka zakażonych wśród osób, które kiedykolwiek dzieliły się igłami i strzykawkami i stabilizacja tego odsetka wśród osób, które zawsze używały tylko własnego sprzętu do iniekcji wskazuje na rosnącą rolę innych czynników ryzyka, jak na przykład uprawianie seksu z przygodnymi partnerami bez zastosowania zabezpieczeń.

Charakterystyka zgłoszenia

Zdecydowana większość badanych (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 (9,0%). Wszystkie inne sytuacje pokrywają jedynie 6,3% zgłoszeń. Wśród nich najrzadziej zdarza się skierowanie przez opiekę społeczną (0,2%) i przez lekarza rejonowego (0,3%). Instytucją kierującą dla 2,4% badanych była policja, sąd lub kurator. Wynik ten zdaje się świadczyć o słabości systemu probacyjnego.

Porównanie danych z 2005 r. z danymi z 2000 r. i 1995 r. wskazuje na trend rosnący odsetków osób zgłaszających się do leczenia bez pośrednictwa innych instytucji. Odsetek ten jeszcze w 1995 r. wynosił 74,3%, zaś do 2005 r. wzrósł o ponad 10 punktów procentowych. Wiązało się to ze spadkiem odsetków osób kierowanych przez szpital lub inną placówkę służby zdrowia oraz przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeba też zauważyć lekki wzrost odsetka osób kierowanych przez organa ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Odsetek ten w 2000 r. pozostawał na niemal tym samym, bardzo niskim poziomie, co w 1995 r. (0,4-0,6%), w 2005 r. wzrósł czterokrotnie do poziomu 2,4%.

Efektom zgłoszenia się do leczenia w zdecydowanej większości było jego podjęcie (tabela 21). Jedynie w 0,7% przypadków nie podjęto terapii, ani żadnej innej interwencji. W 19,0% zgłoszenie zakończyło się jedynie udzieleniem porady, wsparcia, czy innej tego typu pomocy. Niemal połowa zgłoszeń skutkowałą detoksykacją lub innymi formami radykalnego odstawienia narkotyków (48,0%). W przypadku co czwartego badanego rozpoczęto długotrwałą psychoterapię bez farmakoterapii (13,1%) lub długotrwałą psychoterapię z podtrzymującą farmakoterapią (12,6%). Jedynie 3,1% zgłoszeń zakończyło się podjęciem leczenia substytucyjnego, zaś 3,2% - skierowaniem do innego ośrodka.

Zmiany w rozkładach procentowych efektów zgłoszenia między 1995 r. i 2005 r. obserwowane w tabeli polegają na spadku odsetków osób, które na wejściu otrzymały psychoterapię wraz z farmakoterapią oraz wzroście udziału osób, które poddane

zostały jedynie psychoterapii. Warto też zauważyć spadek proporcji osób kierowanych od razu do innego ośrodka.

PRZYJĘCI DO LECZNICTWA STACJONARNEGO

Dane dotyczące mieszkańców Warszawy przyjętych do leczenia stacjonarnego gdziekolwiek w kraju stanowią uzupełnienie danych o zgłaszalności do leczenia w mieście. Analizie poddana zostanie dynamika przyjęć, w tym przyjęć pierwszorazowych, zmiany w typach substancji używanych przez leczonych oraz ich charakterystyka demograficzna. Dane warszawskie zostaną zaprezentowane na tle danych ogólnopolskich.

Dynamika przyjęć

W 2005 r. – nowsze dane są niestety jeszcze niedostępne – leczenie stacjonarne podjęło 1023 mieszkańców Warszawy. Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców dla stolicy jest wielokrotnie wyższy, niż dla całego kraju (tabela 22). Porównanie trendów w przyjęciach narkomanów, mieszkańców Warszawy i mieszkańców całego kraju, do leczenia stacjonarnego wykazuje zbieżność w latach 1990-1995. Od 1995 r. zaczęły ujawniać się odmienne tendencje. W Warszawie wskaźnik rósł znacznie szybciej niż na poziomie całego kraju. W efekcie w 2005 r. wskaźnik przyjętych do leczenia stacjonarnego jest w Warszawie znacznie wyższy niż wskaźnik ogólnopolski, podczas gdy w 1990 r. różnica między wskaźnikami była mniejsza.

Dane na temat pacjentów pierwszorazowych zestawiono w tabeli 23. W 1990 r. odsetek pacjentów pierwszorazowych w Warszawie były niższy niż w całej Polsce. Generalnie wzrostowi wskaźników ogólnopolskich w tych latach 1990-2000 towarzyszył wzrost wskaźników w Warszawie. Wzrost w Warszawie był jednak znacznie szybszy i już w 1995 r. stolica przegoniła średnią ogólnopolską. W 2005 r. odsetek pacjentów pierwszorazowych w Warszawie spadł mimo stabilizacji wskaźnika krajowego. W efekcie w Warszawie odsetek podejmujących leczenie w placówkach stacjonarnych po raz pierwszy w życiu jest obecnie niższy niż średnio w kraju.

Oznaczać to może, że obecnie w Warszawie problem narkomanii rozwija się wolniej niż w innych częściach Polski i co za tym idzie formułować można optymistyczne prognozy dla stolicy na najbliższą przyszłość.

Wzory używania narkotyków

Struktury diagnoz wg typu środka w latach 1997, 1999 i 2005 zaprezentowane w tabeli 24 dla Warszawy i w tabeli 25 dla całego kraju pokazują na specyfikę stolicy. W 1999 r. zarówno w Warszawie jak i w całym kraju najliczniejszą grupę stanowiły osoby z problemem opiatów. W Warszawie odsetek osób z problemem opiatów był jednak znacznie wyższy (65%) niż w całym kraju (38,8%). W Warszawie następnymi w kolejności pod względem liczebności są grupy osób nadużywających środków z grupy amfetamin (4,9%), leków uspokajających i nasennych (2,9%) i przetworów konopi (1,9%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%, poza grupą osób z ostatniej kategorii, o których niewiele można powiedzieć (środki mieszane i nieokreślone). Na poziomie całego kraju na drugim miejscu są leki uspokajające i nasenne (8,4%), na trzecim amfetamina i środki wziewne (6,7%), a na czwartym przetwory konopi (2,4%). Porównanie struktury rozpoznań w Warszawie latach 1997 - 1999 pokazuje na istotne zmiany. Przede wszystkim wskazać trzeba na rosnący udział opiatów i spadający amfetamin oraz leków uspokajających i nasennych. Trend ten przedstawia się odmiennie niż obserwowany na poziomie kraju. Wedle danych ogólnopolskich udział opiatów spada, amfetamin rośnie, a leków uspokajających i nasennych jest stabilny.

Porównanie danych z lat 1997-1999 z wcześniejszymi napotyka wspomniane już bariery porównywalności. W latach dziewięćdziesiątych do 1996 r. wśród osób leczonych stacjonarnie, podobnie jak w latach ubiegłej dekady, dominowali pacjenci uzależnieni od opiatów produkowanych domowym sposobem. Dla niektórych z nich opiaty były jedynym używanym środkiem, pozostali obok opiatów przyjmują również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a ostatnio coraz częściej amfetaminę. Opiaty były jednak zwykle podstawowym środkiem wyznaczającym charakter

uzależnienia. Pacjenci z obu grup stanowili w 1996 r. ponad 70% leczonych. Zmiany w klasyfikacji nie pozwalają obecnie na identyfikację wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabel 24 i 25. zidentyfikować możemy w Warszawie następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- wzrost w 1999 r. odsetka osób z problemem opiatów i jego spadek w 2005 r.
- Lekki spadek odsetka osób nadużywających amfetaminy w 1999 r. i stabilizację w 2005 r.
- Stabilizację odsetka osób z problemem konopi
- Stabilizację udziału osób nadużywających kokainy
- W 1999 r. spadek odsetka osób nadużywających leków uspokajających i nasennych i jego wzrost w 2005 r.
- Stabilizacje rozpowszechnienia problemu substancji wziewnych

Charakterystyka demograficzna

Struktura demograficzna leczonych stacjonarnie mieszkańców Warszawy odbiega od struktury ogólnopolskiej. Odsetek kobiet wśród leczonych mieszkańców stolicy (tabela 26) jest nieznacznie niższy (22,1%) niż średnio w kraju (23,6%). Trend w ostatnich ośmiu latach jest taki sam i ma charakter spadkowy. Pod względem wieku leczenia mieszkańcy Warszawy znacznie bardziej wyróżniają się spośród wszystkich leczonych (tabela 27). Wśród warszawiaków znacznie silniej reprezentowane są kategorie wiekowe 20-24 lata, 25-29 lat oraz 30-34 lata. W pozostałych kategoriach odsetki w stolicy są niższe niż średnio w kraju. Kumulacja leczonych w tych kategoriach wieku dokonywała się stopniowo w czasie ostatnich lat. Jeszcze w 2000 r. odsetki leczonych w wieku 16-19 lata były znacznie wyższe.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Podsumowując prezentacje obrazu problemu narkomanii w Warszawie wyłaniającego się z analizy zgłaszalności do leczenia trzeba wskazać na tendencję do stabilizacji wskaźników. Tendencja stabilizacyjna pojawiła się w Warszawie wcześniej niż na poziomie kraju. Mniejszy od średniej ogólnopolskiej odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród mieszkańców Warszawy leczonych stacjonarnie potwierdza ten rezultat. Wartość wskaźnika dla stolicy jest dużo wyższa niż na poziomie całego kraju.

Specyfiką stolicy jest koncentracja zgłaszających się do leczenia w mieście, a także leczonych stacjonarnie gdziekolwiek w kraju mieszkańców Warszawy, w grupie wieku 20-24 lata. Dokonała się ona w ciągu ostatnich kilku lat w wyniku pojawienia się nowej generacji narkomanów.

Dane o zgłaszalności do leczenia w Warszawie ujawniły problem heroiny. Heroina do palenia tzw. „brown sugar” stała się narkotykiem zdecydowanie najbardziej rozpowszechnionym wśród osób zgłaszających się do leczenia w mieście. Opiaty produkowane domowym sposobem, czyli tzw. polska heroina, w Warszawie należy już do rzadkości.

Zmianie typu podstawowego narkotyku towarzyszą zmiany w dominujących sposobach przyjmowania narkotyków. Po silnym spadku popularności używania narkotyków w iniekcjach, nastąpił jej wzrost, przy czym daleko jeszcze do poziomu z 1995 r. Wśród osób, które stosują iniekcje do końca lat dziewięćdziesiątych wyraźnie zmniejszyła się odsetek używających wspólnych igieł i strzykawek. Do 2005 r. w grupie osób zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu tendencja ta utrzymuje się, zaś w grupie osób, które już kiedyś były leczone widać oznaki odwrócenia się tej tendencji.

Dane za 2005 r. potwierdziły kontynuację spadkowego trendu odsetka zakażonych HIV wśród osób, które używały kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach i zgłaszały się do leczenia. jednocześnie sugerują one odwrócenie się niekorzystnej tendencji spadkowej zgłaszalności do testowania.

WNIOSKI

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

1. Warszawa należy do miast o najwyższych wskaźnikach rozpowszechnienia narkomanii. Dlatego też szeroko rozumiane zapobieganie temu problemowi w mieście powinno stanowić priorytet dla władz samorządowych. Konstatacja ta powinna leż u podstaw prac nad zintensyfikowaniem oferty profilaktycznej i pomocowej.
2. Problem narkomanii w Warszawie lokuje się przede wszystkim wśród osób w wieku 20-24 lata, w większym stopniu niż ma to miejsce w innych częściach kraju reprezentowana jest grupa wiekowa 25-34 lat. Wymaga to rozwijania oferty terapeutycznej i pomocowej z myślą o potrzebach dorosłych 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). Wprawdzie wśród zgłaszających się do leczenia nadal dominują używający heroiny w drodze palenia, a dożylny „kompot” stracił popularność, to jednak obserwuje się nie tylko wzrost odsetka użytkowników iniekcyjnych, ale także używających wspólnych igieł i strzykawek.
4. Dotychczasowe sukcesy w zakresie ograniczania szkód widoczne w trendach zakażeń HIV nie oznaczają, że nie można zrobić więcej. Wydaje się, że należy nie tylko zadbać o utrzymanie istniejącej aktywności, ale także rozszerzać jej zakres na nowe pola (np. użytkownicy narkotyków syntetycznych, czy osoby palące regularnie konopie).
5. Wzrost odsetka testowanych na obecność przeciwciał HIV w płynach ustrojowych wśród osób używających narkotyków w zastrzykach w Warszawie po spadku notowanym w końcu lat dziewięćdziesiątych może być interpretowany w

6. Widoczna w danych za 2005 rok tendencja do powrotu zjawiska dzielenia się igłami i strzykawkami wymaga podjęcia zdecydowanych kroków zaradczych. Jak wynika z danych zagrożenie zdaje się lokować przede wszystkim wśród osób, które już wcześniej korzystały z leczenia. Oznacza to konieczność położenia większego nacisku w trakcie leczenia na edukację w zakresie reguł zwiększanie poziomu bezpieczeństwa przy używaniu narkotyków, a przede wszystkim reguły stosowania tylko sterylnych igieł i strzykawek. Dużą rolę powinna też tu odegrać strategia prowadzenia takich działań, jak aktywne docieranie do narkomanów w ich środowisku prowadzone wedle metodologii out-reach (Rhodes 1996).

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 w latach 1995, 2000 i 2005 (liczby osób poszukujących leczenia oraz odsetki pierwszorazowych)

lata	Pierwsze zgłoszenie w życiu	Ponowne zgłoszenie	Zgłoszenia ogółem	% pierwszorazowych wśród zgłoszeń ogółem
1995	276	524	834	34,5
2000	1147	976	2194	54,0
2005	386	885	1274	28,9

Tabela 2. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg płci (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Mężczyźni	77,8	84,4	82,6
Kobiety	22,2	15,5	17,4

Tabela 3. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg wieku (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
- 15	0,5	1,7	1,2
16-19	8,8	25,3	5,9
20-24	30,5	50,8	40,9
25-29	18,5	14,5	33,4
30-34	19,3	3,2	11,3
35-39	14,5	1,8	3,6
40-44	6,1	1,7	1,5
45 +	1,9	1,2	2,2
Razem	100,0	100,0	100,0

Tabela 4. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg wykształcenia (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
podstawowe nieukończone	1,4	1,9	1,4
podstawowe pełne	23,3	15,2	28,4
zasadnicze zawodowe nieukończone	3,9	7,0	3,0
zasadnicze zawodowe pełne	17,6	16,1	19,6
średnie nieukończone	15,8	13,8	9,8
średnie pełne	25,5	26,9	28,2
wyższe	4,2	1,6	3,8
nadal się uczy	8,3	17,4	5,7

Tabela 5. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg struktury kim mieszka (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
samotnie	8,1	3,2	7,1
z rodzicami, krewnymi	63,6	84,4	74,5
z przyjaciółmi	2,5	1,6	1,9
ze współmałżonkiem/partnerem	18,1	9,9	12,4
w instytucji	0,8	0,2	1,4
bezdomy	6,3	0,4	1,3
inne	0,6	0,2	1,3

Tabela 6. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg zamieszkania z osobą uzależnioną (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Mieszka z osobą uzależnioną	17,2	18,8	17,9
Nie mieszka z osobą uzależnioną	82,8	81,2	82,1

Tabela 7. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg aktywności zawodowej (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
stałe zatrudnienie	17,6	23,6	19,8
bezrobotny/praca dorywcza	65,3	54,2	69,6
inne	17,2	22,2	10,6

Tabela 8. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg zamieszkania w Warszawie (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Mieszka w Warszawie	71,6	81,4	74,0
Mieszka poza Warszawą	28,4	18,6	26,0

Tabela 9. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000 i 2005 wg obywatelstwa (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Polskie	99,2	99,8	99,8
Inne	0,8	0,2	0,2

Tabela 10. Charakterystyka osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu do leczenia

lata	Średni wiek			% <25 roku życia	% kobiet
	mężczyźni	kobiety	ogółem		
1995	24	26	24	67,6	18,0
2000	21	20	21	84,5	15,2
2005	24	24	24	58,7	18,8

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

	1995	2000	2005
Opioidy	62,2	76,5	67,7
Stymulanty	18,1	12,2	15,5
Konopie	11,1	10,1	12,6
Inne	8,7	1,3	4,2

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

	1995	2000	2005
Opioidy	64,1	78,7	69,5
Stymulanty	46,0	22,2	31,5
Konopie	25,2	18,0	23,4
Inne	44,6	8,1	16,7

Tabela 13. Opioidy używane w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia (odsetki badanych)

	1995	1999	2000
Opioidy - w tym:	64,7	78,7	69,5
„kompot”	34,9	5,7	1,9
heroina	0,2	67,8	66,5
morfina	0,4	0,1	0,5
kodeina	0,2	0,1	0,5
metadon	-	-	0,2
inne	1,0	0,8	0,5
nieokreślone	28,3	1,3	-

Tabela 14. Używanie narkotyków w zastrzykach kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Wszyscy	75,9	25,6	51,2
Pierwszorazowi	49,7	13,2	25,5
Pozostali	83,9	40,4	61,4

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

	1995	2000	2005
Wszyscy	71,5	18,1	39,8
Pierwszorazowi	44,5	9,5	21,1
Pozostali	79,7	28,0	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 (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Wszyscy	30,9	14,8	16,0
Pierwszorazowi	20,9	17,9	13,0
Pozostali	32,7	13,6	16,5

Tabela 17. Badania na obecność przeciwciał HIV wśród osób używających kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
Badani na HIV	76,0	58,1	78,2
Nigdy nie badani	24,0	41,9	21,8

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

	1995	2000	2005
HIV+	43,6	15,6	4,4
HIV-	50,5	80,0	89,4
Wynik nieznany	5,9	4,4	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 (odsetki badanych)

		1995	2000	2005
Pierwszorazowi	HIV+	24,4	2,9	5,4
	HIV-	75,6	97,1	94,6
Pozostali	HIV+	48,7	18,7	4,7
	HIV-	51,3	81,3	95,2

Tabela 20. Skierowanie do leczenia (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
sam/rodzina/przyjaciele	74,3	81,6	84,7
inny ośrodek leczenia narkomanii	10,5	12,9	9,0
lekarz ogólny/rejonowy	1,6	0,2	0,3
szpital/inna placówka służby zdrowia	11,9	4,2	1,5
opieka społeczna	0,3	-	0,2
sąd/kurator/policja	0,4	0,6	2,4
inne	1,0	0,6	1,9

Tabela 21. Efekt zgłoszenia się do leczenia (odsetki badanych)

	1995	2000	2005
detoksykacja/radykalne odstawienie narkotyków	25,8	40,5	48,0
długotrwała farmakoterapia zastępcza podtrzymująca	4,6	0,7	3,1
długotrwała psychoterapia/bez farmakoterapii	7,8	8,3	13,1
pomoc/wsparcie/porada	17,1	30,9	19,0
skierowano do innego ośrodka	13,2	6,5	3,2
psychoterapia z podtrzymującą farmakoterapią	18,3	11,3	12,6
terapii nie rozpoczęto	1,6	0,5	0,7
inne	1,0	0,5	0,1
decyzji nie podjęto/brak danych	10,7	0,7	0,1

Tabela 22. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	Warszawa		Polska	
	liczba osób	wskaźnik	liczba osób	wskaźnik
1990	257	15,5	2803	7,3
1995	311	19,0	4223	10,9
2000	1361	84,3	8590	22,2
2005	1500	88,4	13320	34,9

Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 23. Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1998 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	1990	1995	2000	2005
Warszawa				
Pierwszorazowi	71	124	993	628
Wszyscy	257	295	1361	1500
% pierwszorazowych	27,6	42,0	73,0	47,6
Polska				
Pierwszorazowi	1260	1759	5075	7024
Wszyscy	2803	4223	8590	13320
% pierwszorazowych	45,0	41,7	59,1	55,9

Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 24. Mieszkańcy Warszawy przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997, 1999 i 2005 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1997	1999	2005
Opiaty	51,1	65,0	50,1
Uspokajające i nasenne	5,4	2,9	5,1
Kokaina	1,1	0,9	0,5
Konopie	2,4	1,9	2,6
Amfetamina	8,8	4,9	4,5
Halucynogeny	1,9	0,4	0,1
Wziewne	0,9	0,5	0,1
Mieszane i nieokreślone	28,4	23,6	36,9
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 25. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w Polsce w latach 1997, 2000 i 2005 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1997	1999	2005
Opiaty	43,3	38,8	18,7
Uspokajające i nasenne	8,4	8,4	10,6
Kokaina	0,9	0,8	0,6
Konopie	1,3	2,4	3,0
Amfetamina	3,8	6,7	8,0
Halucynogeny	1,3	1,3	0,4
Wziewne	10,0	6,7	1,7
Mieszane i nieokreślone	30,9	34,9	57,0
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 26. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997, 1999 i 2005 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Płeć	1997	2000	2005
Warszawa			
Mężczyźni	72,6	72,0	77,9
Kobiety	27,4	28,0	22,1
Polska			
Mężczyźni	73,8	78,0	76,4
Kobiety	26,2	22,0	23,6

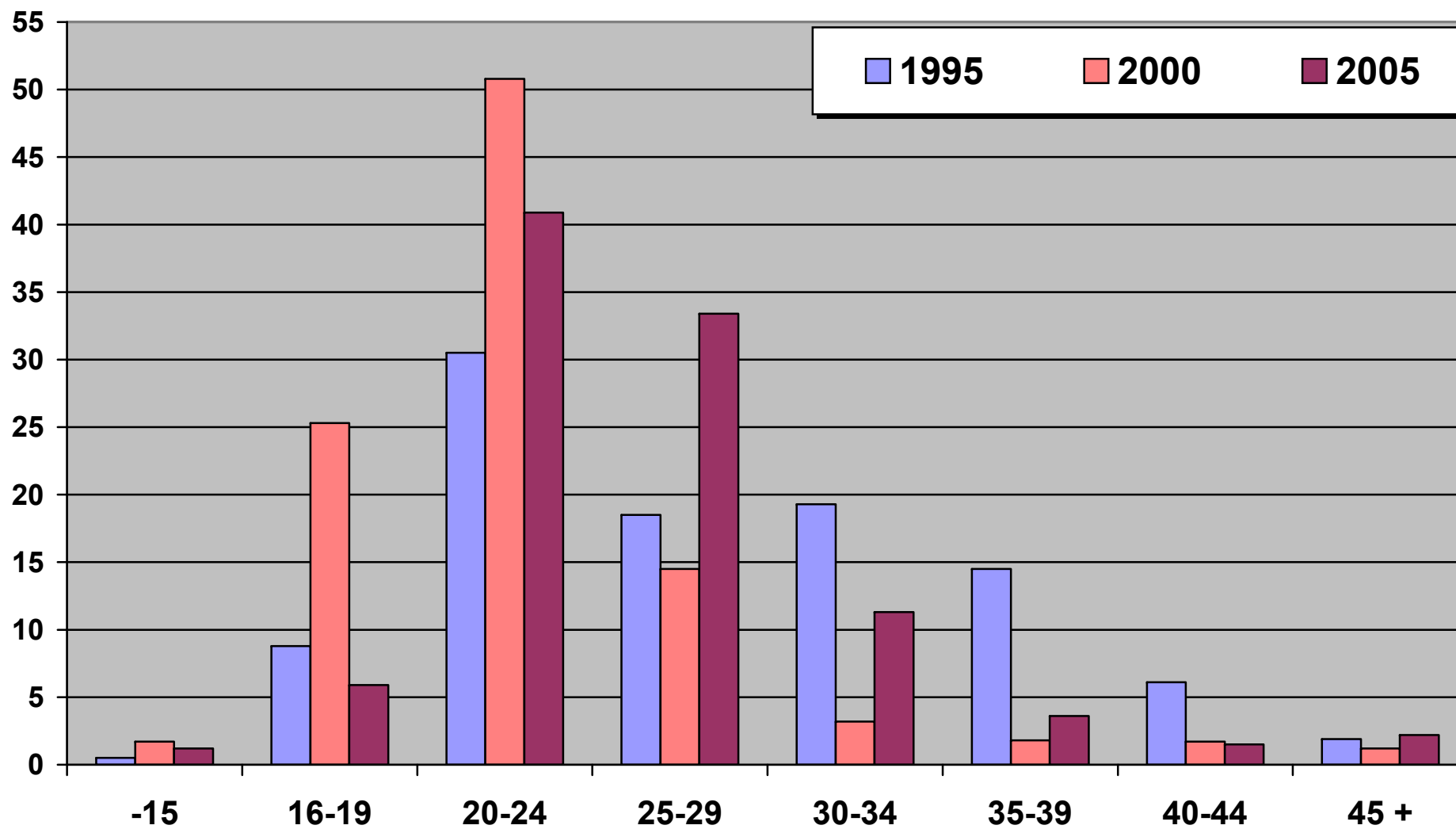
Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 27. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2000 r. i w 2005 r. w Warszawie i w całym kraju z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (ICD X: F11-F16; F18; F19) wg wieku

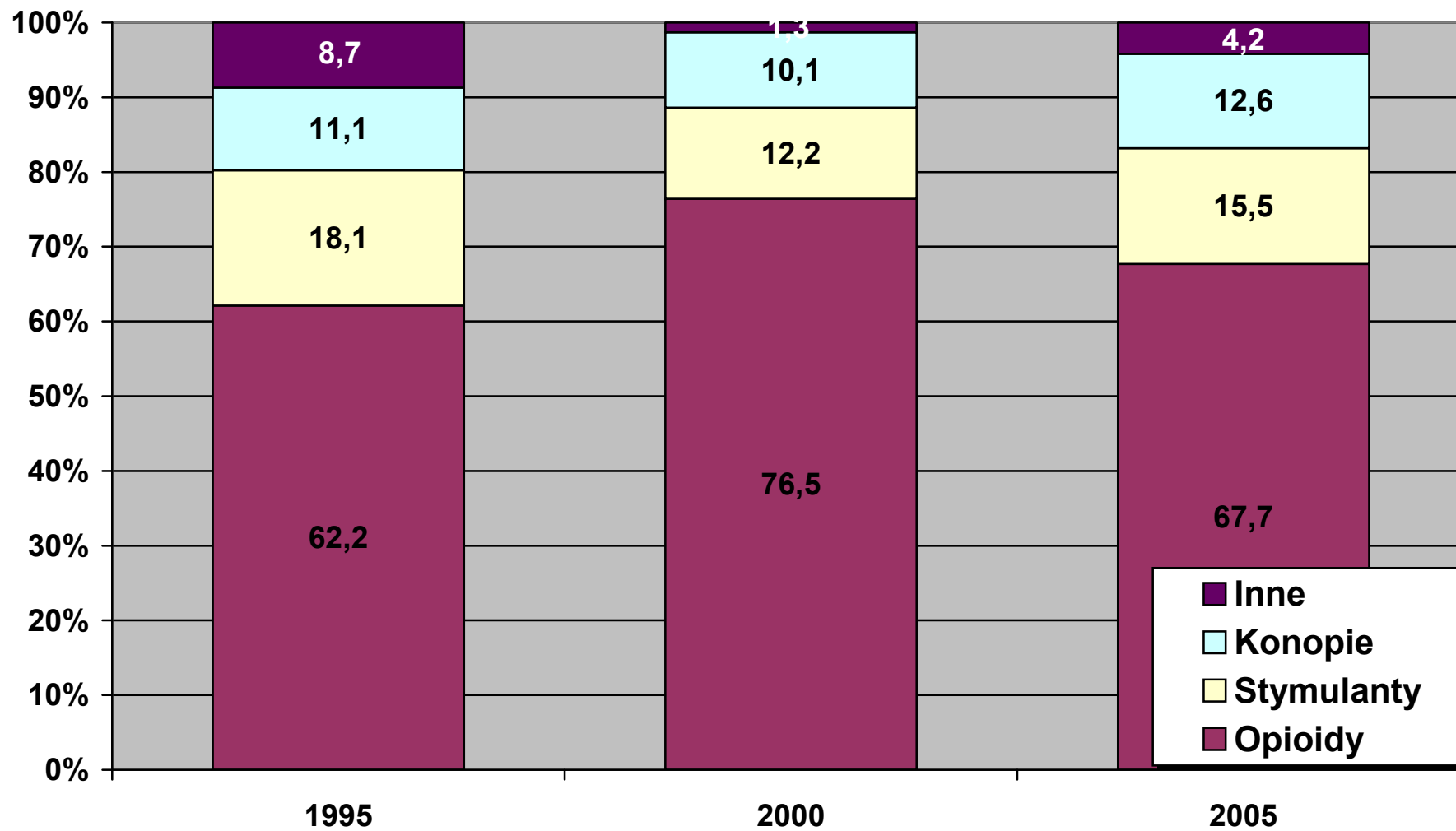
Struktura wieku	Odsetki pacjentów			
	Warszawa		Polska	
	2000	2005	2000	2005
- 15	2,2	0,7	2,9	1,9
16-19	34,2	10,8	24,2	16,3
20-24	41,1	33,5	30,5	29,0
25-29	12,3	30,3	14,3	19,5
30-34	2,9	10,9	7,9	9,0
35-39	2,6	4,4	6,7	5,6
40-44	2,4	2,6	5,5	5,1
45 +	2,2	6,8	7,9	13,6

Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

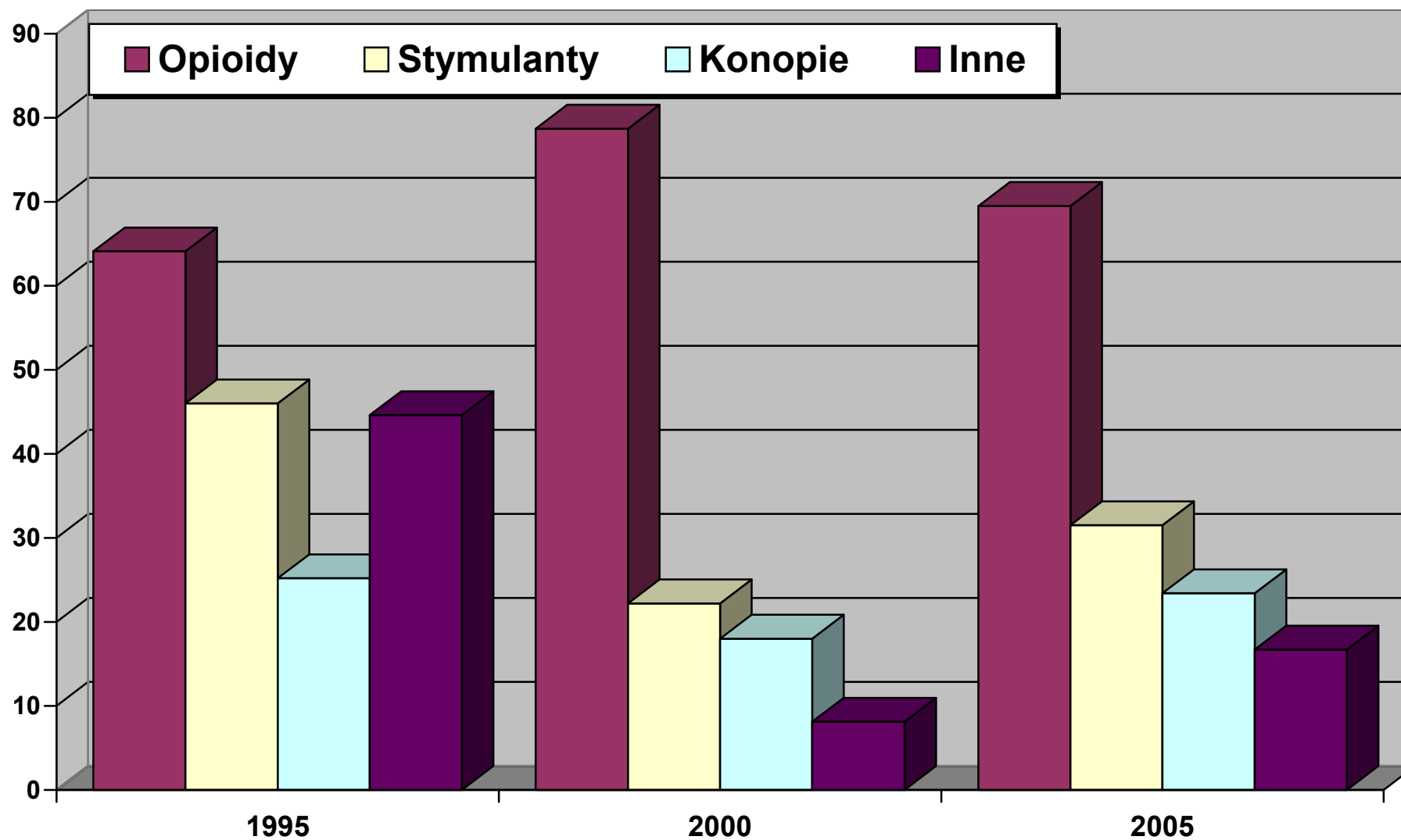
Wykres 1. Zgłaszający się do leczenia w latach 1995-2000 wg wieku



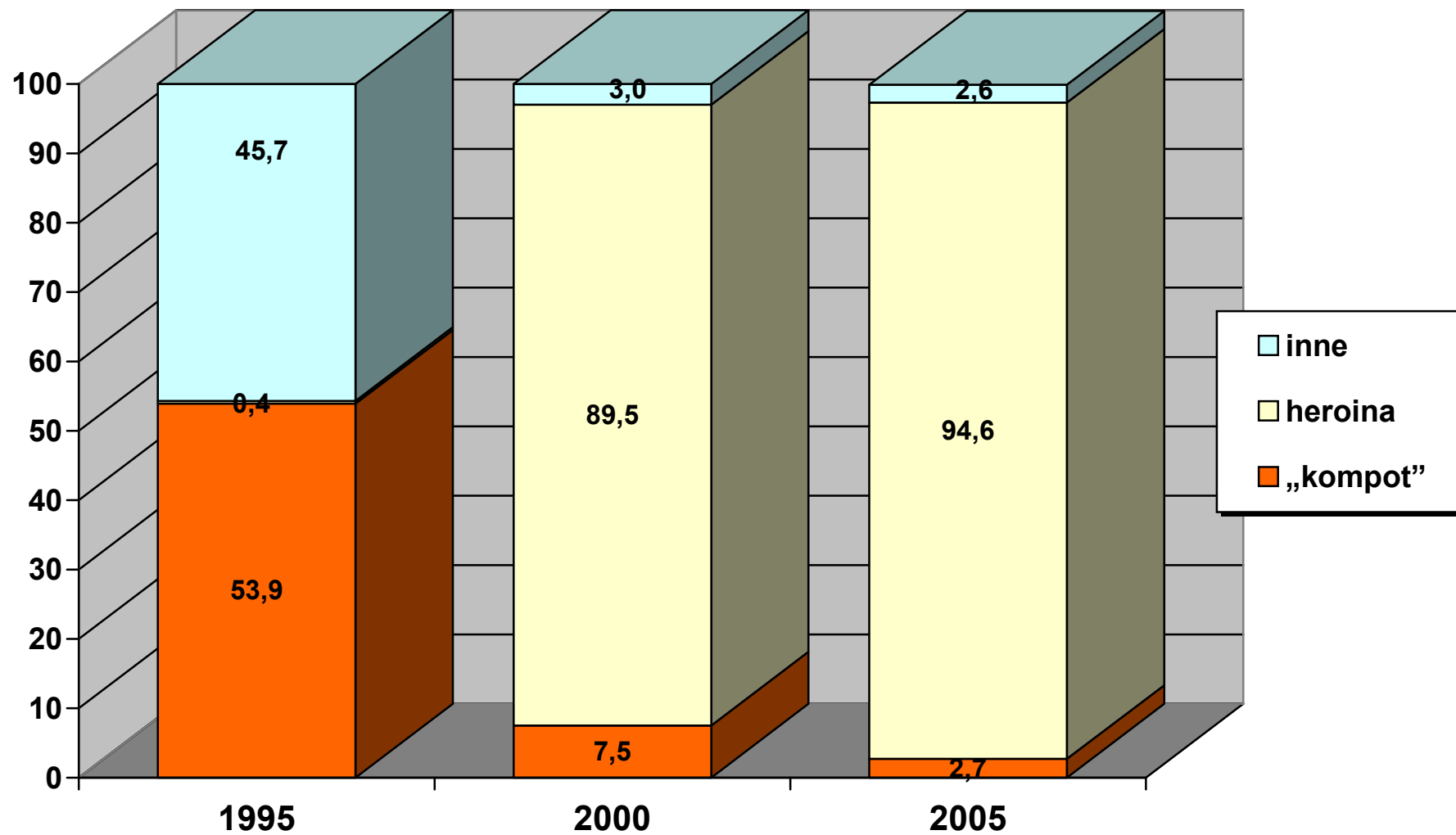
Wykres 2. Narkotyki używane w Warszawie jako narkotyk podstawowy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia – odsetki respondentów



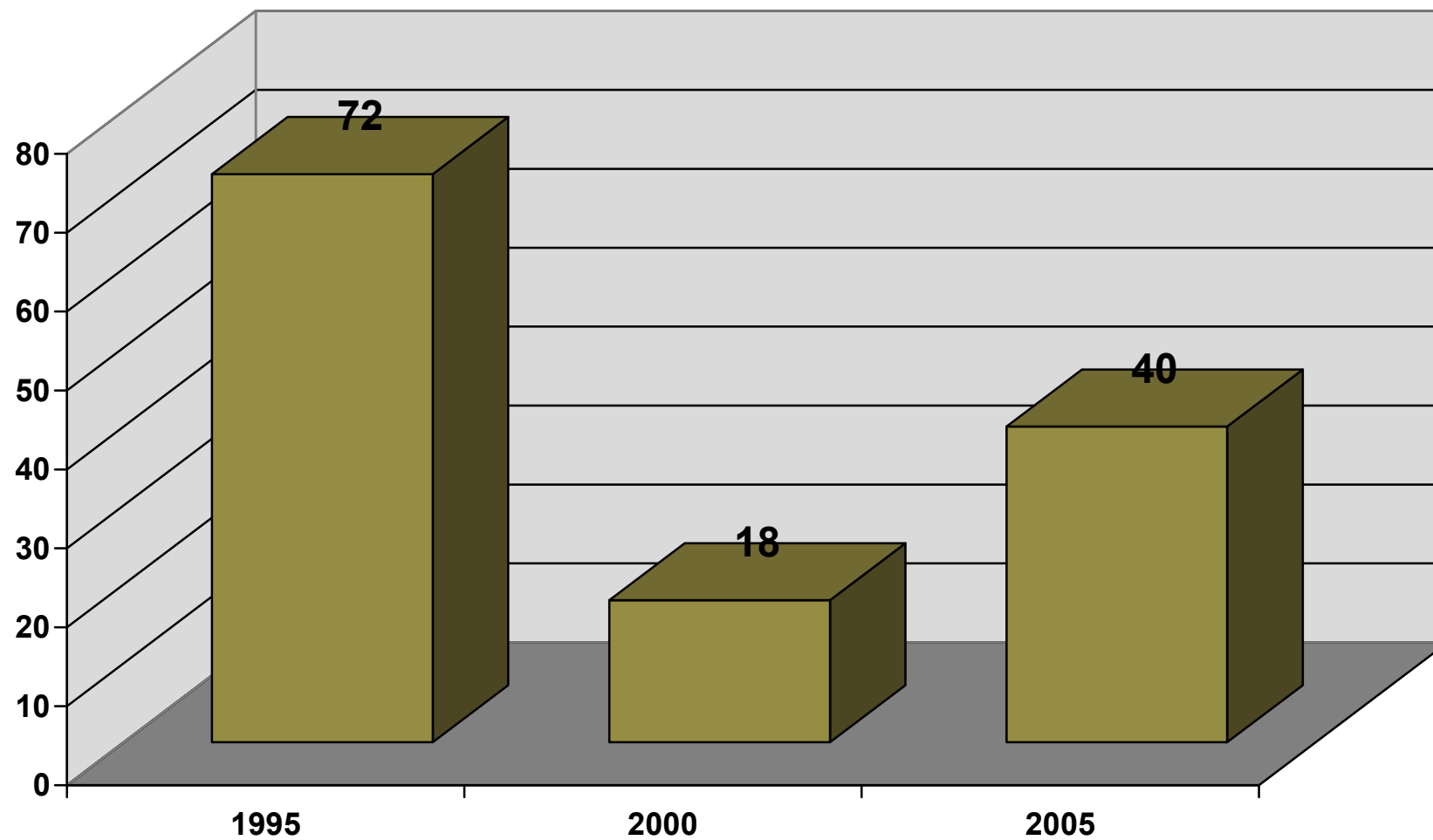
Wykres 3. Narkotyki używane w Warszawie w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia – odsetki respondentów



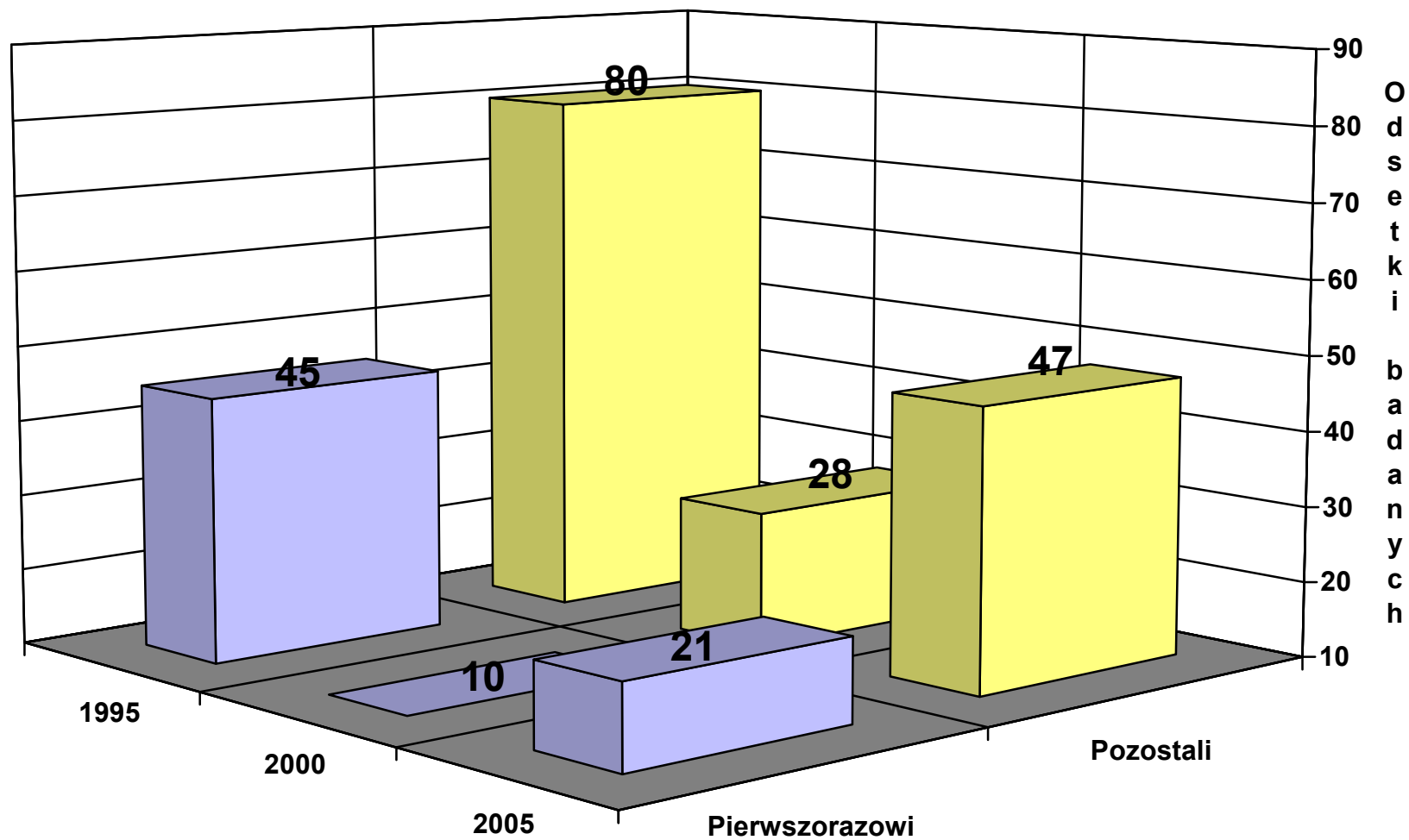
Wykres 4. Osoby używające opiatów zgłaszające się do leczenia w Warszawie w latach 1995, 2000, 2005



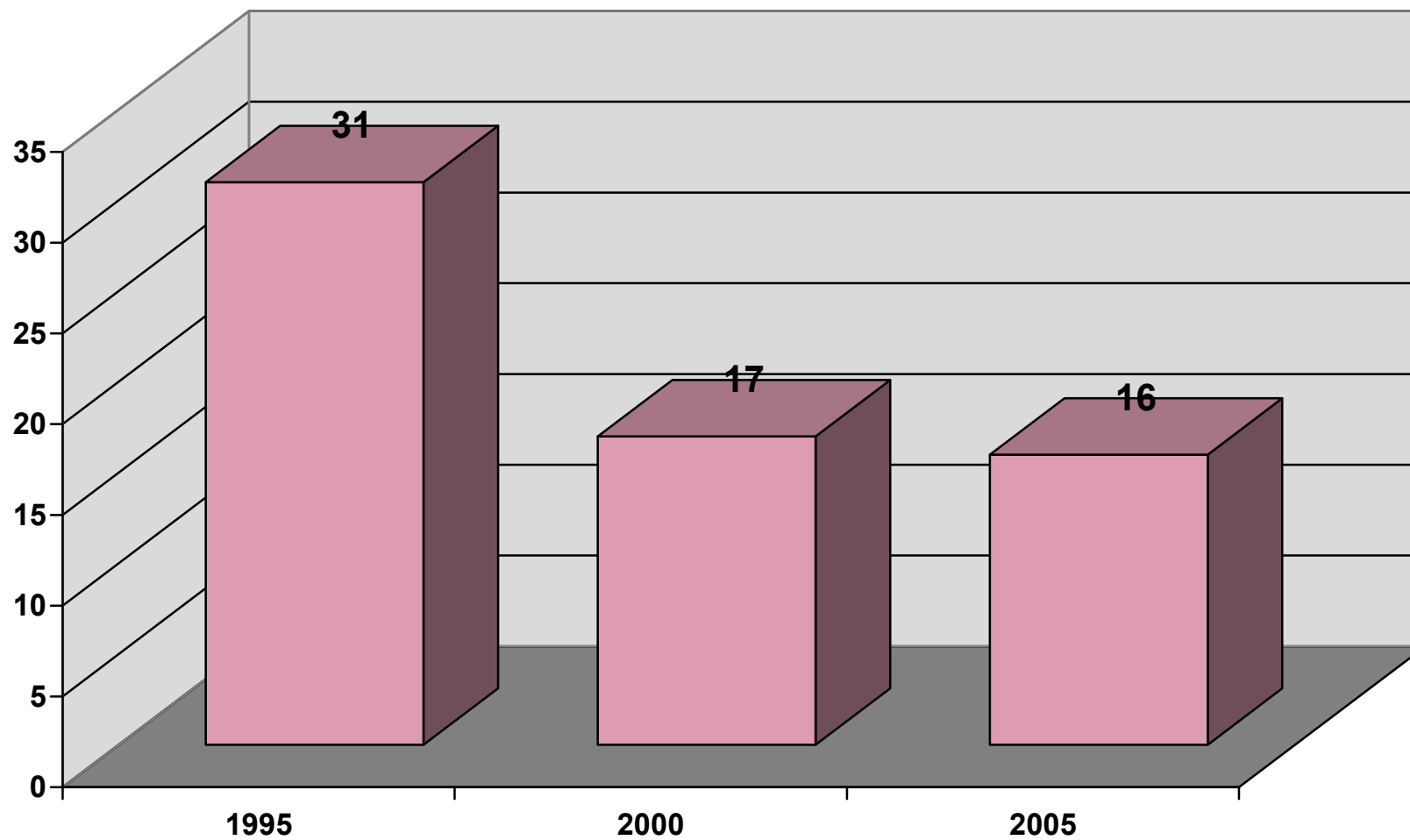
Wykres 5. Aktualne używanie narkotyków w zastrzykach wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie



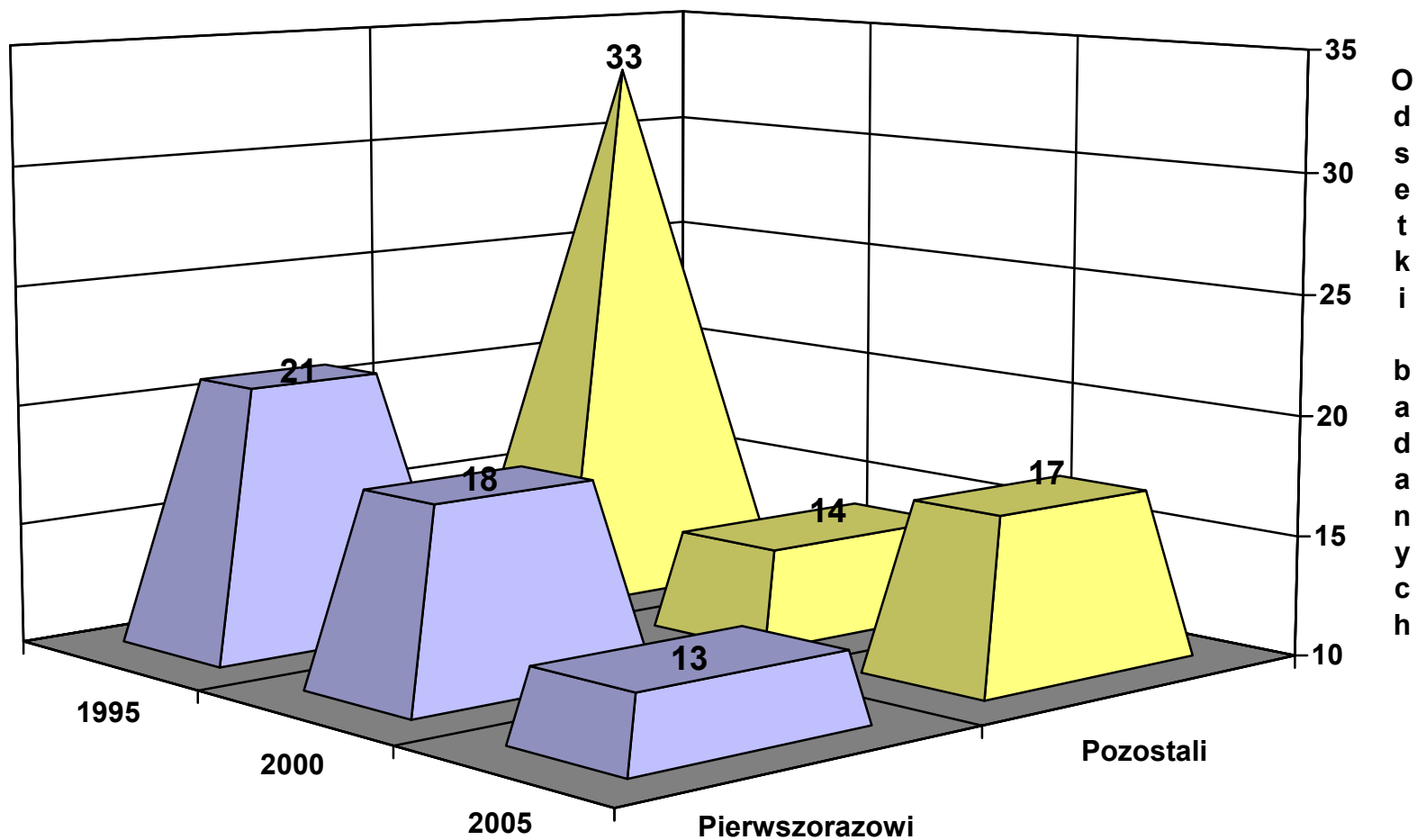
Wykres 6. Aktualne używanie narkotyków w zastrzykach wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie



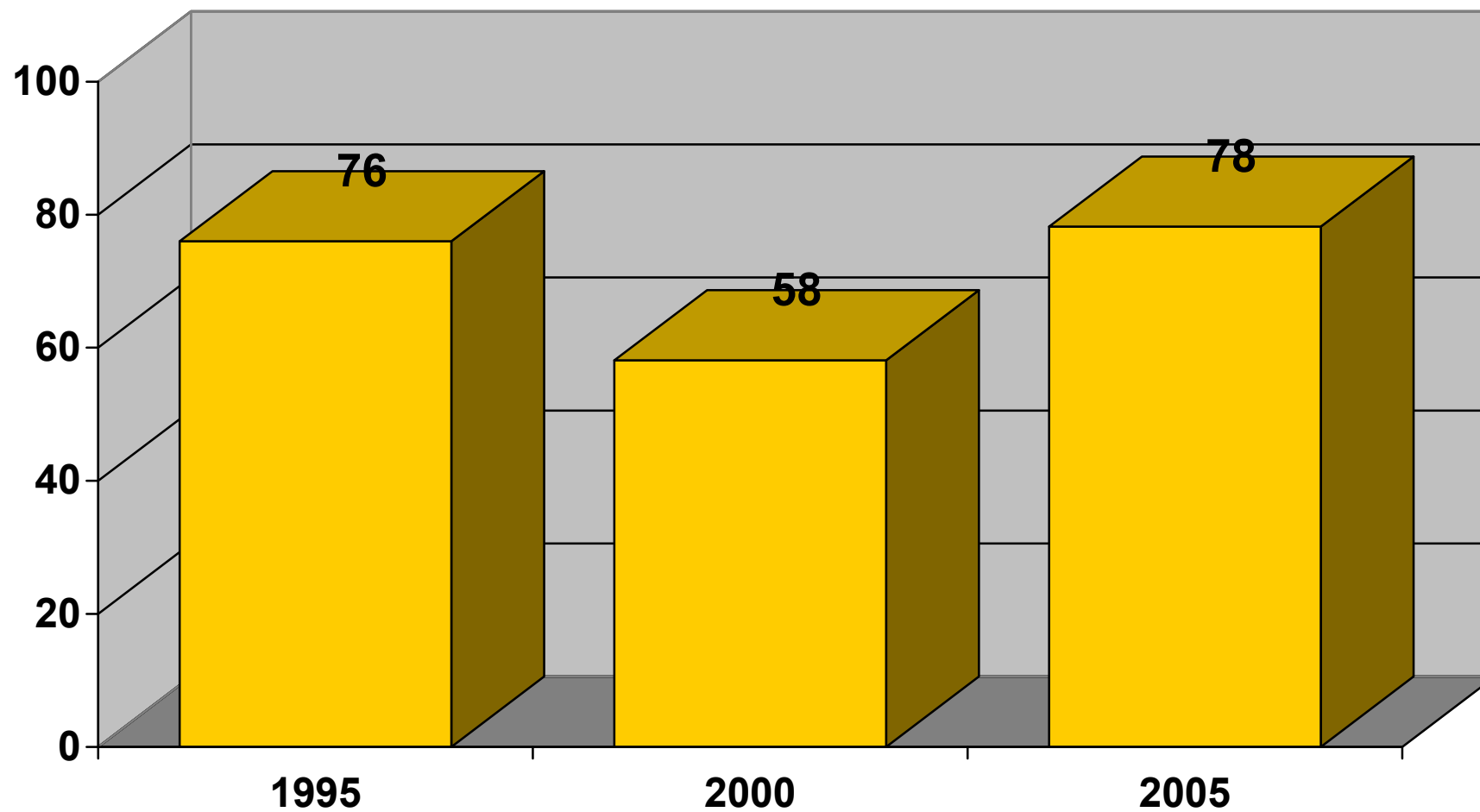
Wykres 7. Używanie wspólnych igieł i strzykawków wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje



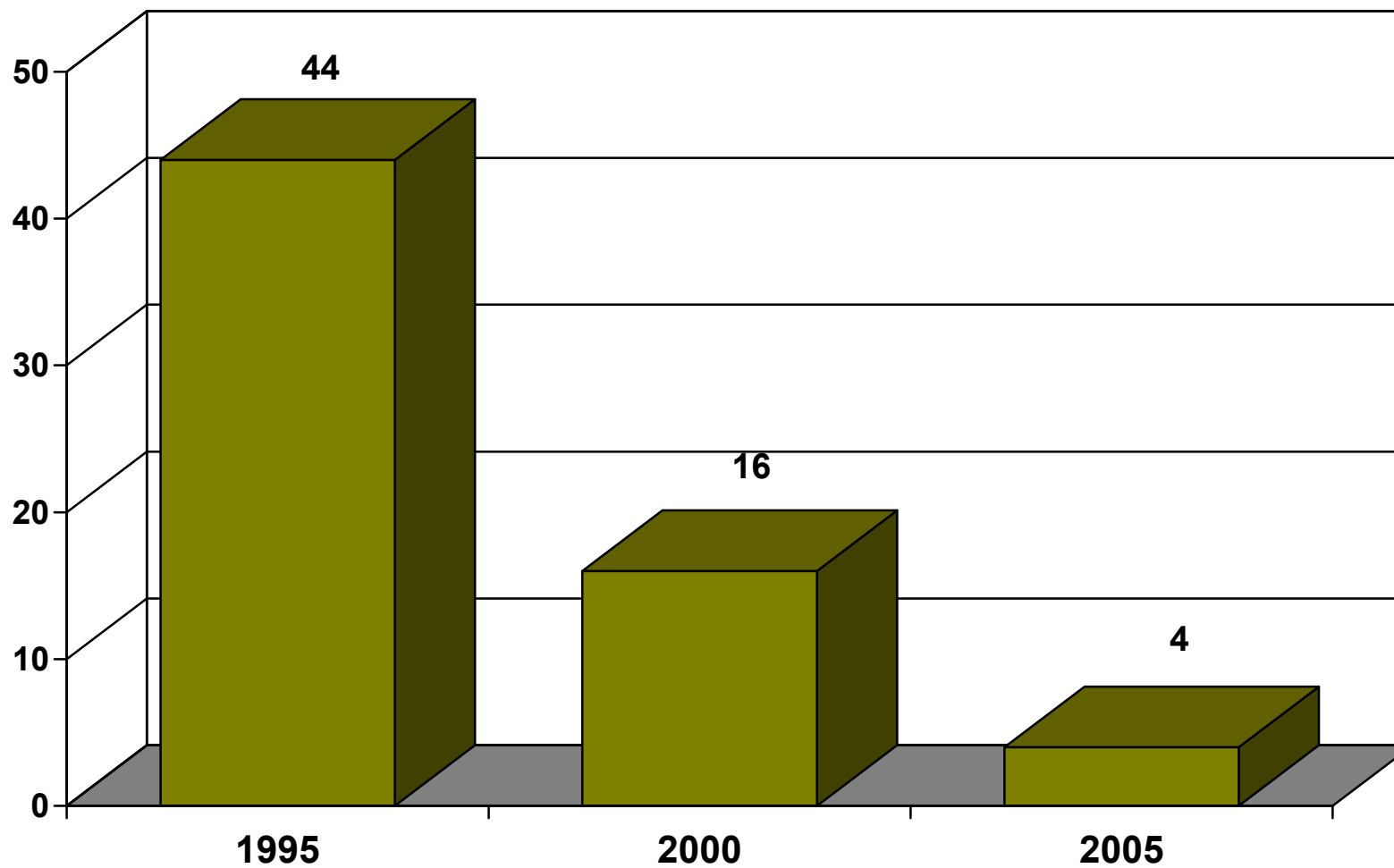
Wykres 8. Używanie wspólnych igieł i strzykawek wśród osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu i zgłaszających się ponownie, używających narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem



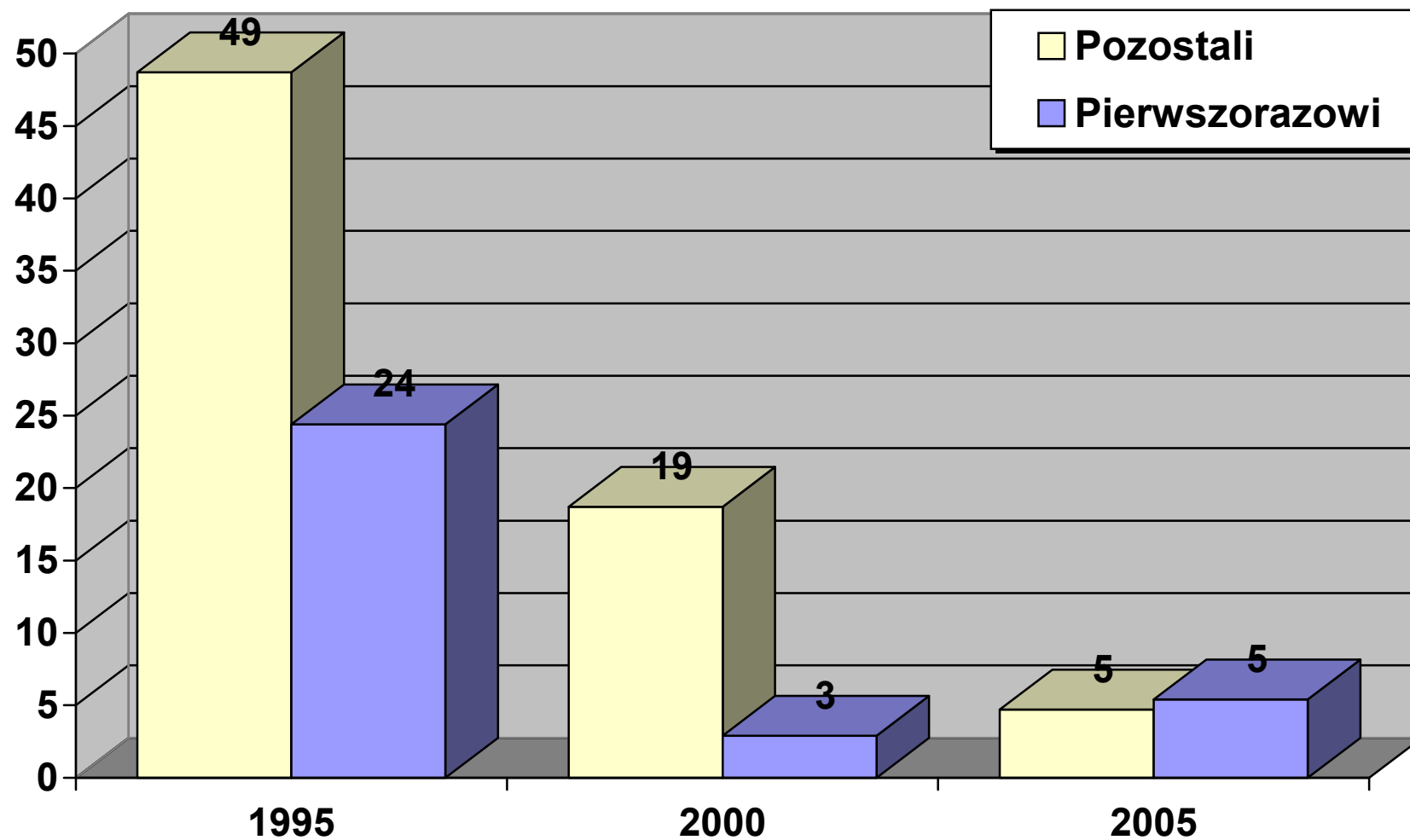
Wykres 9. Odsetki badanych na obecność przeciwciał HIV wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje



Wykres 10. Odsetki zakażonych HIV wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących kiedykolwiek iniekcje, którzy byli badani na obecność przeciwciał HIV.



Wykres 11. Odsetki zakażonych HIV wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje, badanych na obecność przeciwciał HIV, w podziale na pierwszorazowych i pozostałych



Wykres 12. Status HIV wśród osób, które kiedykolwiek stosowały zastrzyki oraz były badane na obecność przeciwciał HIV - zgłaszający się do leczenia w Warszawie w 1999 r. i 2005 r. (odsetki badanych)

