

KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Janusz Sieroślawski

**MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW
I NARKOMANII W WARSZAWIE**

PROJEKT MULTI-CITY STUDY

Raport z monitorowania zgłaszalności do leczenia

WARSZAWA 2002

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	10
Zachowania ryzykowne	11
Zakażenia HIV	12
PRZYJĘCI DO LECZNICTWA STACJONARNEGO	14
Dynamika przyjęć	14
Wzory używania narkotyków	15
Charakterystyka demograficzna	16
PODSUMOWANIE WYNIKÓW	17
WNIOSKI	18
PRZYPISY	20
TABELE	22
WYKRESY	31

WPROWADZENIE

Projekt badawczy „Multi-City Study” realizowany jest we współpracy z Grupą Pompidou. Grupa Pompidou działa przy Radzie Europy i zajmuje się koordynacją współpracy krajów członkowskich w zapobieganiu narkomanii. W jej ramach powołano Zespół Ekspertów ds. Epidemiologii Narkomanii, który odpowiedzialny jest za monitorowanie sytuacji epidemiologicznej. Jednym z przedsięwzięć tego zespołu jest właśnie projekt „Multi-City Study”.

Zasadniczym celem tego projektu jest stałe monitorowanie sceny lekowej w poszczególnych miastach, wystandaryzowanymi metodami, co zapewnia 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 lecznictwa uzależnień lekowych w mieście i obejmują lata 1995-2000.

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 monitorowanie 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 na pierwszy rzut oka wydawało. 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 lecznictwo 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 lata 1990-1996 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 za lata 1997-1999 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 trendów zgłaszalności do leczenia, w tym pierwszorazowej, charakterystyce demograficznej, tendencji w dynamice wzorów używania narkotyków, zachowań

ryzykownych oraz konsekwencji używania narkotyków w iniekcjach jakimi są zakażenie HIV.

Rozmiary zgłaszalności do leczenia

W latach 1995-2000 obserwujemy trend wzrostowy zgłaszalności do leczenia (tabela 1, wykres 1). W 1995 r. odnotowano 834 osoby, w 2000 – 2194 osoby, tj. ponad dwa i pół razy więcej.

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 276 (34,5%), podczas gdy w 2000 r. – 1147 (54,0%). Jak pokazują dane, w ostatnim roku pojawiła się tendencja spadkowa w zakresie odsetka zgłoszeń pierwszorazowych wśród wszystkich zgłaszających się do leczenia, po notowanej w poprzednim roku stabilizacji i wzroście w latach wcześniejszych.

Dynamikę zgłaszalności do leczenia w tym okresie w podziale na zgłaszających się pierwszy raz w życiu oraz zgłaszających się powtórnie prześledzić można na wykresie 2. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1995 r. przyjęto za 100, a dane z kolejnych lat przedstawiono w proporcji do tych danych wyjściowych. W ten sposób przetworzone wskaźniki pokazują, jaki procent wielkości z 1995 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych pierwszy raz w życiu w 1996 r. utrzymał się na takim samym poziomie jak w 1995 r., natomiast od 1997 r. wykazuje tendencję wzrostową, z wyraźnym skokiem w 1998 r. Wskaźnik zgłaszających się powtórnie po wzroście w 1996 r. lekko spadł i do 1999 r. można mówić o jego stabilizacji. Dopiero w 2000 r. odnotować trzeba wzrost.

W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile liczba pacjentów zgłaszających się powtórnie w 2000 r. wzrosła w stosunku do 1995 r. niespełna 2 razy, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad 4 razy. Przedstawione powyżej szeregi czasowe są zbyt krótkie do przeprowadzenia głębszych analiz, poprzestańmy zatem na skonstatowaniu znacznego wzrostu zgłaszalności pierwszorazowej. Wzrost ten dotyczy zarówno bezwzględnej liczby, jak udziału w zgłaszalności ogółem. Świadczyć on może o narastaniu zjawiska

problemowego używania narkotyków w populacji. Interpretując wzrost zgłaszalności do leczenia trzeba pamiętać, że odzwierciedla on nie tylko narastanie zjawiska, ale także pozostaje pod wpływem innych czynników. Dla przykładu zmiana ustawy o zapobieganiu narkomanii w 1997 r. wprowadzająca karalność za posiadanie narkotyków mogła 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. Skokowy wzrost zgłaszalności pierwszorazowej w 1998 r. może być tego efektem.

Charakterystyka społeczno-demograficzna

Struktura wieku osób zgłaszających się do leczenia od 1996 r. podlega wyraźnym zmianom (tabela 2, wykres 3). Polegają one na konsekwentnym 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 zmienia się też kategoria 25-29 lat – lekki spadek nastąpił tylko w 1998 r. Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych jest kolejnym sygnałem narastania fali zjawiska. Niemal stały, stosunkowo niewielki, odsetek osób poniżej 15 roku życia nie potwierdza potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci.

Charakterystykę demograficzną osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu w poszukiwaniu leczenia zawiera tabela 3. W 2000 r. pojawiła się ponownie po krótkiej stabilizacji tendencja spadkowa średniego wieku osób zgłaszających się po raz pierwszy. Tendencja ta dotyczy podobnie mężczyzn i kobiet. Wcześniej, tj. do 1998 r. średni wiek wykazywał tendencję spadkową. W ostatnich latach ustabilizował się natomiast odsetek osób poniżej 25 roku życia. W latach poprzednich odsetek ten wzrósł z poziomu 67,6% w 1995 r. do 85,4% w 1998 r. Podobnie stało się z proporcją kobiet. W 1995 r. kobiety stanowiły 18% pacjentów pierwszorazowych, w 1998 r. już tylko niespełna 15%, w 1999 r. i w 2000 r. nieco ponad 15%.

Zmiany w obrazie demograficznym grupy zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu potwierdzają tezę o pojawieniu się nowej generacji narkomanów i

powiększaniu jej reprezentacji w lecznictwie. Wedle tych danych także rok 1998 można uznać za przełomowy.

Wzory używania narkotyków

Zawarta w tabeli 4 i na wykresie 4. analiza rozkładu podstawowego narkotyku we wzorze używania środków przez narkomanów w 2000 r. wykazuje, że dla przeważającej większości zgłaszających się rolę tę pełnią opiaty – 76,5%. Amfetamina jako narkotyk podstawowy występuje u 12,2%, konopie – 10,1% i inne środki – 1,3%. Proces zmian w tym zakresie zakończył się w 1999 r. Dane za 2000 r. niewiele różnią się od tych sprzed roku. Wcześniejsze zmiany polegały na zwiększaniu się udziału opiatów i lekkim spadku udziału stymulantów.

Jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie narkotyki używane przez osoby zgłaszające się do leczenia (tabela 5 i wykres 5), to zobaczymy, że w 2000 r. opiaty występują u 78,8% zgłaszających się, amfetamina u 22,2%, przetwory konopi u 18,0% i inne u 8,1%. Zamieszczone wyżej rozkłady odnoszące się do 2000 r. trochę odbiegają od rozkładów z lat 1995-1998, natomiast niewiele różnią się od rozkładu z 1999 r. Generalnie obserwuje się spadek frakcji używających substancji innych niż opiaty. Największą zmianą jest spadek odsetka osób używających stymulantów (głównie amfetamina) widoczny szczególnie, gdy analizujemy wszystkie narkotyki oraz spadek proporcji osób, dla których podstawowym narkotykiem są przetwory konopi.

Umacnianie się pozycji opiatów od 1997 r. po lekkim spadku w 1996 r. wiąże się ze zmianą wzoru używania środków z tej grupy. Jak przekonują dane z tabeli 6 i wykresu 6 od 1997 r. wyraźnie zmniejsza się proporcja osób używających opiatów domowej produkcji (tzw. „kompot”), rośnie natomiast odsetek osób używających heroiny, głównie w odmianie przeznaczonej do palenia tzw. brown sugar. W 1996 r. użytkownicy „polskiej heroiny” stanowili 38% zgłaszających się do leczenia, w 2000 r. ich udział wynosi 5,7%. W tym samym czasie odsetek używających heroiny wzrósł z poziomu 4,8% do 67,8%. Także bezwzględne liczbach użytkowników heroiny zwiększają się w ogromnym tempie, maleją natomiast liczby użytkowników „polskiej heroiny”. W 2000 r. liczba użytkowników heroiny zgłaszających się do leczenia

wzrosła do 1488 osób, a więc w stosunku do 1999 r. o blisko 40%. W tym samym czasie liczba osób używających „kompotu” spadła do poziomu 125 osób, to jest o 13%. Warto dodać, że w szczytowym 1996 r. w poszukiwaniu leczenia zgłosiły się 392 osoby używające „kompotu” i tylko 49 osób sięgających po heroinę.

Zachowania ryzykowne

Ze zmianami w rodzaju dominującego środka korespondują zmiany w sposobie przyjmowania. Nowy wzór wydaje się pod tym względem mniej destrukcyjny. Od 1997 r. wyraźnie zmniejsza się odsetek osób używających narkotyków w iniekcjach (tabela 7, wykres 7). Spadają także liczby bezwzględne osób stosujących zastrzyki, chociaż w 2000 r. odnotować trzeba niewielki wzrost. Odsetek przyjmujących narkotyki w iniekcjach wśród zgłaszających się pierwszy raz w życiu jest prawie trzykrotnie mniejszy, niż wśród osób, które już wcześniej podejmowały leczenie. Jak pokazują dane z wykresu 8 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. Wyjątkiem był 1999 r., kiedy to w pierwszej grupie odnotowano nieznaczny wzrost. 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%. Wszystko to świadczy o pozytywnej tendencji patrząc na rzecz z perspektywy powikłań zdrowotnych, przede wszystkim ryzyka infekcji i zgonu z powodu przedawkowania.

Inną pozytywną tendencją obserwowaną do 1999 r. był spadek odsetka osób używających wspólnych igieł i strzykawek wśród osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach (tabela 8, wykres 9). Odsetek ten zmniejszył się z 23,2% w 1995 r. do 12,8% w 1999 r. Można przypuszczać, że przyczyniły się do tego działania z zakresu redukcji szkód, przede wszystkim edukacja oraz programy wymiany igieł i strzykawek. W 2000 r. odsetek osób dzielących się igłami i strzykawkami wśród stosujących iniekcje wzrósł do 16,9%. O załamaniu się pozytywnej tendencji w

zakresie unikania zachowań najbardziej ryzykownych świadczy jeszcze większy wzrost odsetka używających wspólnych igieł i strzykawek wśród zgłaszających się pierwszy raz w życiu (wykres 10). W 2000 r. odsetek ten wyniósł 21,7% podczas gdy w 1999 r. jego wartość równała się 12,1%, a więc w stosunku do roku poprzedniego wzrósł niemal o 80%.

Trudno obecnie wyrokować, w jakim stopniu odwrócenie trendu w zakresie stosowania wspólnych igieł i strzykawek okaże się trwałe. To mogą pokazać dopiero dane z następnych lat. Trzeba pamiętać, że wobec zmniejszania się liczby osób zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu i jednocześnie używających narkotyków w zastrzykach odsetek dzielących się igłami i strzykawkami szczególnie wrażliwy jest zakłócenia losowe. Wydaje się jednak, że już teraz należy pomyśleć o zintensyfikowaniu oddziaływań minimalizujące szkody adresowane do środowisk, które jeszcze nie zetknęły się z oferta leczenia.

Zakażenia HIV

Jedną z najbardziej dramatycznych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków w zastrzykach są zakażenia HIV. Dane na ten temat zawiera tabela 9 i wykres 11. Podstawą analizy są osoby, które kiedykolwiek w życiu używały narkotyków w iniekcjach. Wśród nich odsetek osób, które poddały się badaniu na obecność przeciwciał HIV w latach 1995 – 1997 wahał się w granicach 75%-83%. Od 1998 r. rozpoczął się trend spadkowy, w 2000 r. badaniu poddało się tylko 58,1% osób, które kiedykolwiek używały narkotyków w zastrzykach. Wśród osób badanych odsetek zakażonych HIV wykazuje tendencję spadkową (wykres 12). 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%. Biorąc jednak po uwagę wyraźnie zwiększanie się frakcji 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. Wydaje się, że wyraźne zmniejszanie się

popularności badań testowych jest niebezpieczne, szczególnie w świetle ostatnich danych świadczących o wzroście odsetka osób używających wspólnych igieł i strzykawek szczególnie wśród osób zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu.

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 10 i wykres 13. 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%. Mniej czytelnie układa się trend w przypadku osób zgłaszających się do leczenia pierwszy raz w życiu. Tu także notujemy spadek, ale miał on charakter skokowy. W 1996 r. odsetek spadł do 6,5% z poziomu 24,4%. Potem nastąpił lekki wzrost i znowu powolny spadek. W sumie w latach 1996-1999 możemy mówić właściwie o stabilizacji na poziomie 6-10%. W 2000 r. odsetek zmniejszył się do poziomu 2,9%. 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 14. 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 2000 r. analogiczne odsetki wynosiły 25% i 8%. Dane te przekonują o wadze działań z zakresu redukcji szkód adresowanych do osób używających narkotyków w iniekcjach. Działania te nie tylko zapewnienie dostępu do sterylnych igieł i strzykawek ale również edukacja w zakresie unikania szkód i bardziej bezpiecznego przyjmowania narkotyków. Spadek w 2000 r. odsetka zakażonych wśród osób, które kiedykolwiek dzieliły się igłami i strzykawkami i wzrost 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.

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 1999 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 11, wykres 15). Porównanie trendów w przyjęciach narkomanów, mieszkańców Warszawy i mieszkańców całego kraju, do leczenia stacjonarnego wykazuje zbieżność w latach 1990-1993 (wykres 16). Od 1995 r. zaczęły ujawniać się przeciwne tendencje. W Warszawie trend spadał, na poziomie całego kraju rósł. Od 1997 r. obserwujemy w Warszawie gwałtowny wzrost wskaźnika, znacznie szybszy niż na poziomie całego kraju. W efekcie w 1999 r. wskaźnik przyjętych do leczenia stacjonarnego jest w Warszawie 3,6 raza wyższy niż wskaźnik ogólnopolski, podczas gdy w 1990 r. był on wyższy tylko 2,1 raza (wykres 15).

Dane na temat pacjentów pierwszorazowych zestawiono w tabeli 12. W latach 1990-1994 odsetki pacjentów pierwszorazowych w Warszawie były niższe niż w całej Polsce. Generalnie wzrostowi wskaźników ogólnopolskich w tych latach towarzyszył wzrost wskaźników w Warszawie. Wzrost w Warszawie był szybszy i już w 1995 r. stolica przegoniła średnią ogólnopolską. W 1996 r. odsetek pacjentów pierwszorazowych w Warszawie lekko spadł mimo stabilizacji wskaźnika krajowego.

Od 1997 r. obserwujemy w Warszawie gwałtowny wzrost wskaźnika, znacznie szybszy niż na poziomie całego kraju. W efekcie w Warszawie odsetek podejmujących leczenie w placówkach stacjonarnych po raz pierwszy w życiu jest znacznie wyższy niż średnio w kraju. Oznaczać to może szybszy niż w innych częściach Polski rozwój narkomanii i co za tym idzie niedobre prognozy na najbliższą przyszłość.

Dynamika wskaźnika przyjętych do leczenia stacjonarnego pierwszy raz w życiu w odniesieniu do mieszkańców Warszawy i całego kraju zaprezentowana została na wykresie 17. W latach 1990-1996 trendy dla Warszawy i dla całego kraju przebiegały bardzo podobnie. Po wzroście w 1991 r. możemy mówić o stabilizacji. W 1997 r. rozpoczął się trend wzrostowy – w Warszawie od razy szybszy niż na poziomie kraju. W efekcie w 1999 r. w stosunku do 1990 r. wskaźnik w Warszawie wzrósł ponad dziesięciokrotnie, podczas gdy na poziomie ogólnopolskim – ponad trzykrotnie.

Wzory używania narkotyków

Struktury diagnoz wg typu środka w latach 1997-1999 zaprezentowane w tabeli 13. dla Warszawy i w tabeli 14. 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 następane 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 wspomiane 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 tabeli 15 i na wykresie 18. zidentyfikować możemy w Warszawie następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Od 1993 r. wzrost liczby nadużywających amfetaminy i lekki spadek w 1999 r.
- Od 1997 r. wzrost liczby osób z problemem konopi
- Od 1996 r. pojawienie się problemu kokainy i lekki wzrost liczby osób nadużywających tego środka
- Na początku lat dziewięćdziesiątych spadek liczby osób nadużywających leków uspokajających i nasennych i wzrost pod koniec dekady
- Zmienny trend rozpowszechnienia problemu substancji wziewnych

Charakterystyka demograficzna

Struktura demograficzna leczonych stacjonarnie mieszkańców Warszawy odbiega od struktury ogólnopolskiej. Odsetek kobiet wśród leczonych mieszkańców stolicy (tabela 16) jest niższy (17,9%) niż średnio w kraju (23,7%). Trend w ostatnich trzech latach jest taki sam i ma charakter spadkowy. Pod względem wieku leczeni

mieszkańcy Warszawy też wyróżniają się spośród wszystkich leczonych (tabela 17). Wśród warszawiaków znacznie silniej reprezentowana jest kategoria wieku 16-24. W pozostałych kategoriach odsetki są niższe. Kumulacja leczonych w tej kategorii wieku dokonywała się stopniowo w czasie ostatnich trzech lat (tabela 18). Jeszcze w 1997 r. odsetki leczonych w wieku 16-24 lata były znacznie niższe.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Podsumowując prezentację obrazu problemu narkomanii w Warszawie wyłaniającego się z analizy zgłaszalności do leczenia trzeba wskazać na trend wzrostowy zjawiska. Znacznie szybszy wzrost wskaźnika nowych przypadków niż liczby ogółem jaki dokonał się w kilku ostatnich latach z jeszcze większą siłą wskazuje na narastanie problemu.

Tendencja ta w ogólnych zarysach jest zgodna z obserwowaną na poziomie całego kraju, chociaż w ostatnich latach jest znacznie bardziej nasiloną. Wartość większości wskaźników 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 16-24 lata. Dokonała się ona w ciągu ostatnich kilku lat w wyniku pojawienia się nowej generacji narkomanów.

Dane o zgłaszalności do leczenia w Warszawie ujawniły narastający szybko problem heroiny. Heroina do palenia tzw. „brown sugar” stała się narkotykiem zdecydowanie najbardziej rozpowszechnionym wśród osób zgłaszających się do leczenia w mieście. Zmianie typu podstawowego narkotyku towarzyszą zmiany w dominujących sposobach przyjmowania narkotyków. Spada popularność używania narkotyków w iniekcjach. Wśród osób, które stosują iniekcje jeszcze do 1999 r. wyraźnie zmniejszał się odsetek używających wspólnych igieł i strzykawek, w 2000 r. widać oznaki odwrócenia się tej tendencji, silniejsze w przypadku osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu do leczenia.

Dane za 2000 r. potwierdziły kontynuację spadkowego trendu odsetka zakażonych HIV wśród osób, które używały kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach i zgłaszały się do leczenia.

WNIOSKI

Wyniki monitorowania 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 leżeć u podstaw prac nad zintensyfikowaniem oferty profilaktycznej i pomocowej. Wysoka dynamika problemu, znacznie wyższa niż w skali kraju, stanowi poważne wyzwanie. Można oczekiwać, że istniejąca oferta okaże się w krótkim czasie dalece niewystarczająca.
2. Rozwijania wymaga przede wszystkim oferta ambulatoryjna – analizowane dane dostarczają przesłanek do uznania dostępności pomocy ambulatoryjnej za niewystarczającą.
3. Problem narkomanii w Warszawie lokuje się przede wszystkim wśród młodzieży w wieku 16-19 lat, w większym stopniu niż ma to miejsce w innych częściach kraju. Wymaga to rozwijania oferty terapeutycznej i pomocowej z myślą o potrzebach młodego odbiorcy.
4. 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 dominują używający heroiny w drodze palenia, a dożylny „kompot” stracił popularność, to jednak można się spodziewać w najbliższym czasie szerszego powrotu „Polskiej heroiny” ze względów ekonomicznych.

5. 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).
6. Spadek odsetka testowanych na obecność przeciwciał HIV w płynach ustrojowych wśród osób używających narkotyków w zastrzykach w Warszawie może oznaczać wzrost zagrożenia zakażeń HIV. Należy zadbać o pełną dostępność testowania oraz włożyć maksimum wysiłku w nakłonienie narkomanów dożylnych do korzystania z tej oferty.
7. Widoczna w danych za ostatni rok tendencja do powrotu zjawiska dzielenia się igłami i strzykawkami, nawet jeśli jeszcze nie potwierdzona, wymaga podjęcia zdecydowanych kroków zaradczych. Jak wynika z danych zagrożenie zdaje się lokować przede wszystkim wśród osób, które jeszcze nie korzystały z leczenia. Oznacza to konieczność skoncentrowania się na dotarciu do tzw. „populacji ukrytych”, tj. narkomanów, którzy nie są zidentyfikowani, nie weszli jeszcze w kontakt z instytucjami pomocowymi. Dotrzeć do nich trzeba zarówno z przekazem edukacyjnym dotyczącym reguł zwiększanie poziomu bezpieczeństwa przy używaniu narkotyków, jak i ze sterylnymi igłami i strzykawkami. Najbardziej obiecującą strategią prowadzenia takich działań jest 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 (1990-2000) Roczniki statystyczne z lat 1990-2000. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

TABELE

Tabela 1. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995-2000 (liczby osób poszukujących leczenia)

lata	Pierwsze zgłoszenie w życiu	Ponowne zgłoszenie	Zgłoszenia ogółem	% pierwszorazowych wśród zgłoszeń ogółem
1995	276	524	834	34,5
1996	270	753	1023	26,4
1997	446	622	1068	41,8
1998	879	619	1503	58,5
1999	1007	696	1703	59,3
2000	1147	976	2194	54,0

Tabela 2. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995-2000 wg wieku

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
- 15	4	0,5	-	-	-	-	11	0,7	22	1,3	37	1,7
16-19	73	8,8	90	8,8	134	12,6	322	21,5	416	24,6	545	25,3
20-24	254	30,5	355	34,9	448	42,1	714	47,7	828	48,9	1096	50,8
25-29	154	18,5	189	18,6	193	18,1	203	13,6	230	13,6	312	14,5
30-34	161	19,3	170	16,7	137	12,9	107	7,1	77	4,6	68	3,2
35-39	121	14,5	116	11,4	84	7,9	72	4,8	56	3,3	39	1,8
40-44	51	6,1	84	8,3	58	5,4	50	3,3	46	2,7	36	1,7
45 +	16	1,9	14	1,4	11	1,0	18	1,2	17	1,0	25	1,2
Razem	834	100,0	1018	100,0	1065	100,0	1497	100,0	1692	100,0	2158	100,0
B. d.	-		5		3		6		11		36	
Ogółem	834		1023		1068		1503		1703		2194	

Tabela 3. 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
1996	23	28	24	71,5	18,1
1997	23	23	23	78,2	15,9
1998	22	22	22	85,4	14,6
1999	22	22	22	85,0	15,2
2000	21	20	21	84,5	15,2

Tabela 4. Narkotyki używane w Warszawie jako narkotyk podstawowy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia – odsetki respondentów

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Opioidy	62,2	56,5	66,9	71,7	76,2	76,5
Stymulanty	18,1	18,2	15,7	14,6	12,7	12,2
Konopie	11,1	15,8	11,9	8,5	7,3	10,1
Inne	8,7	9,3	5,5	5,2	3,8	1,3

Tabela 5. Narkotyki używane w Warszawie w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia – odsetki respondentów

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Opioidy	64,1	60,1	69,9	73,5	78,8	78,7
Stymulanty	46,0	47,5	46,2	32,9	26,4	22,2
Konopie	25,2	31,3	27,5	22,0	18,4	18,0
Inne	44,6	40,0	29,1	16,5	12,4	8,1

Tabela 6. Opioidy używane w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opioidy - w tym:	540	64,7	627	61,3	746	69,9	1105	73,5	1342	78,8	1632	78,7
„kompot”	291	34,9	392	38,3	335	31,4	215	14,3	155	9,1	125	5,7
heroina	2	0,2	49	4,8	305	28,6	832	55,4	1063	62,4	1488	67,8
morfina	3	0,4	3	0,3	1	0,1	2	0,1	1	0,1	2	0,1
kodeina	2	0,2	3	0,3	3	0,3	0	0	0	0	2	0,1
inne	8	1,0	14	1,4	9	0,8	6	0,4	11	0,6	17	0,8
nieokreślone	234	28,3	168	16,5	105	9,9	70	4,7	66	3,9	29	1,3

Tabela 7. Używanie narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wszyscy	586	71,5	627	61,3	455	42,7	391	26,2	358	21,2	367	18,1
Pierwszo- razowi	85	44,5	65	24,1	90	20,2	96	11,0	126	12,6	102	9,5
Pozostali	491	79,7	560	74,7	363	58,9	293	47,6	232	33,8	257	28,0

Tabela 8. Używanie wspólnych igieł i strzykawkę wśród osób używających narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem się do leczenia

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wszyscy	139	31,3	113	21,9	85	19,3	49	13,1	45	12,8	59	16,9
Pierwszorazowi	14	20,9	12	20,7	15	17,6	12	13,6	15	12,1	20	21,7
Pozostali	121	32,7	100	21,9	68	19,3	35	12,3	30	13,3	38	15,2

Tabela 9. Badania na obecność przeciwciał HIV wśród osób używających kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach, w tym status HIV

	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Osoby stosujące kiedykolwiek iniekcje – w tym:	622		682		578		458		474		473	
Badani na HIV – w tym:	473	76,0	566	83,0	479	82,9	344	75,1	298	62,9	275	58,1
HIV+	206	43,6	193	34,1	150	31,3	91	26,5	64	21,5	43	15,6
HIV-	239	50,5	340	60,1	316	66,0	236	68,6	222	74,5	220	80,0
Wynik nieznan	28	5,9	33	5,8	13	2,7	17	4,9	12	4,0	12	4,4

Tabela 10. Status HIV wśród osób używających kiedykolwiek narkotyków w zastrzykach, w podziale na pierwszorazowych i pozostałych

		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pierwszorazowi	HIV+	11	24,4	2	6,5	6	10,0	3	8,6	3	8,1	1	2,9
	HIV-	34	75,6	29	93,5	54	90,0	32	91,4	34	91,9	34	97,1
Pozostali	HIV+	193	48,7	190	37,9	143	35,3	88	30,3	61	24,5	42	18,7
	HIV-	203	51,3	311	62,1	262	64,7	202	69,7	188	75,5	183	81,3

Tabela 11. 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
1991	353	21,4	3614	9,4
1992	350	21,3	3710	9,7
1993	337	20,5	3783	9,8
1994	338	20,6	4107	10,7
1995	311	19,0	4223	10,9
1996	292	17,9	4772	12,4
1997	464	28,5	5336	13,8
1998	813	50,1	6100	15,8
1999	1023	63,3	6827	17,7

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

Tabela 12. 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	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Warszawa										
Pierwszo-razowi	71	112	122	100	119	124	107	242	544	735
Wszyscy	257	353	350	337	338	295	278	464	784	1023
% pierwszo-razowych	27,6	31,7	34,9	29,7	35,2	42,0	38,5	52,2	69,4	71,8
Polska										
Pierwszo-razowi	1260	1593	1547	1505	1693	1759	1980	2438	3115	4040
Wszyscy	2803	3614	3710	3783	4107	4223	4772	5336	6100	6827
% pierwszo-razowych	45,0	44,1	41,7	39,8	41,2	41,7	41,5	45,7	51,1	59,2

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

Tabela 13. Mieszkańcy Warszawy przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Opiaty	237	51,1	520	64,0	665	65,0
Uspokajające i nasenne	25	5,4	36	4,4	30	2,9
Kokaina	5	1,1	8	1,0	9	0,9
Konopie	11	2,4	9	1,1	19	1,9
Amfetamina	41	8,8	58	7,1	50	4,9
Halucynogeny	9	1,9	5	0,6	4	0,4
Wziewne	4	0,9	16	2,0	5	0,5
Mieszane i nieokreślone	132	28,4	161	19,8	241	23,6
Ogółem	464	100,0	813	100,0	1023	100,0

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

Tabela 14. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w Polsce w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Typ uzależnienia	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Opiaty	2313	43,3	2569	42,3	2652	38,8
Uspokajające i nasenne	449	8,4	509	8,3	573	8,4
Kokaina	46	0,9	45	0,7	52	0,8
Konopie	70	1,3	110	1,8	164	2,4
Amfetamina	204	3,8	367	6,0	459	6,7
Halucynogeny	70	1,3	75	1,2	91	1,3
Wziewne	535	10,0	564	9,2	455	6,7
Mieszane i nieokreślone	1649	30,9	1861	30,5	2381	34,9
Ogółem	5336	100,0	6100	100,0	6827	100,0

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

Tabela 15. Mieszkańcy Warszawy przyjęci do leczenia stacjonarnego w Polsce w latach 1990-1996 z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji (wybrane typy substancji)

Typ uzależnienia	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Uspokajające i nasenne	12	14	10	3	2	3	5	25	36	30
Kokaina	-	-	-	-	-	-	1	5	8	9
Konopie	-	1	-	1	2	2	1	11	9	19
Amfetamina	1	-	-	7	22	16	12	41	58	50
Halucynogeny	-	-	1	3	3	2	2	9	5	4
Wziewne	17	28	16	20	21	9	19	4	16	5

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

Tabela 16. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Płeć	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Warszawa						
Mężczyźni	337	72,6	648	79,7	840	82,1
Kobiety	127	27,4	165	20,3	183	17,9
Polska						
Mężczyźni	3936	73,8	4519	74,1	5209	76,3
Kobiety	1400	26,2	1581	25,9	1618	23,7

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

Tabela 17. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

Struktura wieku	Warszawa		Polska	
	liczba	%	liczba	%
- 15	28	2,7	231	3,4
16-19	336	32,8	1540	22,6
20-24	416	40,7	1977	29,0
25-29	123	12,0	1020	15,0
30-34	36	3,5	617	9,0
35-39	28	2,7	515	7,6
40-44	28	2,7	431	6,3
45 +	28	2,7	489	7,2
Razem	1023	100,0	6820	100,0
Brak danych	-		7	
Ogółem	1023		6827	

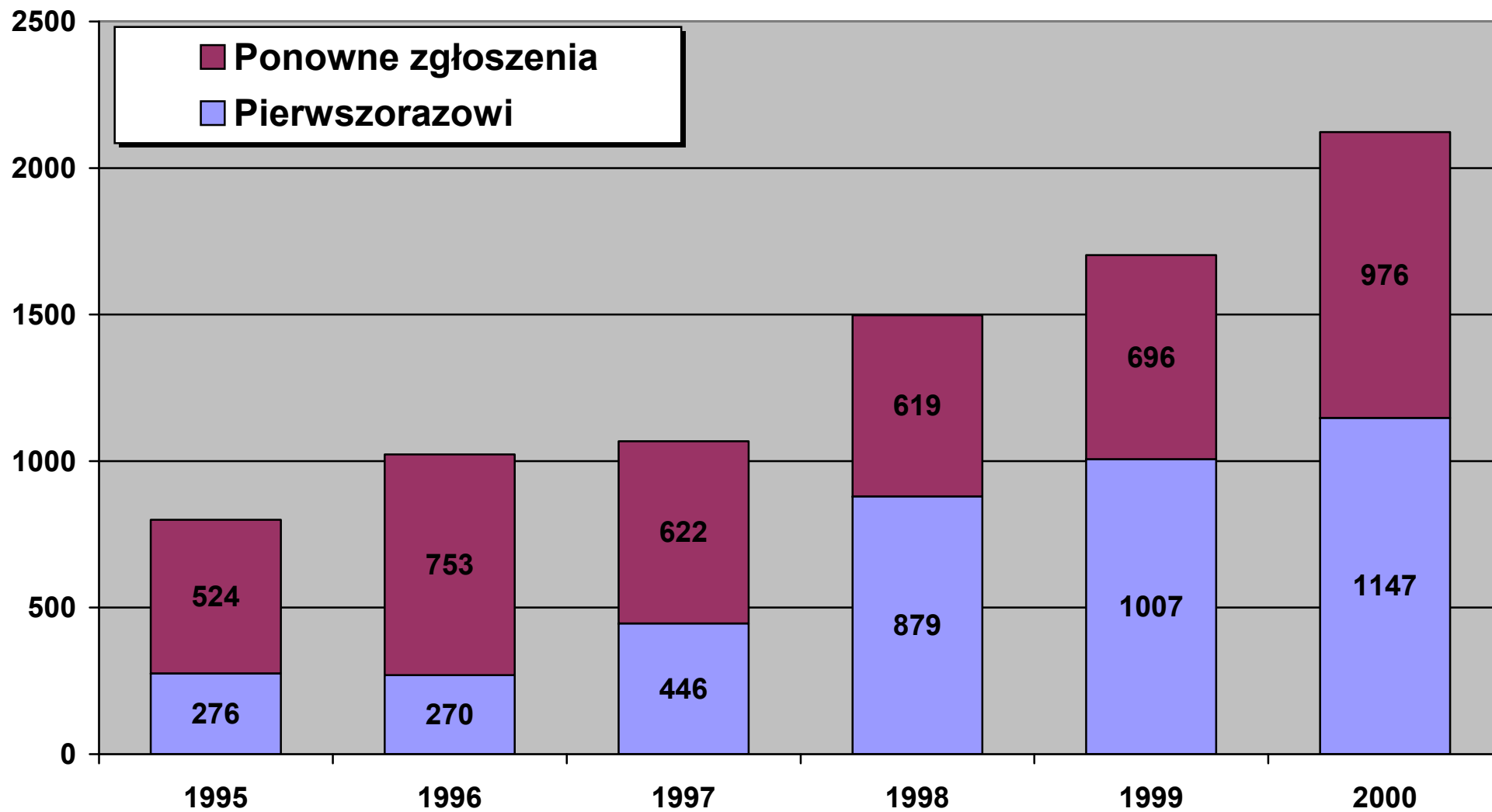
Źródło: Dane z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii)

Tabela 18. Mieszkańcy Warszawy przyjęci do leczenia stacjonarnego w Polsce w latach 1997-1999 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

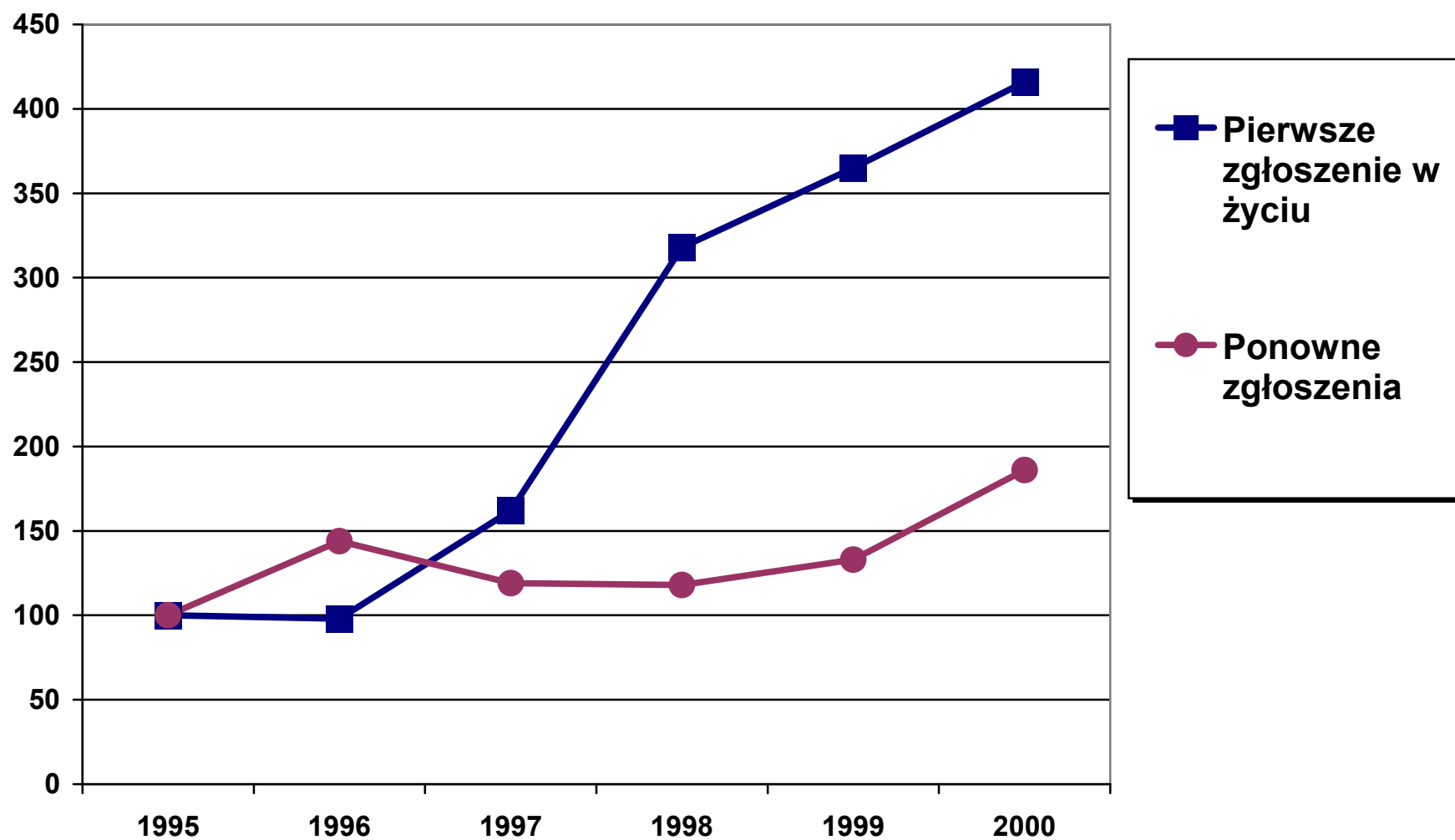
Struktura wieku	1997		1998		1999	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
- 15	4	0,9	18	2,2	28	2,7
16-19	86	18,6	214	26,4	336	32,8
20-24	149	32,2	298	36,8	416	40,7
25-29	76	16,4	121	14,9	123	12,0
30-34	58	12,5	48	5,9	36	3,5
35-39	39	8,4	39	4,8	28	2,7
40-44	32	6,9	42	5,2	28	2,7
45 +	19	4,1	30	3,7	28	2,7
Razem	463	100,0	810	100,0	1023	100,0
Brak danych	1		3		-	
Ogółem	464		813		1023	

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

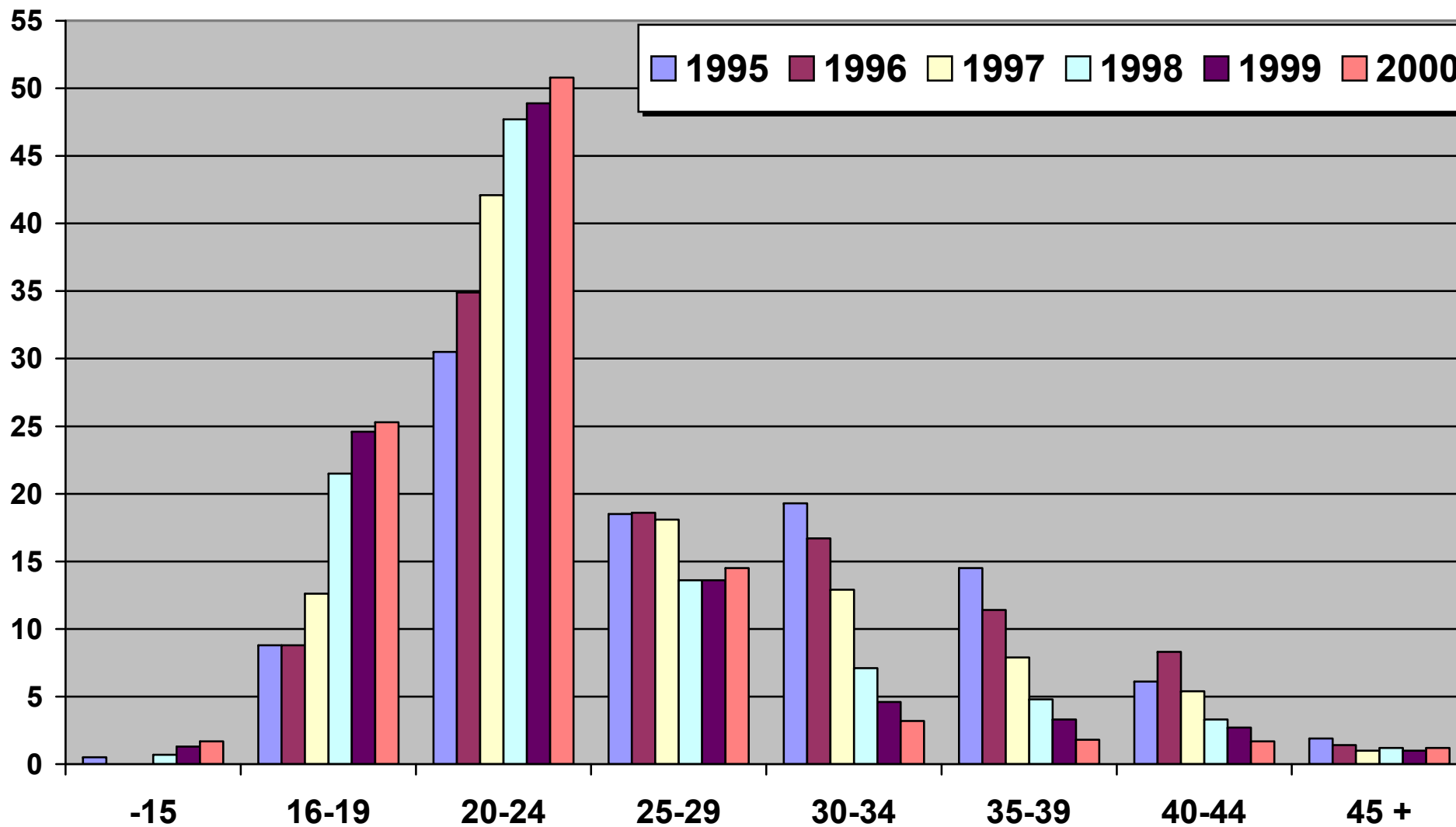
Wykres 1. Zgłaszalność do leczenia w Warszawie w latach 1995-2000 (liczby osób)



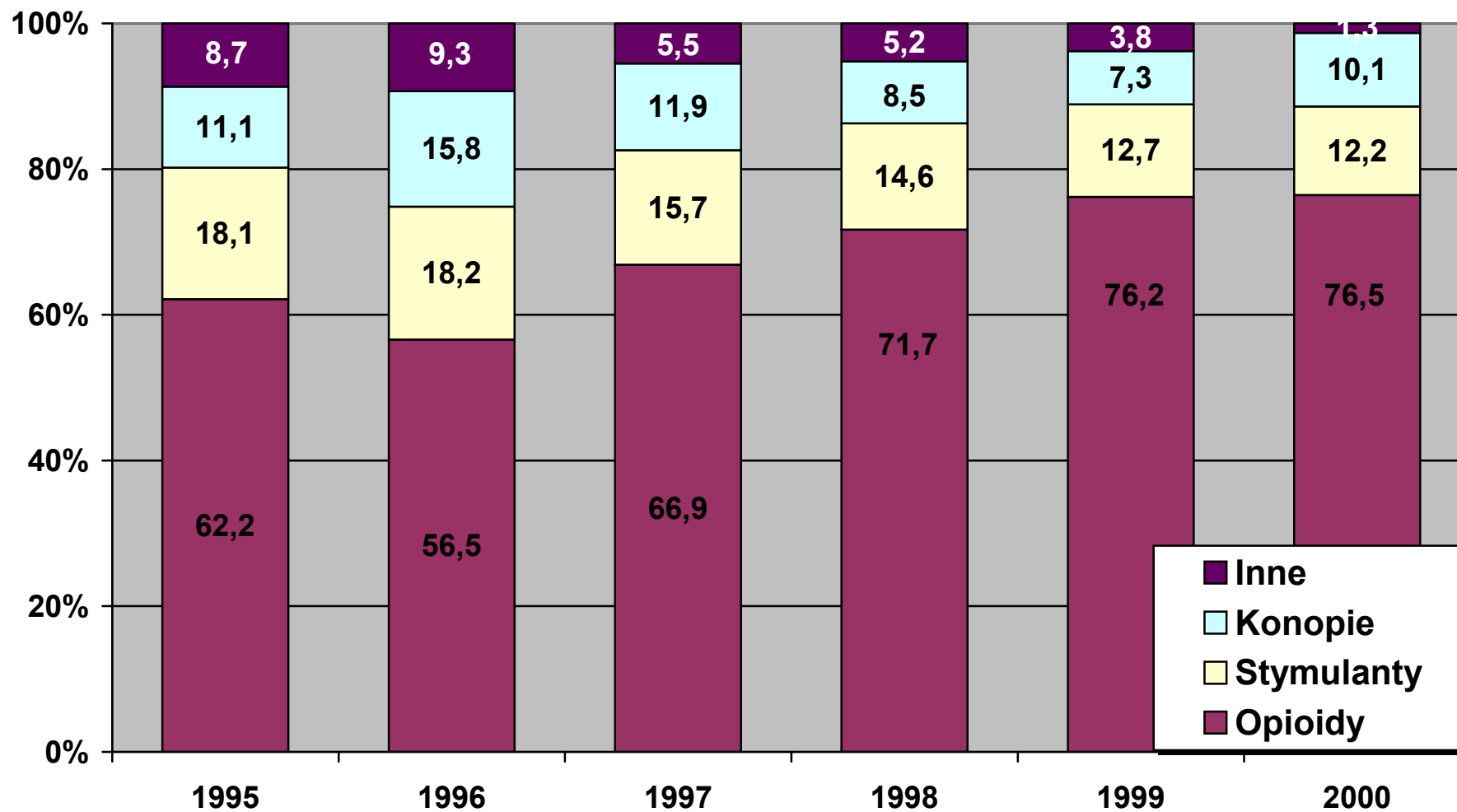
Wykres 2. Dynamika zgłaszalności do leczenia w Warszawie w latach 1995-2000 (1995 r. = 100)



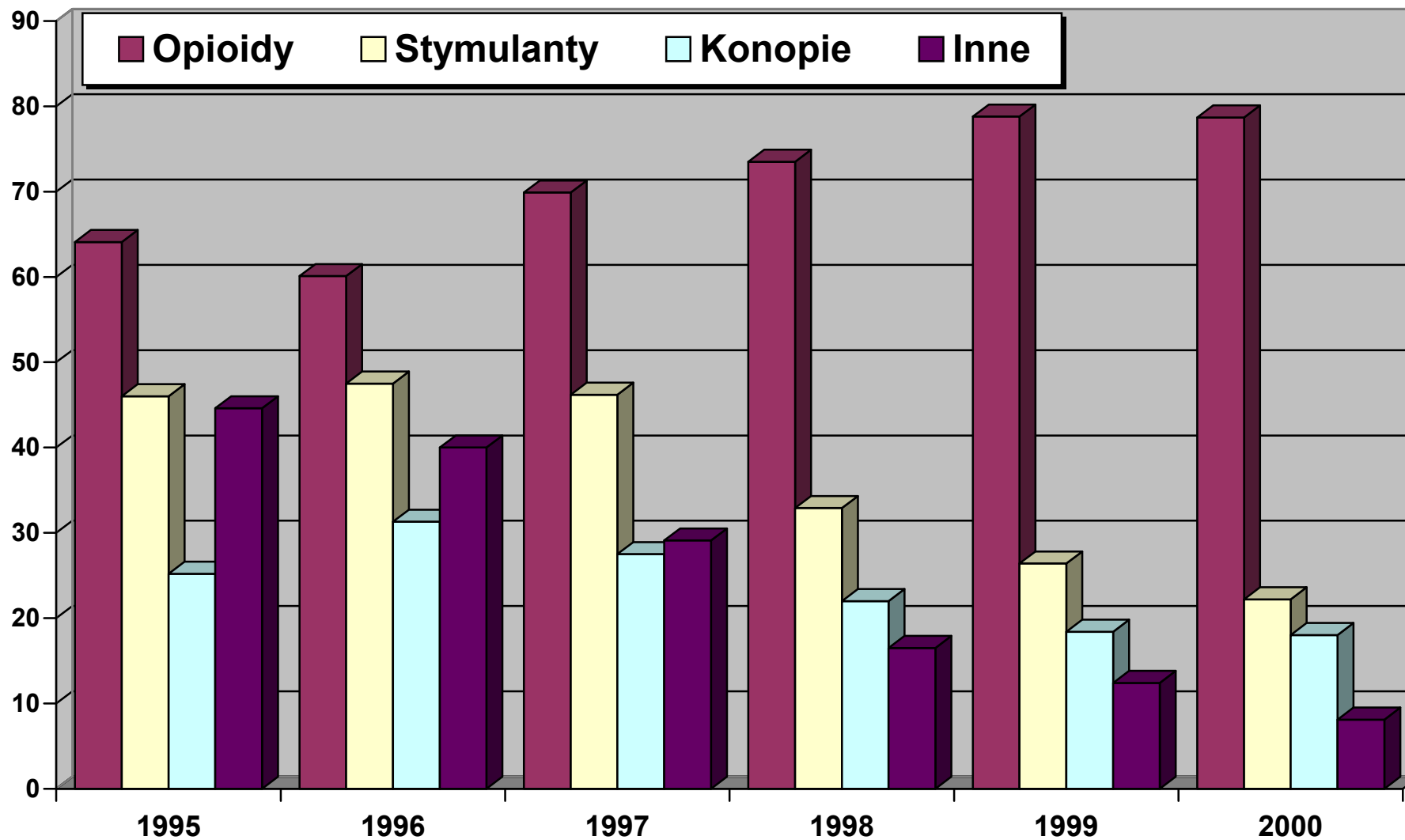
Wykres 3. Zgłaszający się do leczenia w latach 1995-2000 wg wieku



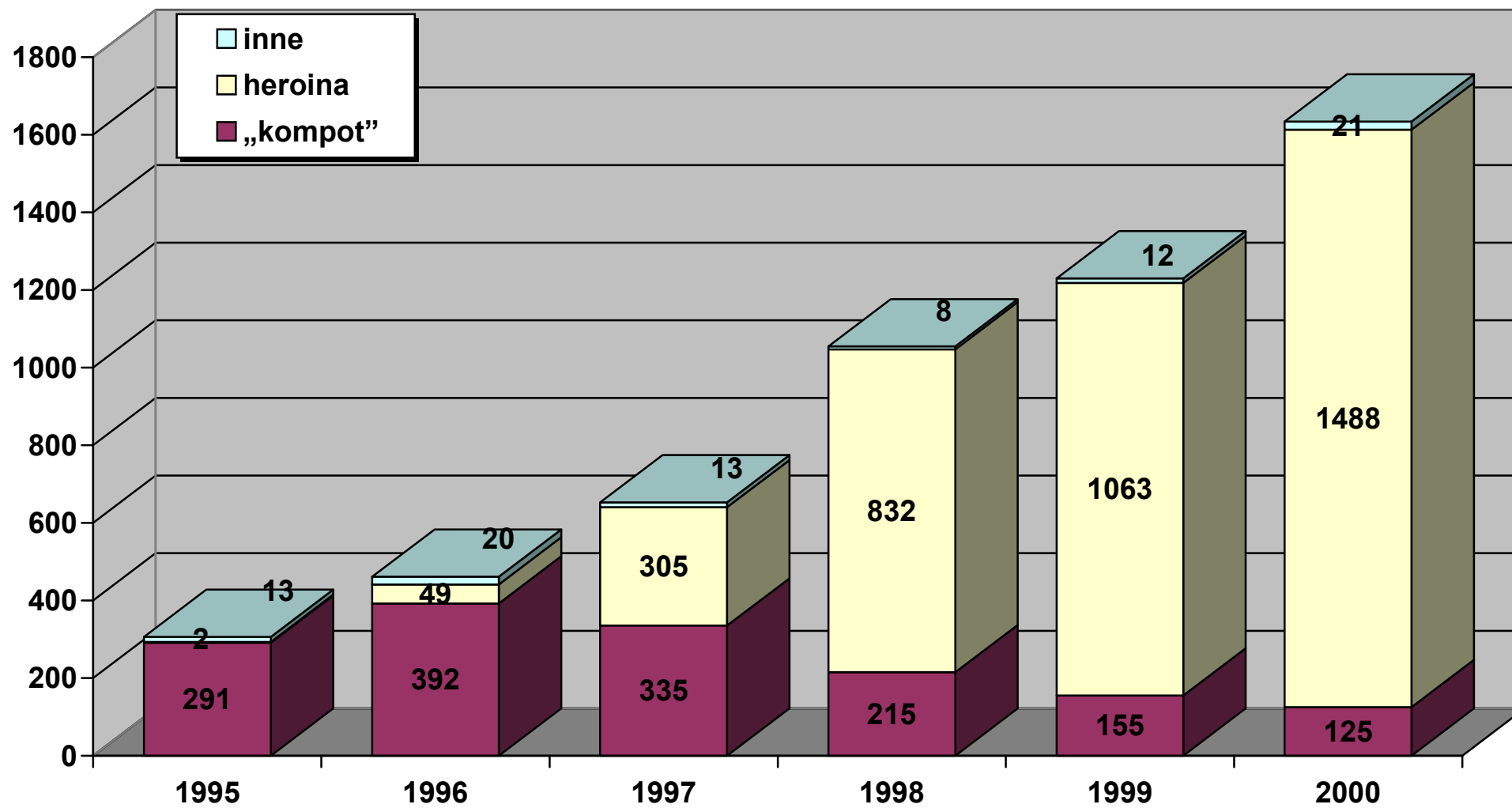
Wykres 4. Narkotyki używane w Warszawie jako narkotyk podstawowy w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia – odsetki respondentów



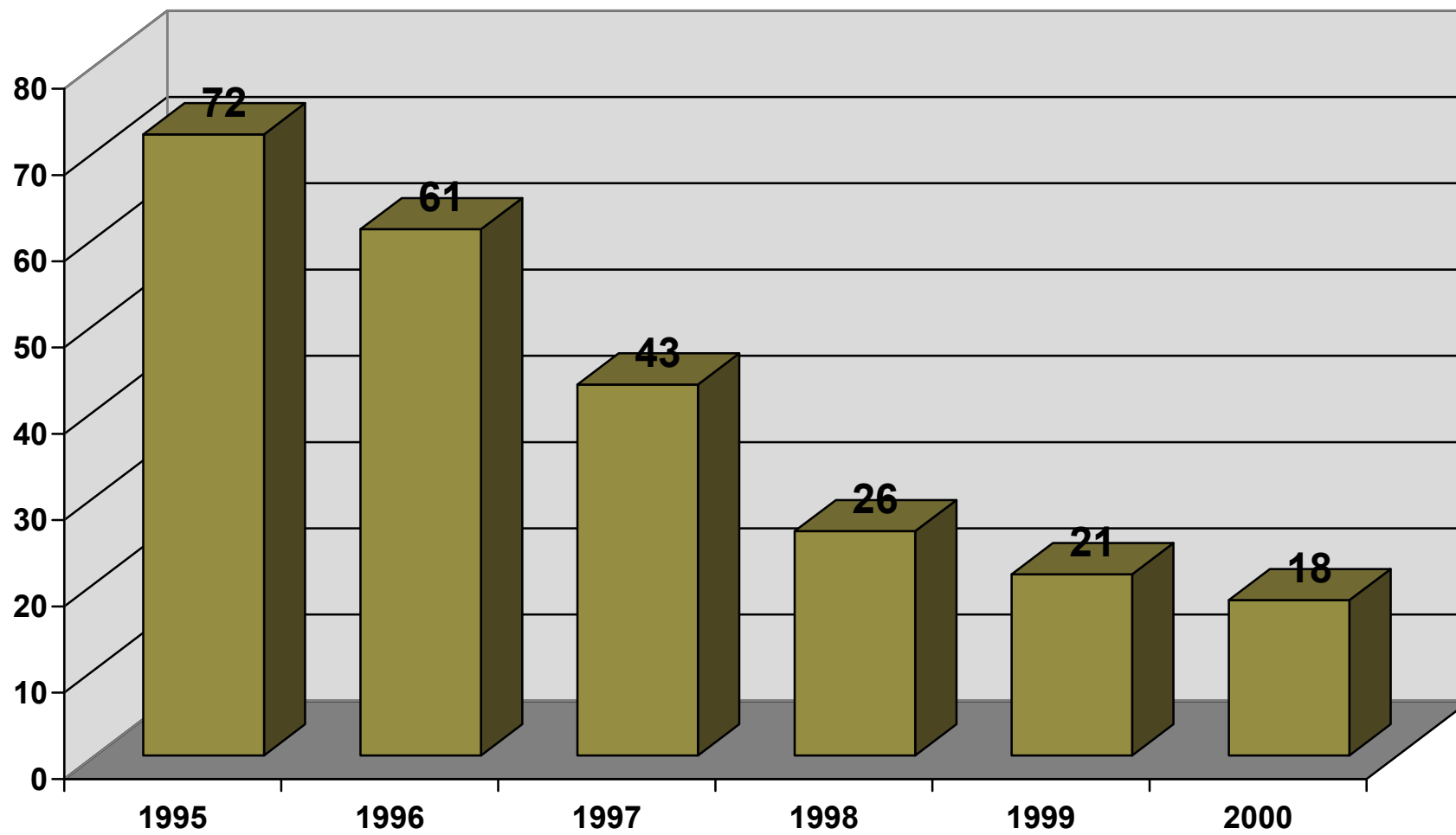
Wykres 5. Narkotyki używane w Warszawie w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem do leczenia – odsetki respondentów



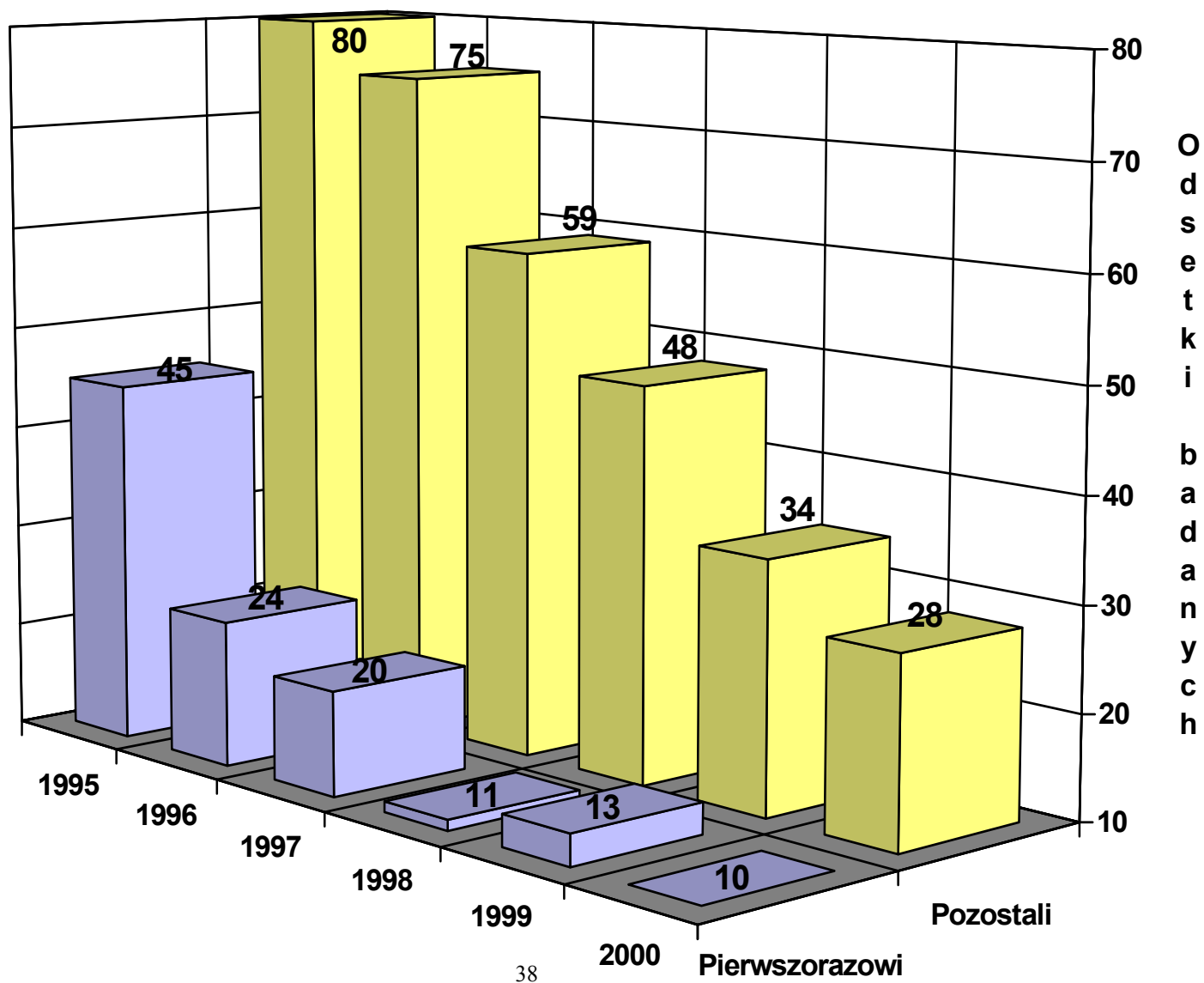
Wykres 6. Osoby używające opiatów zgłaszające się do leczenia w Warszawie w latach 1995-2000



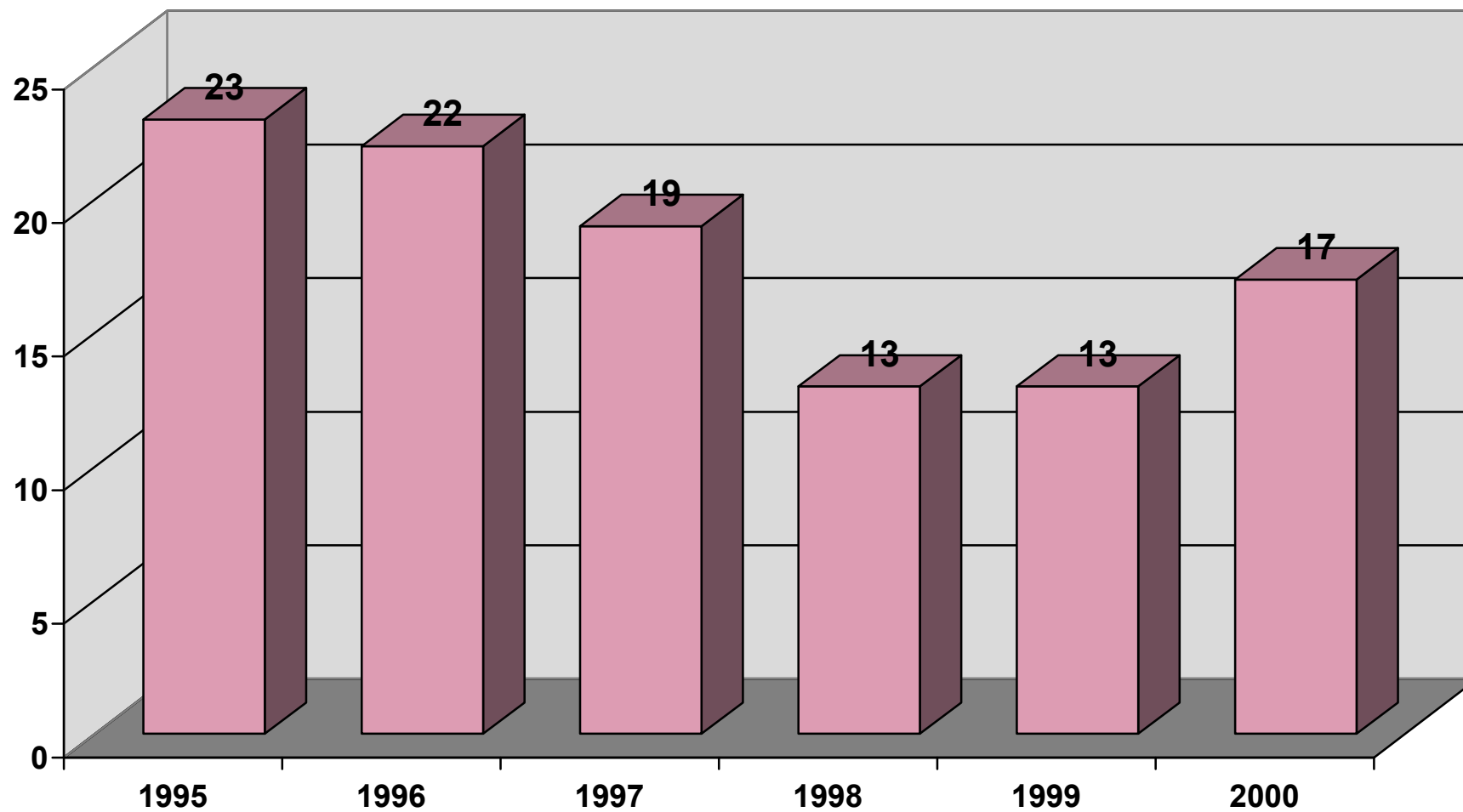
Wykres 7. Używanie narkotyków w zastrzykach wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie



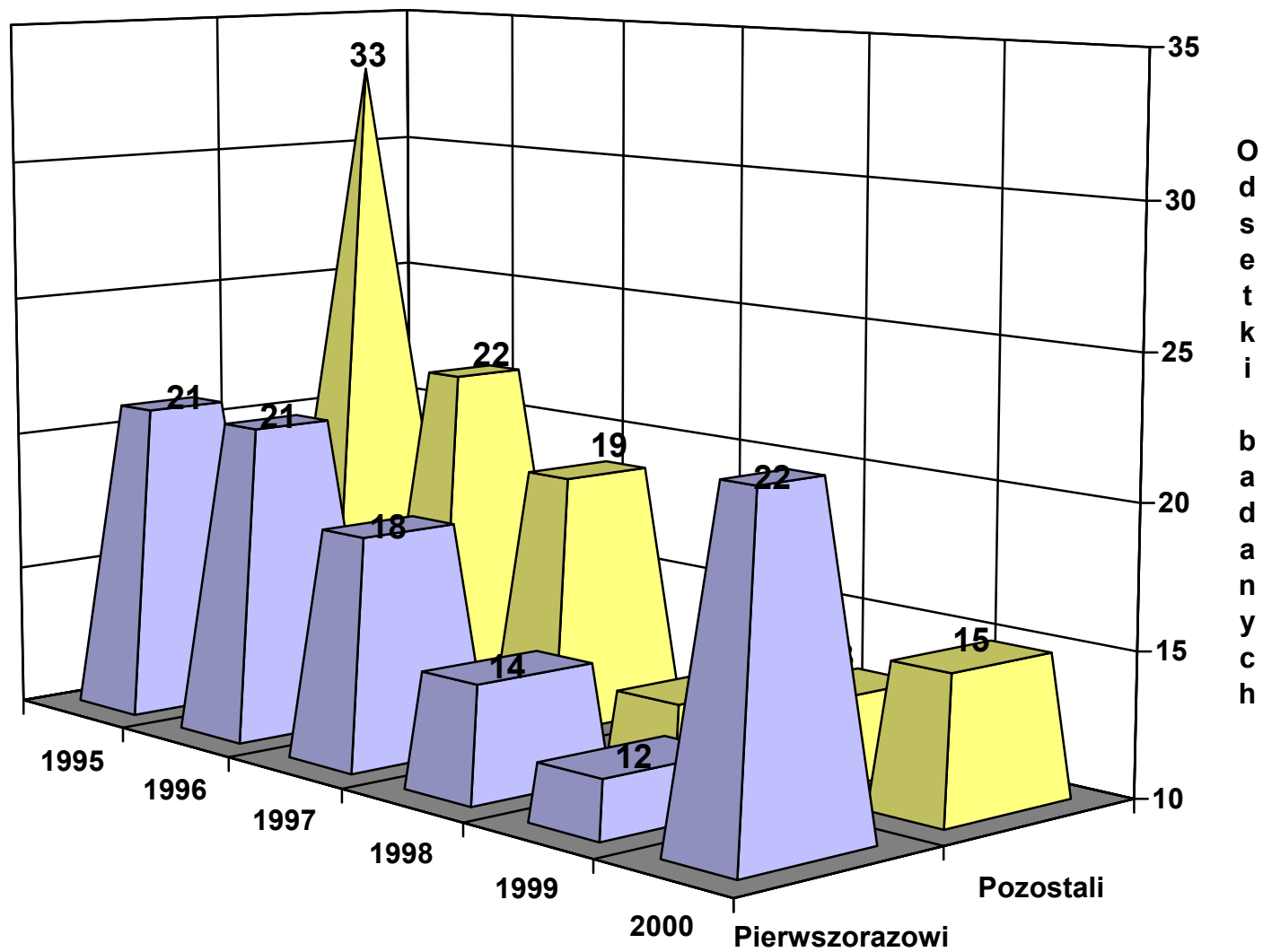
Wykres 8. Używanie narkotyków w zastrzykach wśród osób zgłaszających się do leczenia w Warszawie



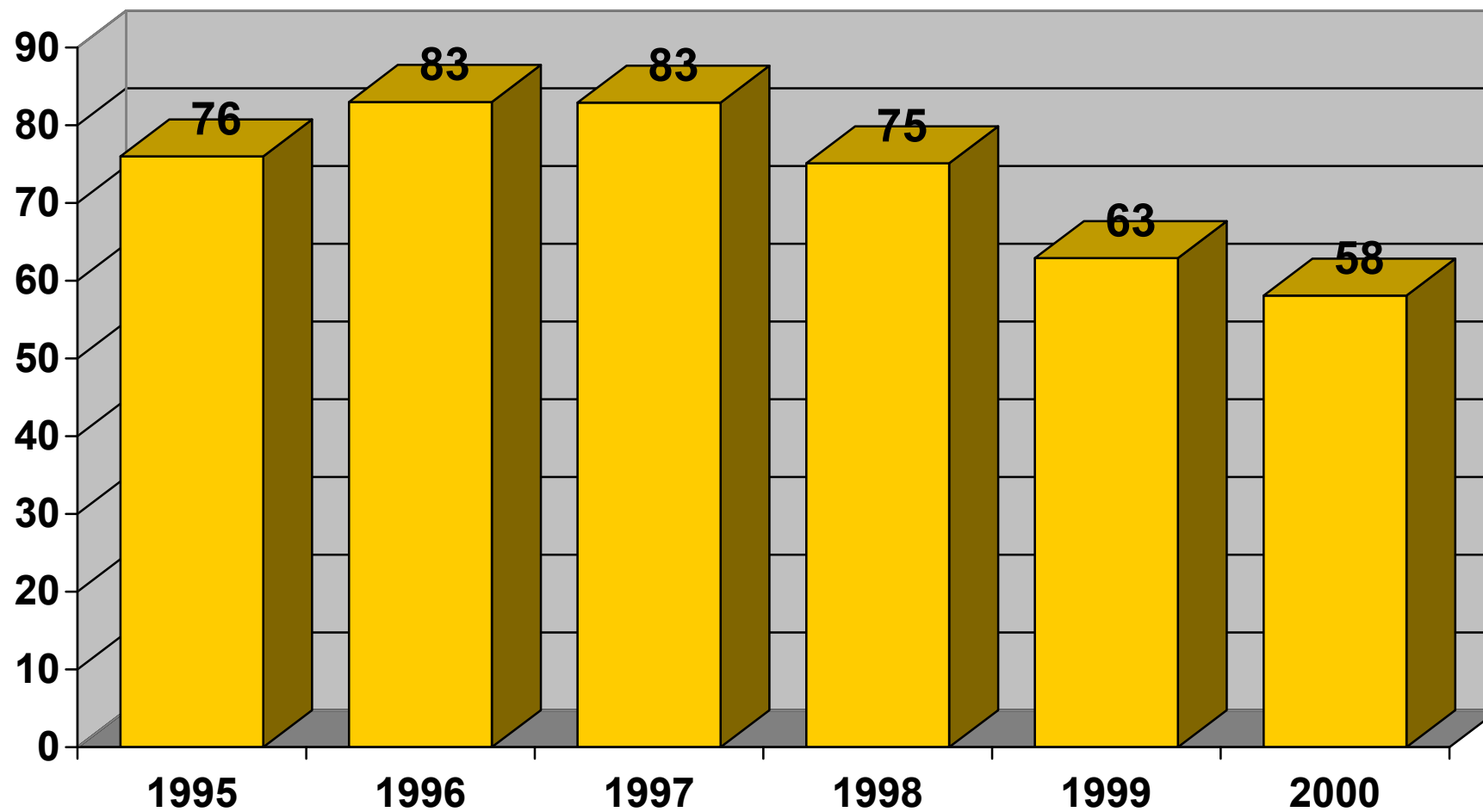
Wykres 9. Używanie wspólnych igieł i strzykawków wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje



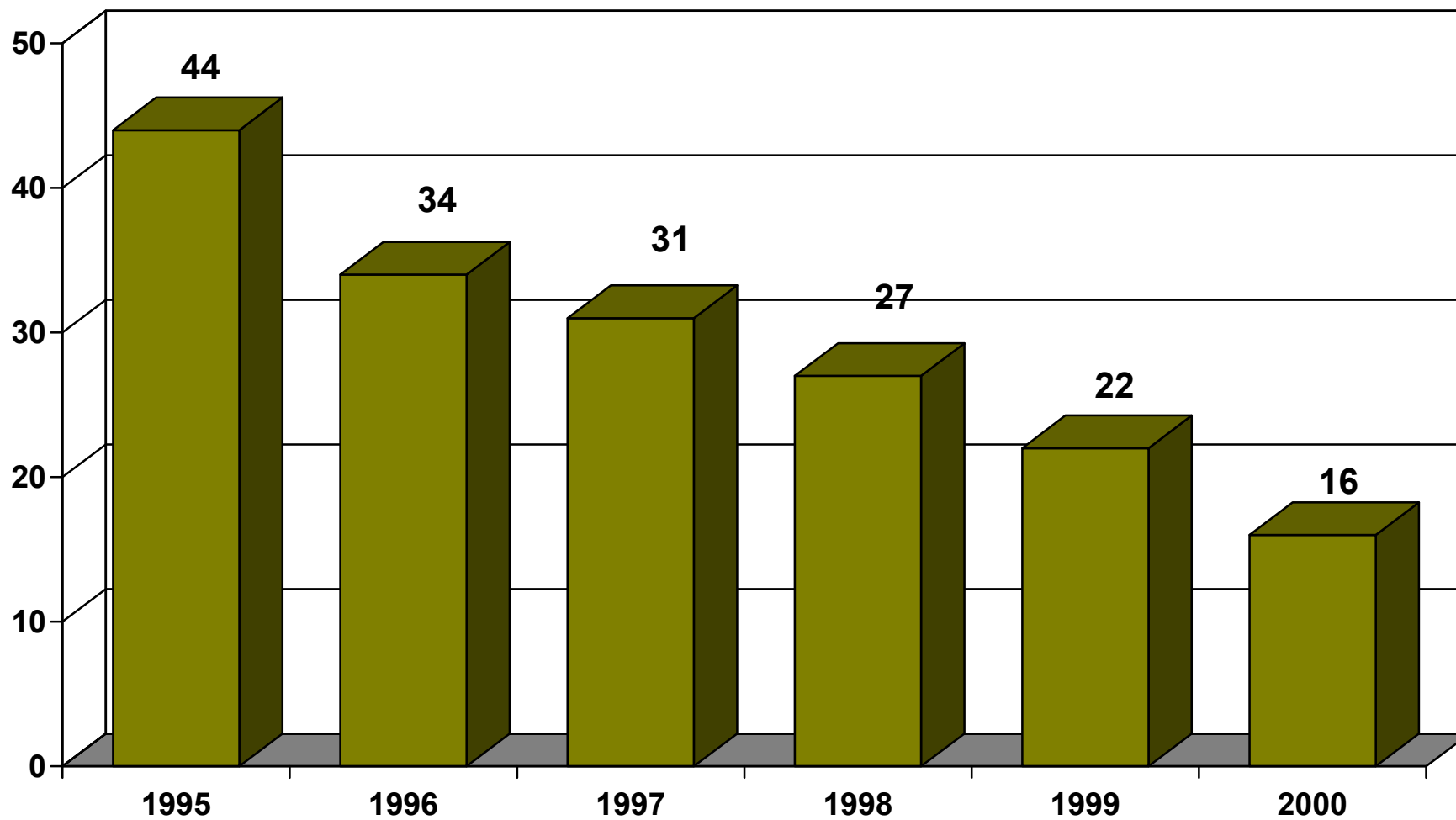
Wykres 10. Używanie wspólnych igieł i strzykawek wśród osób zgłaszających się pierwszy raz w życiu i zgłaszających się ponownie, używających narkotyków w zastrzykach w czasie ostatnich 30 dni przed zgłoszeniem



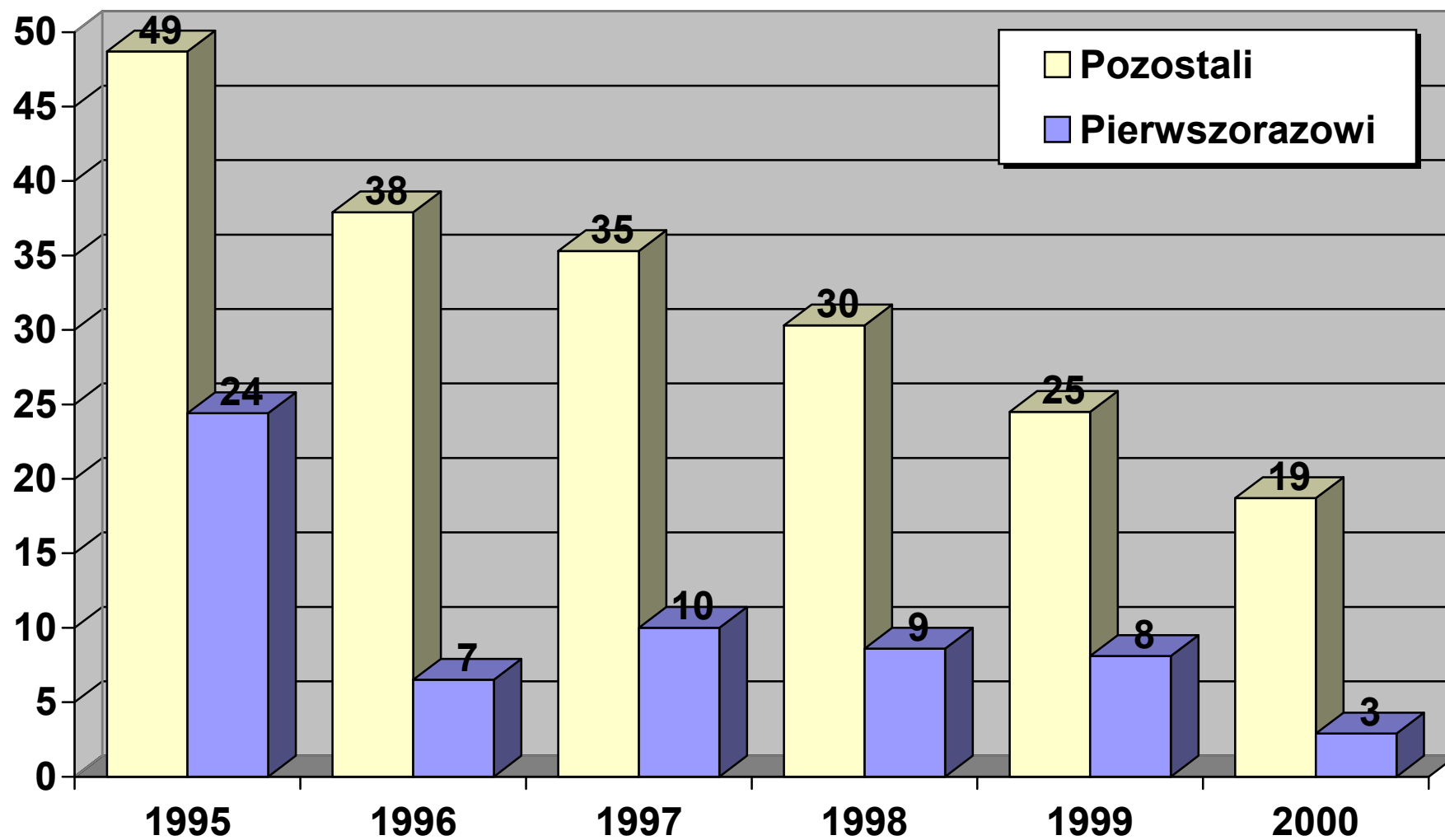
Wykres 11. Odsetki badanych na obecność przeciwciał HIV wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje



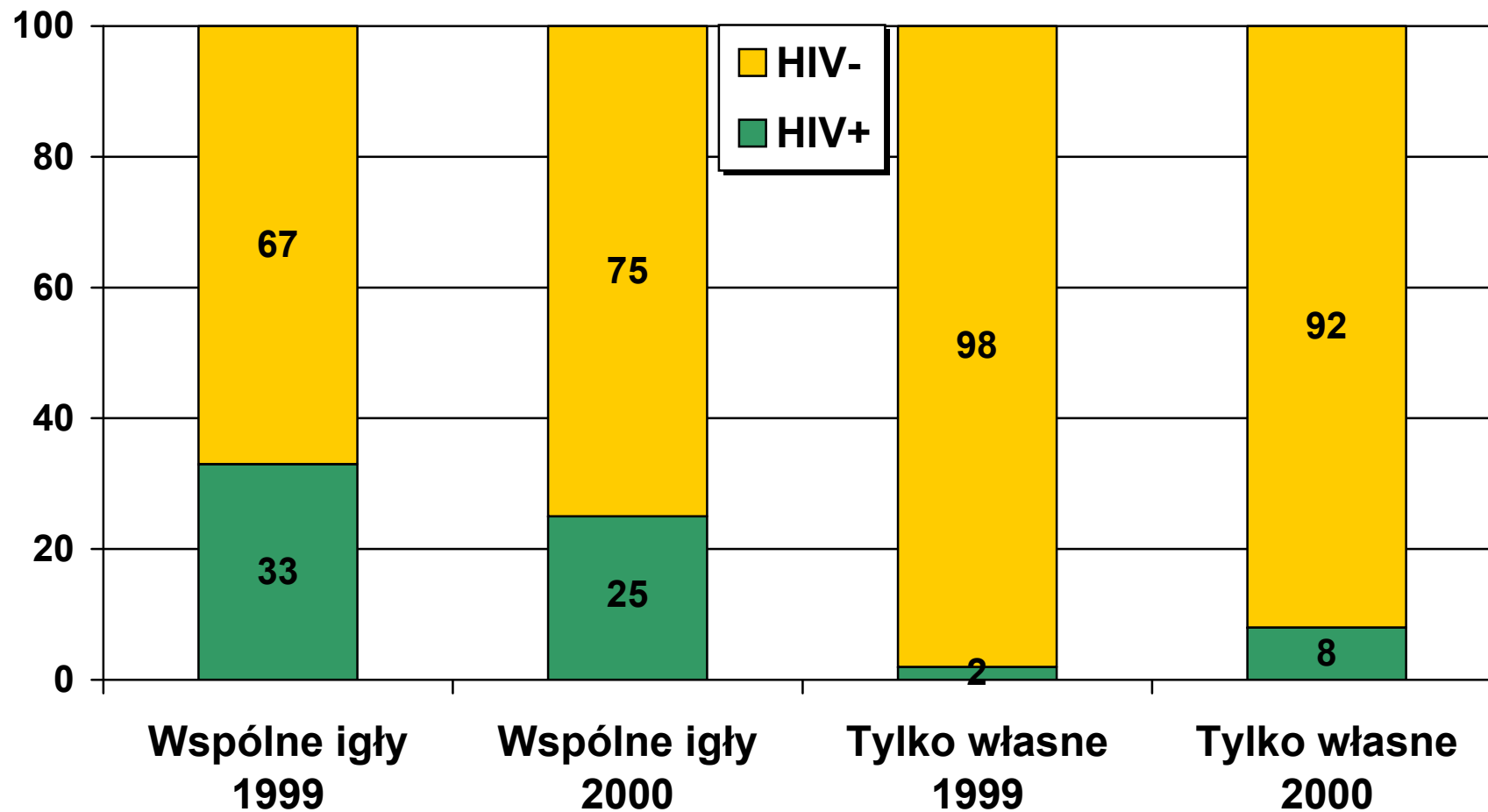
Wykres 12. Odsetki zakażonych HIV wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje, którzy byli badani na obecność przeciwciał HIV.



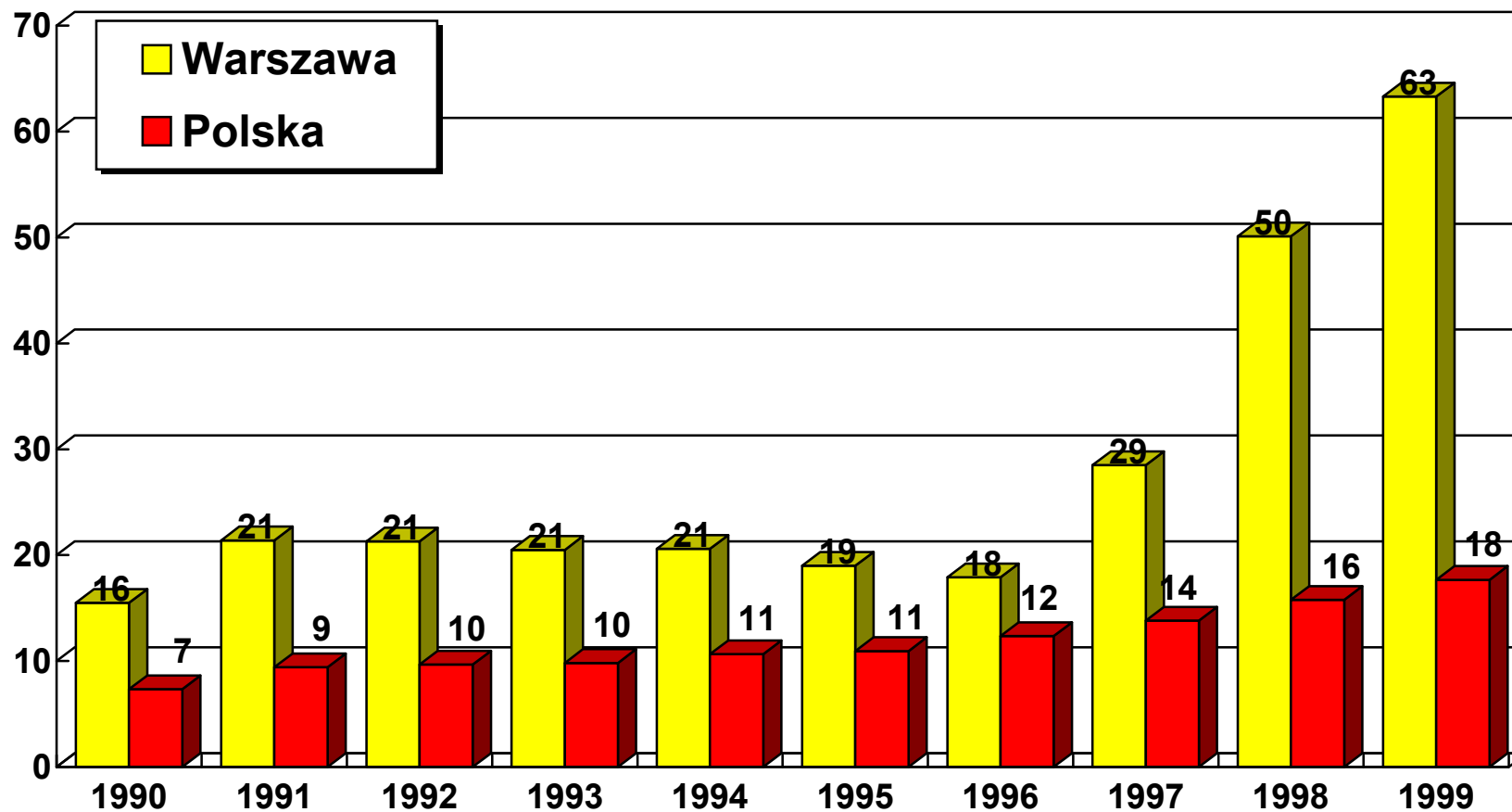
Wykres 13. Odsetki zakażonych HIV wśród zgłaszających się do leczenia w Warszawie stosujących iniekcje w podziale na pierwszorazowych i pozostałych



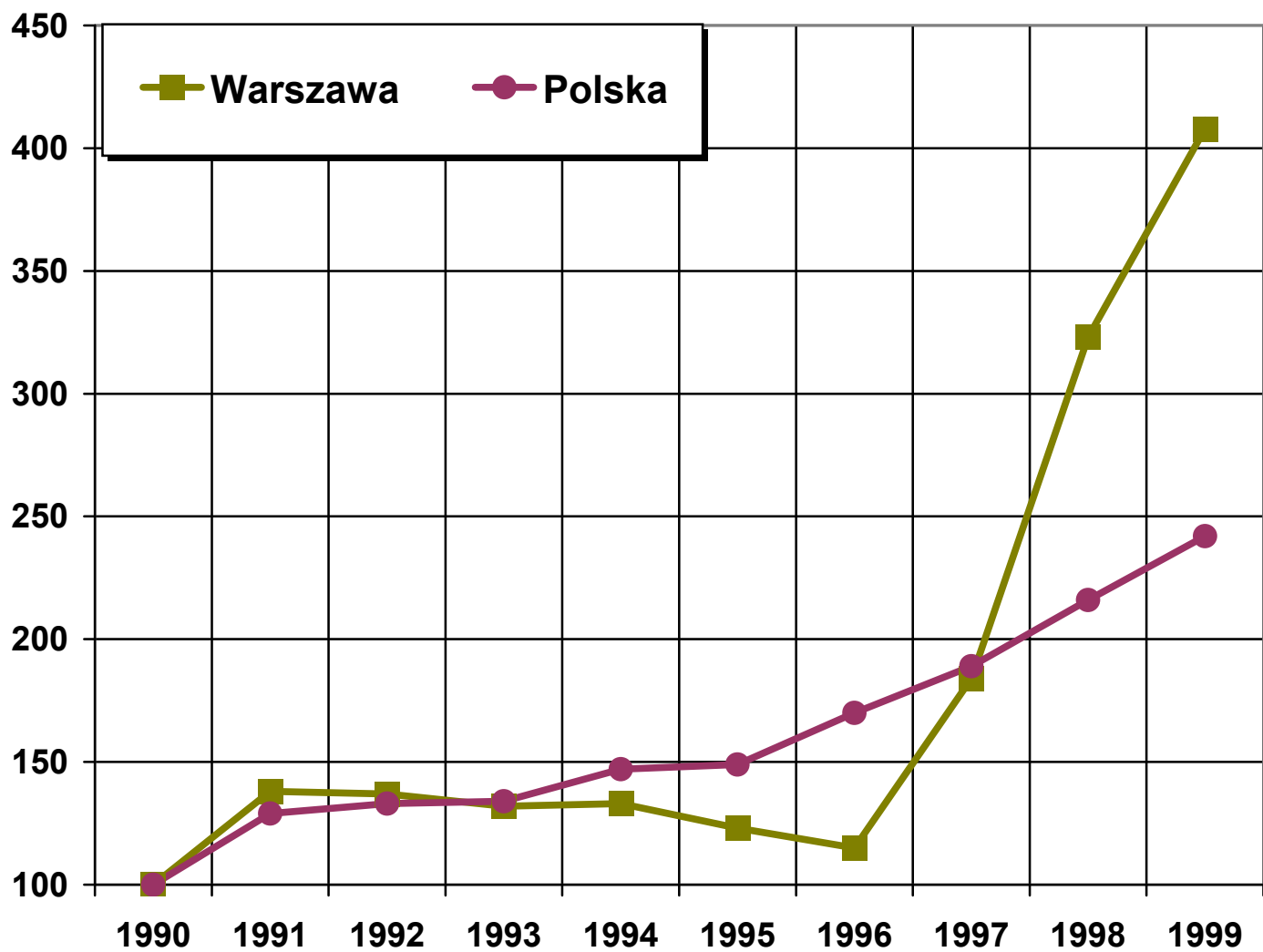
Wykres 14. Status HIV wśród osób, które kiedykolwiek stosowały zastrzyki - zgłaszający się do leczenia w Warszawie w 1999r. i 2000 r. (odsetki badanych)



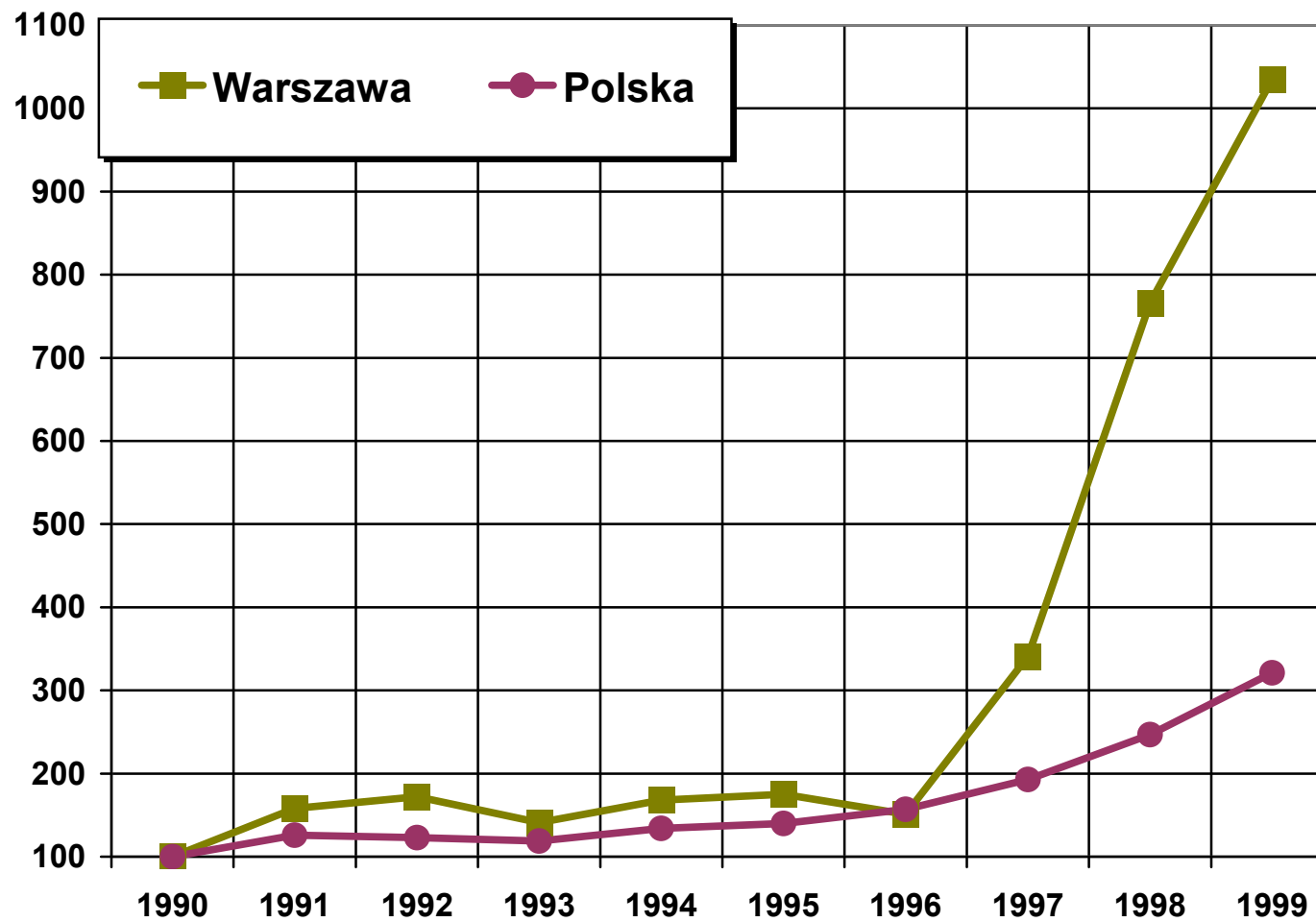
Wykres 15. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1990 - 1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 16. Dynamika wskaźnika przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100)



Wykres 17. Dynamika wskaźnika przyjętych pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100)



Wykres 18. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-1999 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów)

