

# NARKOMANIA W POLSCE W 2003 ROKU

## Dane leczenia stacjonarnego

Jak co roku prezentujemy dane statystyczne stacjonarnego leczenia psychiatrycznego odnoszące się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń (X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów – rozpoznania nr F11-F16, F18, F19). To sformułowanie zaczerpnięte z języka diagnostyki medycznej odpowiada, z pewnymi zastrzeżeniami, używanemu w naukach społecznych terminowi „narkomania”, rozumianemu jako regularne używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń w sposób powodujący już poważne problemy. Dane statystyczne leczenia obejmują pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Pozwalają one, z pewnymi zastrzeżeniami, na śledzenie trendów w ilościowym rozwoju zjawiska. Przedmiotem tego komunikatu będzie przedstawienie danych statystycznych leczenia psychiatrycznego w części dotyczącej problemu substancji za 2003 rok na tle danych z lat ubiegłych.

Lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i lecznictwo psychiatryczne stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Kwestionariusz zawiera zakodowany identyfikator umożliwiający agregowanie danych na poziomie osób, a nie tylko przypadków. Podstawą drugiego systemu sprawozdawczości są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni. Dane z leczenia stacjonarnego są zatem dokładniejsze - nie są one obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. W tym opracowaniu skoncentrujemy się na danych leczenia stacjonarnego, bowiem - jak się wydaje - lepiej odzwierciedlają one trendy epidemiologiczne.

Rok 2003 jest siódmym rokiem obowiązywania w Polsce X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD 10), która zastąpiła stosowaną od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych IX Rewizję (ICD 9). Efektem zmiany klasyfikacji było znaczne ograniczenie porównywalności danych w szeregach czasowych. Zarówno

ograniczona przekładalność kategoryzacji stosowanych w obu Rewizjach, jak trudności związane z procesem wprowadzania zmiany zaburzyły możliwość śledzenia trendów i skłaniają do dużej ostrożności w ich interpretacji. Na problemy wynikające ze zmiany klasyfikacji nałożyły się zakłócenia związane ze strajkami lekarzy, jakie nastąpiły w latach 1997-1998. Często stosowaną wówczas formą protestu była odmowa kompletnego wypełniania kart statystycznych. Stąd w danych za tamte lata znaleźć można luki. Wprawdzie część owych luk udało się później uzupełnić, ale i tak dane z tego okresu są obciążone pewnych błędem.

Zanim przejdziemy do prezentacji danych za 2003 r. przypomnijmy zmiany wprowadzone przez X Rewizję oraz ich konsekwencje dla analiz epidemiologicznych. Wedle klasyfikacji obowiązującej do 1996 r. na zaburzenia bezpośrednio związane z używaniem narkotyków mieszczące się w części obejmującej zaburzenia psychiczne składały się „uzależnienie od leków” (304.0-304.9), „nadużywanie leków bez uzależnienia” (305.2-305.9) oraz „psychozy lekowe” (292). Komentarza wymaga termin „uzależnienie od leków”. Termin ten w języku diagnostyki medycznej używany był na określenie uzależnienia nie tylko od leków rozumianych jako produkty przemysłu farmaceutycznego, ale również od 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. Pod tym względem wprowadzenie X Rewizji niewiele zmieniło, zamiast terminu lek wprowadzono określenie substancja psychoaktywna. Zmiany dotyczą natomiast całego porządku klasyfikacji.

Trzeba przypomnieć, że punktem wyjścia poprzedniej klasyfikacji był rodzaj zaburzenia – nadużywanie, uzależnienie lub psychoza lekowa. W przypadku uzależnienia i nadużywania dopiero następny podział (czwarta cyfra w kodzie) odnosił się do rodzaju środka, w przypadku psychoz rodzaj środka nie był w ogóle określany. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zmieniono tę zasadę. Punktem 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 większość uzależnionych od opiatów łączonych z innymi środkami, a była to zawsze bardzo pokaźna grupa licząca ok. 30-50%, wpada do 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 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”.

Przystępując do analizy danych warto pamiętać, że lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i lecznictwo psychiatryczne stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Dane za 2003 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1997-2002, a także, o ile to możliwe, z lat wcześniejszych. Do oceny trendów epidemiologicznych posłużą tu dwa wskaźniki. Pierwszy to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły czy też kontynuowały w następnym roku. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków, nie notowanych wcześniej w lecznictwie, a więc bliższy jest temu, co dzieje się w populacji.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku. W 2003 r. przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 11 778 osób (tabela 1). Oznacza to spadek o 1,2% w stosunku do 2002 r., kiedy to przyjęto 11 915 osób. Spadek ten stanowi przełom w trendzie wzrostowym notowanym od początku lat dziewięćdziesiątych (wykresy 1 i 2). Wskaźnik zgłaszalności do leczenia w ostatnich latach wzrastał nierównomiernie. Na przykład między 2000 a 2001 rokiem zwiększył się o 6%, a między 2001 i 2002 r. aż o 32,7%. Nie wiadomo zatem, czy obecny spadek stanowi trwałé odwrócenie trendu, czy jest przejawem jego fluktuacji. Na rozstrzygnięcie tej kwestii poczekać trzeba, aż dostępne będą dane za 2004 r.

Nieco inny obraz otrzymujemy, gdy analizujemy przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2). W początkach lat dziewięćdziesiątych udział pacjentów pierwszorazowych wśród przyjętych ogółem malał z 45% w 1990 r. do 40% w 1993 r. W latach 1994-1996 odsetek pacjentów pierwszorazowych utrzymywał się na stałym poziomie 41-42%. Oznacza to, że tempo

wzrostu liczby nowych przypadków było takie samo jak tempo wzrostu wszystkich leczonych. Dane za 1997 r. przyniosły wzrost odsetka przyjęć pierwszorazowych do poziomu blisko 46%. W następnych latach także obserwujemy wzrost: w 1998 r. odsetek ten wyniósł 51,1%, a 1999 r. – 59,2%. W 2000 r. nastąpiło zahamowanie wzrostu odsetka pacjentów pierwszorazowych na poziomie 59,1%. W 2001 r. udział pacjentów leczących się pierwszy raz w życiu znowu wzrósł, zaś w 2002 r. spadł i to poniżej wartości z 1999 r. Rok 2003 przyniósł ponowny wzrost odsetka do poziomu 56,8%. Stało się tak za sprawą lekkiego wzrostu liczby pacjentów pierwszorazowych przy spadku liczby pacjentów ogółem.

Warto zauważyć, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu.

Dynamikę wskaźników zgłaszalności do stacjonarnego leczenia oraz zgłaszalności pierwszorazowej prześledzić można na wykresie 2. W obliczeniach wielkości wskaźników dynamiki dane z 1990 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 1990 r. stanowią dane z kolejnych lat. Wskaźnik przyjętych ogółem przez całą dekadę wykazywał tendencję rosnącą, przy czym po 1995 r. wzrost wyraźnie się nasilił. Wskaźnik pacjentów pierwszorazowych po wzroście w 1991 r. przez dwa kolejne lata spadał, by od 1994 r. powrócić do tendencji wzrostowej o dynamice wyższej niż wskaźnik przyjętych ogółem. Warto zauważyć, że od 1996 r. linia obrazująca trend przyjęć pierwszorazowych staje się coraz bardziej stroma, co oznacza przyspieszenie tempa wzrostu. W sumie dane z wykresu pokazują, że o ile ogólna liczba pacjentów w 2003 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. ponad czterokrotnie, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad pięciokrotnie.

W 2003 r. jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 3 najliczniejszą pozostaje grupa osób z problemem opiatów (23%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (10%), środków z grupy amfetamin (9%), substancji wziewnych (3%) i przetworów konopi (3%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Struktury diagnoz według typu środka unaocniają słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Ponad połowa osób znajduje się w kategorii „mieszane” i „nieokreślone”. O środkach używanych przez tę grupę pacjentów praktycznie nic nie możemy powiedzieć poza tym, że w przypadku większości pacjentów jest ich więcej niż jeden. Porównanie struktury rozpoznań w latach 1997 - 2003 (tabela 3) pokazuje na pewne zmiany. W latach 1997-1999 były one niewielkie, ograniczały się właściwie do wzrostu

odsetka osób nadużywających środków z grupy amfetamin z 3,8% w 1997 r. do 6,7% w 1999 r. W 2000 r. odnotować trzeba spadek odsetka pacjentów z tej grupy do poziomu 5,8% i praktycznie stabilizację w 2001 r. na poziomie 6,0%. W kolejnych latach następuje wzrost tego odsetka do 8,1% w 2002 r. i 8,9% w 2003 r. W latach 1997-2001 notuje się niewielki spadek odsetka osób z problemem opiatów z 43 do 40%. W 2002 r. odsetek ten zmniejszył się radykalnie, bo do poziomu 30%, w 2003 r. nastąpił dalszy spadek do wartości 23,3%. Przez cały okres w miarę systematycznie spada odsetek osób nadużywających substancji wziewnych. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych – od 31% w 1997 r. do 50,4% w 2003 r.

Porównanie danych z lat 1997-2001 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 przyjmowali również inne środki, głównie leki uspokajające i nasenne, a w latach dziewięćdziesiątych 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 opiatów. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych na *wykresie 4* w 2003 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje na tle trendów z ostatnich ośmiu lat:

- Zahamowanie trendu spadkowego liczby nadużywających substancji wziewnych. Trend wzrostowy został zapoczątkowany w 1994 r., w latach 1995-1997 tempo wzrostu było szczególnie szybkie, w 1998 r. trochę osłabło. W 1999 r. rozpoczął się spadek, który uległ przyspieszeniu w 2001 r. W 2002 r. liczba leczonych trochę wzrosła, a w 2003 r. spadła do poziomu niższego niż w 2001 r.
- Lekkie osłabienie trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1997 r. Wcześniej, w latach 1991-1996 przeważała lekka tendencja spadkowa. W 1997 r. nastąpił skokowy wzrost wskaźnika, skala wzrostu w latach 1998 i 1999 była nieco mniejsza. W 2000 r. nastąpiło ponowne przyspieszenie wzrostu, a w 2001 r. – lekki spadek. W 2002 r. liczba leczonych wzrosła bardziej niż w 2000 r., zaś w 2003 r. wzrost był nieco mniejszy.

- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r. wzrostu liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż latach poprzednich, w 2000 r. nastąpiło lekkie osłabienie skali wzrostu. W 2002 r. tempo wzrostu było znacznie większe niż w latach poprzednich, w 2003 r. znowu osłabło .
- Zahamowanie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przyspieszył w 1997 r. W 2000 r. notujemy dalsze przyspieszenie skali wzrostu, w 2001 r. jego osłabienie, zaś w 2002 r. dalsze przyspieszenie. W 2003 r. liczba pacjentów leczonych z powodu problemu konopi lekko spadła, jednak do poziomu wyższego niż w 2001 r. Liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest niemal trzykrotnie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy.
- Stabilizacja liczby osób nadużywających kokainy. Do 1996 r. spotykano w lecznictwie stacjonarnym tylko pojedyncze osoby nadużywające tego środka, w 1997 r. ich liczba skokowo wzrosła. Od 1998 r. notowano stabilizację, przerwana spadkiem w 2001 r. i wzrostem w 2002 r. W 2003 r. notujemy stabilizację na poziomie wyższym niż w końcu lat dziewięćdziesiątych.

Struktura płci osób przyjętych od leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. W latach 1997 - 2000 obserwujemy bardzo słaby trend wzrostowy odsetka mężczyzn i co się z tym wiąże spadek odsetka kobiet. Jak wynika z danych zawartych w *tabeli 4* kobiety stanowiły w 2000 r. ok. 22% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze w 1997 r. – 26%. W latach 2000-2003 odnotować trzeba odwrócenie się trendu. Od 2001 r. odsetek kobiet powoli, ale konsekwentnie rośnie. W 2003 r. wyniósł on 24%.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (tabela 5, wykres 5). W latach 1997-2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lat i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wyniósł już 57%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 97-98%. W 2002 r. nastąpiła zmiana opisanej wyżej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16-24 spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 r. Jednocześnie wzrosły trochę odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 25-24 lata. W 2003 r. obserwujemy kontynuację tej tendencji: odsetek pacjentów w

wieku 16-24 lat spadł do poziomu 51%, zaś udział najstarszych (powyżej 44 roku życia) zwiększył się do 11%.

Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska. Odwrócenie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji rozmiarów zjawiska.

Przez cały analizowany okres utrzymuje się stały, stosunkowo niewielki odsetek osób poniżej 15 roku życia (2-4%). Nie potwierdza to potocznych sądów o epidemii narkomanii wśród dzieci. Nawet jeśli po narkotyki zaczyna sięgać młodzież poniżej szesnastego roku życia, to do regularnego, problemowego używania skłaniającego do podjęcia leczenia stacjonarnego dochodzi zwykle po przekroczeniu piętnastego roku życia.

Podobnie, jak w latach ubiegłych, w 2003 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w *tabeli 6* i na *wykresie 6* odnotować trzeba znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (lubuskie – 65,1) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (małopolskie – 9,7). Trzeba przypomnieć, że dane przedstawione w tabeli pogrupowano według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca ich leczenia, zaś dostępność leczenia stacjonarnego jest w całym kraju podobna ze względu na brak rejonizacji. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: mazowieckie (49,4), dolnośląskie (49,3), zachodniopomorskie (46,8) i warmińsko-mazurskie (43,4). Wszystkie one z wyjątkiem mazowieckiego położone są w zachodniej bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski. W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa: mazowieckie (2531 osób), dolnośląskie (1432 osób) i śląskie (1114 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców.

Dane zawarte w przedostatniej kolumnie *tabeli 6* i na *wykresie 7* pozwalają na ocenę skali zmian wskaźników w poszczególnych województwach między 2002 r. i 2003 r. Spadek wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach ubyło narkomanów. Paradoksalnie w większości województw obserwujemy wzrost wskaźnika. Spadek nastąpił tylko w trzech województwach – największy w lubuskim, następnie w mazowieckim i najmniejszy w dolnośląskim. W pozostałych województwach odnotować trzeba wzrost. Z największym wzrostem mamy do czynienia w województwach: podlaskim (o

32%), świętokrzyskim (o 25%) i łódzkim (o 24%). Najmniejszy wzrost obserwujemy w województwie warmińsko-mazurskim (o 2%).

Warto zauważyć, że we wszystkich trzech województwach, w których nastąpił spadek, w 2002 r. wskaźniki były dużo wyższe niż średnia krajowa. Także województwo o najniższym wzroście mieści się w czołówce województw o najwyższym rozpowszechnieniu narkomanii. Jednocześnie największe procentowe wzrosty nastąpiły w województwach gdzie notowano niskie rozpowszechnienie. To tłumaczy lekki spadek wskaźnika ogólnopolskiego przy wzroście wskaźników w większości województw. Spadek w trzech województwach z nawiązką zrównoważył wzrosty we wszystkich pozostałych.

W zmianach z 2003 r. można dostrzec ślady tendencji polegającej na wyrównywaniu się poziomów rozpowszechnienia. W jakim stopniu będzie ona trwała pokażą dane z lat następnych.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie *tabeli 6* i na *wykresie 8* Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1990 r. i 2003 r. Dane za 1990 r. zostały przeliczone na układ nowego podziału administracyjnego kraju obowiązujący od 1999 r. Zabieg taki pozwala śledzić sytuację epidemiologiczną na terenach, które weszły w skład nowych województw. Dzięki temu możemy dostarczyć władzom wojewódzkim danych do lepszego rozumienia i przewidywania rozwoju sytuacji na ich terenie. Porównanie zmian w ostatnich trzynastu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 420%, z jednej strony spotykamy województwo, gdzie wzrost był niemal siedmiokrotny (łódzkie – 671%), z drugiej strony województwa, gdzie liczba pacjentów zwiększyła się nieco ponad dwu i półkrotnie (opolskie – 236%, dolnośląskie – 266%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o znikomym obecnie nasileniu zjawiska, ale nie jest to reguła bez wyjątków. Przykładami odstępstw od niej może być województwo łódzkie, gdzie wskaźnik wzrósł w badanym okresie najsilniej, a jednak nadal utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie – nieco niższym niż średnia ogólnopolska. Z drugiej strony w województwie dolnośląskim mamy do czynienia ze wskaźnikiem znacznie przekraczającym średnią dla kraju, a wzrost wskaźnika w ostatnich trzynastu latach należał do najniższych w kraju. Przykłady te pokazują, że o poziomie zagrożenia epidemiologicznego decyduje nie tylko rozwój sytuacji w obecnej dekadzie, ale także poziom wyjściowy z początku dekady osiągnięty w latach wcześniejszych.



Zróźnicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia, ale także wskaźnik przyjęć pierwszorazowych. Jak wynika z danych zgromadzonych w *tabeli 7* i zobrazowanych na *wykresie 9* najwyższymi wskaźnikami przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: lubuskie (36,3), mazowieckie (27,5), dolnośląskie (24,5), zachodniopomorskie (27,6) oraz warmińsko-mazurskie (23,0), czyli województwa, gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem były najwyższe. Wprawdzie rozkład wskaźników przyjęć pierwszorazowych nie odbiega zasadniczo od rozkładu przyjętych ogółem, to jednak jak przekonują dane z drugiej kolumny *tabeli 7* odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród wszystkich rozkładają się wedle innej zasady. Najwyższy odsetek pojawia się w województwie opolskim (68,3%), kolejne województwa pod tym względem to łódzkie (66,5%) oraz świętokrzyskie (65,9%). Województwa o najniższych odsetkach pacjentów pierwszorazowych, wśród pacjentów ogółem to dolnośląskie (51,7%), podkarpackie (54,3%) oraz warmińsko-mazurskim (54,4%). Warto zauważyć, że w żadnym województwie odsetek pacjentów pierwszorazowych nie spada poniżej 50%.

Znacznemu zróźnicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 2002 r. i 2003 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie *tabeli 7*.

Najsilniej wzrosła liczba pacjentów pierwszorazowych w województwie świętokrzyskim – o 40%. Znaczny wzrost odnotować też trzeba w województwach: podlaskim (o 32%), małopolskim (o 29%), łódzkim (o 22%) oraz opolskim (o 21%). W sumie wskaźnik ten uległ zwiększeniu w trzynastu województwach. W trzech województwach nastąpił spadek, tj. w lubuskim, mazowieckim oraz dolnośląskim. Rozkład zmian wskaźnika przyjęć pierwszorazowych nie odbiega znacznie od rozkładu zmian wskaźnika przyjęć ogółem. W większości województw oba wskaźniki zmieniają się w podobny sposób.

Znacznemu zróźnicowaniu terytorialnemu podlegają też wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia.

Dane z *tabeli 8* obrazują zróźnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet wśród przyjętych do leczenia. W 2003 r. odsetek kobiet waha się od 16% w województwie lubelskim do 35% w województwie świętokrzyskim. Zmiany odsetka kobiet w latach 2000-2003 w poszczególnych województwach nie układają się w czytelne tendencje. Jedynie w województwach Mazowieckim i Lubuskim obserwujemy stały trend wzrostowy. W pozostałych województwach mamy do czynienia ze zmiennymi tendencjami.

Dane z tabeli 9 przedstawiają zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Największa frakcja niepełnoletnich występuje w województwach kujawsko-pomorskim i opolskim (18%), a najmniejsza w lubelskim (7%). W poszczególnych województwach obserwujemy zróżnicowane tendencje. Konsekwentny trend spadkowy występuje w województwie łódzkim. Tendencja spadkowa nastąpiła także na poziomie całego kraju z 14 do 10%.

Podsumowując prezentację danych za 2003 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na zahamowanie trendu wzrostowego zjawiska.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia nabierają takie środki, jak amfetamina i przetwory konopi. Równolegle do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia: zachodnią część kraju, województwo warmińsko-mazurskie i województwo mazowieckie. Na wyjątkową uwagę zasługuje województwo lubuskie, gdzie od lat notuje się zdecydowanie najwyższe wskaźniki przyjętych ogółem i przyjętych pierwszy raz w życiu. Przedmiotem szczególnej uwagi powinny stać się też województwa: podlaskie, świętokrzyskie, łódzkie i małopolskie, gdzie notuje się najsilniejszy wzrost wskaźników w czasie ostatniego roku. Choć województwa te należą do terenów o raczej niskim rozpowszechnieniu zjawiska, to jednak wysoka dynamika wskaźników w ostatnim roku sugeruje ryzyko zmiany tej sytuacji. Wydaje się, że na terenach tych zintensyfikowania wymagają zarówno działania profilaktyczne, jak programy pomocy – leczenie i redukcja szkód.

*Janusz Sierosławski*  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii*  
*Warszawa*

Tabela 1. 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 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Lata	Liczba osób	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców
1990	2803	7,3
1991	3614	9,4
1992	3710	9,7
1993	3783	9,8
1994	4107	10,7
1995	4223	10,9
1996	4772	12,4
1997	5336	13,8
1998	6100	15,8
1999	6827	17,7
2000	8590	22,2
2001	9096	23,5
2002	11915	31,2
2003	11778	30,8

Tabela 2. Przyjęci po raz pierwszy i przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do lecznictwa stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

Lata	Pierwszorazowi	Wszyscy	Odsetek pierwszorazowych
1990	1260	2803	45,0
1991	1593	3614	44,1
1992	1547	3710	41,7
1993	1505	3783	39,8
1994	1693	4107	41,2
1995	1759	4223	41,7
1996	1980	4772	41,5
1997	2438	5336	45,7
1998	3115	6100	51,1
1999	4040	6827	59,2
2000	5075	8590	59,1
2001	5617	9096	61,8
2002	6537	11915	54,9
2003	6693	11778	56,8

Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typu nadużywanej substancji

Liczby pacjentów

Lata	Opiaty	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Konopie	Amfetamina	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	2313	449	46	70	204	70	535	1649
1998	2569	509	45	110	367	75	564	1861
1999	2652	573	52	164	459	91	455	2381
2000	3383	769	50	246	502	62	449	3129
2001	3674	724	19	269	544	61	340	3465
2002	3609	1074	98	409	966	62	397	5300
2003	2745	1187	107	356	1054	74	321	5934

Odsetki pacjentów

Lata	Opiaty	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Konopie	Amfetamina	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	43,3	8,4	0,9	1,3	3,8	1,3	10,0	30,9
1998	42,3	8,3	0,7	1,8	6,0	1,2	9,2	30,5
1999	38,8	8,4	0,8	2,4	6,7	1,3	6,7	34,9
2000	39,4	9,0	0,6	2,9	5,8	0,7	5,2	36,4
2001	40,4	8,0	0,2	3,0	6,0	0,7	3,7	38,1
2002	30,3	9,0	0,8	3,4	8,1	0,5	3,3	44,5
2003	23,3	10,1	0,9	3,0	8,9	0,6	2,7	50,4

Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

Lata	Mężczyźni		Kobiety	
	N	%	N	%
1997	3936	73,8	1400	26,2
1998	4519	74,1	1581	25,9
1999	5209	76,3	1618	23,7
2000	6702	78,0	1888	22,0
2001	7006	77,0	2090	23,0
2002	8633	76,8	2608	23,2
2003	8952	76,0	2826	24,0

Tabela 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku

Struktura wieku	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
- 15	3,6	3,6	3,6	2,9	2,8	2,3	2,6
16-19	15,2	18,6	15,2	24,2	24,9	23,7	19,8
20-24	24,5	27,1	24,5	30,5	31,6	31,6	31,3
25-29	18,2	16,9	18,2	14,3	14,8	15,4	16,7
30-34	14,8	12,1	14,8	7,9	7,1	7,2	7,7
35-39	10,1	8,6	10,1	6,7	5,8	5,3	5,5
40-44	6,9	6,1	6,9	5,5	4,9	4,9	5,1
45 +	6,7	7,0	6,7	7,9	8,1	9,6	11,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczby osób w 2003 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2003 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2002 r.	Wskaźniki zmiany 2002 = 100	Wskaźniki zmiany 1990 = 100
POLSKA	11778	30,8	31,2	99	420
Dolnośląskie	1432	49,4	50,4	98	266
Kujawsko-pomorskie	501	24,2	21,0	115	360
Lubelskie	373	17,0	14,7	116	389
Lubuskie	657	65,2	76,6	85	487
Łódzkie	758	29,2	23,6	124	671
Małopolskie	315	9,7	7,9	123	384
Mazowieckie	2531	49,3	54,4	91	659
Opolskie	215	20,4	18,1	113	265
Podkarpackie	232	11,1	10,0	111	305
Podlaskie	330	27,4	20,7	132	311
Pomorskie	619	28,3	24,8	114	324
Śląskie	1114	23,6	20,9	113	286
Świętokrzyskie	168	13,0	10,4	125	343
Warmińsko-mazurskie	620	43,4	42,5	102	554
Wielkopolskie	900	26,8	23,1	116	662
Zachodniopomorskie	794	46,8	41,4	113	544
Braki danych i obcokrajowcy	219				

Tabela 7. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	Liczba pacjentów pierwszorazowych	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2002 = 100
POLSKA	6693	56,8	17,5	102
Dolnośląskie	710	51,7	24,5	93
Kujawsko-pomorskie	302	61,5	14,6	101
Lubelskie	197	55,0	9,0	117
Lubuskie	366	56,2	36,3	81
Łódzkie	496	66,5	19,1	122
Małopolskie	178	58,0	5,5	129
Mazowieckie	1412	58,6	27,5	84
Opolskie	140	68,3	13,3	121
Podkarpackie	120	54,3	5,8	109
Podlaskie	194	61,0	16,1	132
Pomorskie	357	59,3	16,4	114
Śląskie	664	61,7	14,1	116
Świętokrzyskie	108	65,9	8,4	140
Warmińsko-mazurskie	328	54,4	23,0	106
Wielkopolskie	555	63,8	16,5	113
Zachodniopomorskie	467	63,7	27,6	113
Braki danych i obcokrajowcy	99			



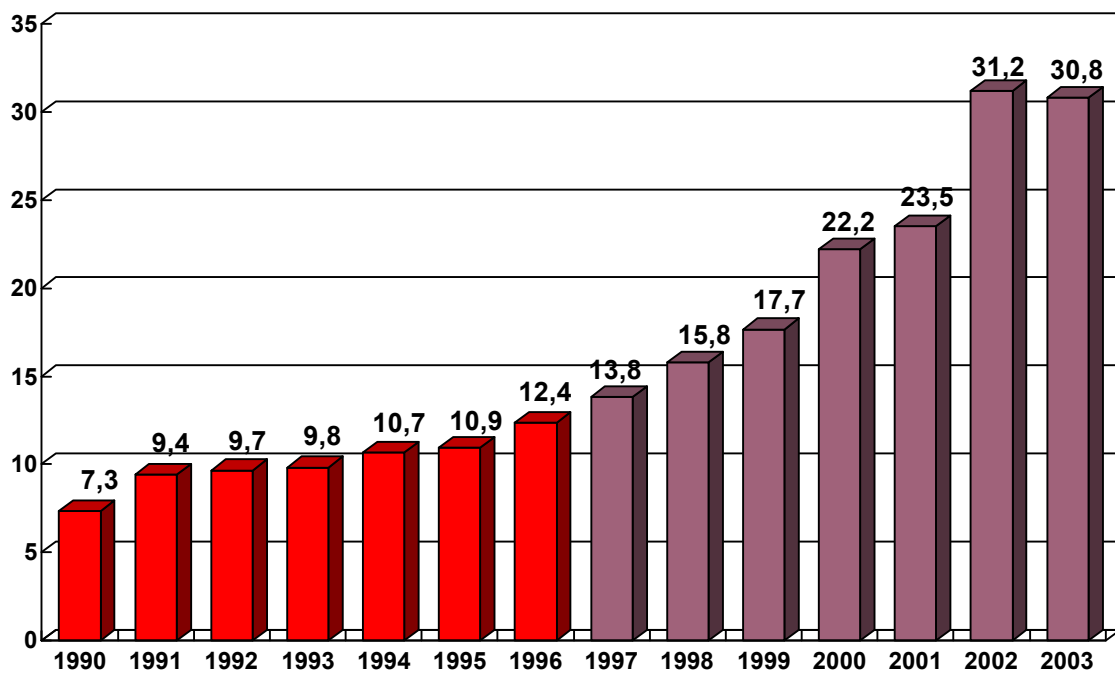
Tabela 8. Odsetek kobiet wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	2000	2001	2002	2003
POLSKA	22,0	23,0	23,2	24,0
Dolnośląskie	19,7	17,8	19,7	21,8
Kujawsko-pomorskie	21,2	24,9	23,4	23,0
Lubelskie	15,2	19,3	17,6	16,1
Lubuskie	16,3	18,4	18,6	21,3
Łódzkie	25,0	26,1	30,7	29,4
Małopolskie	26,6	31,1	28,1	34,3
Mazowieckie	17,4	17,9	20,2	21,0
Opolskie	22,1	24,8	19,7	25,1
Podkarpackie	29,5	30,1	23,8	19,8
Podlaskie	20,4	20,5	19,6	19,7
Pomorskie	31,7	32,0	28,3	27,6
Śląskie	24,7	27,4	25,6	25,3
Świętokrzyskie	35,2	51,3	40,0	34,5
Warmińsko-mazurskie	22,2	24,5	22,9	25,5
Wielkopolskie	29,4	31,8	33,0	28,0
Zachodniopomorskie	28,5	28,7	24,9	26,7

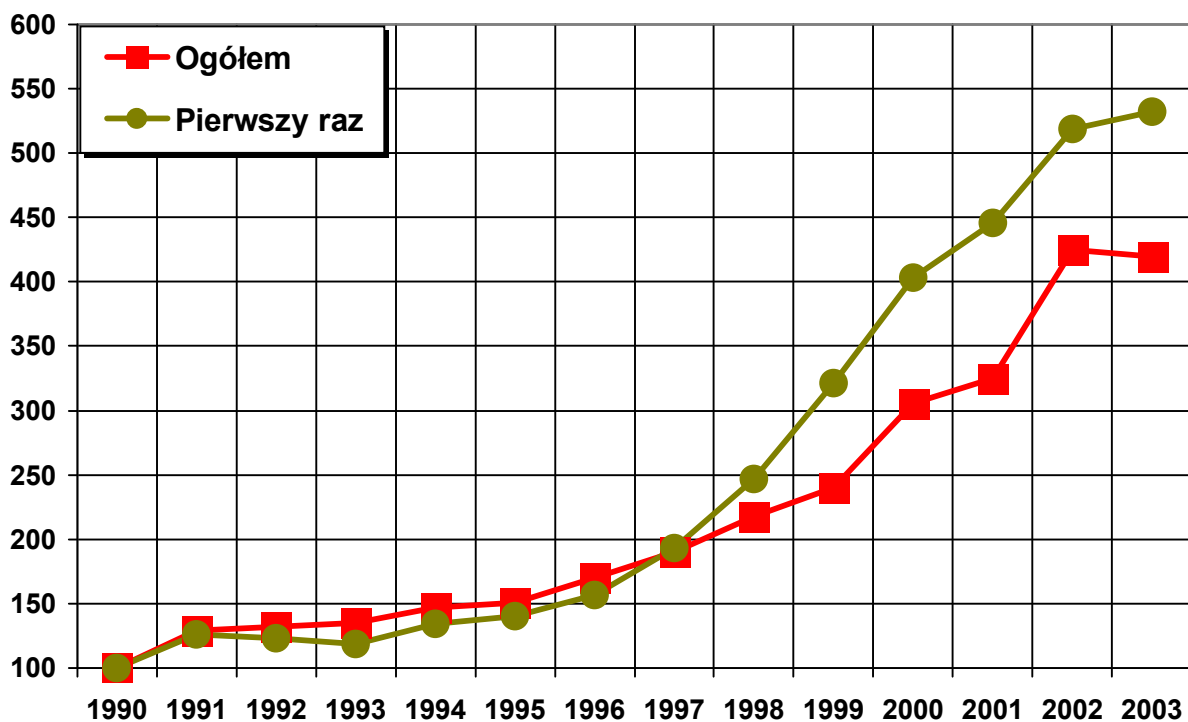
Tabela 9. Odsetek osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	2000	2001	2002	2003
POLSKA	13,9	12,8	11,0	10,4
Dolnośląskie	8,7	8,6	8,5	9,0
Kujawsko-pomorskie	14,8	14,9	21,4	15,4
Lubelskie	12,9	9,6	7,7	7,0
Lubuskie	14,7	14,2	8,0	11,0
Łódzkie	17,7	14,3	10,3	10,3
Małopolskie	5,3	10,0	8,6	8,3
Mazowieckie	17,5	13,3	10,7	9,7
Opolskie	24,0	19,4	21,2	17,7
Podkarpackie	7,0	4,8	10,5	5,2
Podlaskie	18,8	14,2	17,6	15,5
Pomorskie	16,3	11,1	10,9	11,8
Śląskie	11,0	15,0	10,4	10,2
Świętokrzyskie	5,7	10,1	14,8	13,7
Warmińsko-mazurskie	18,4	18,7	15,2	12,6
Wielkopolskie	6,1	13,3	10,8	8,8
Zachodniopomorskie	15,7	13,9	11,5	12,5

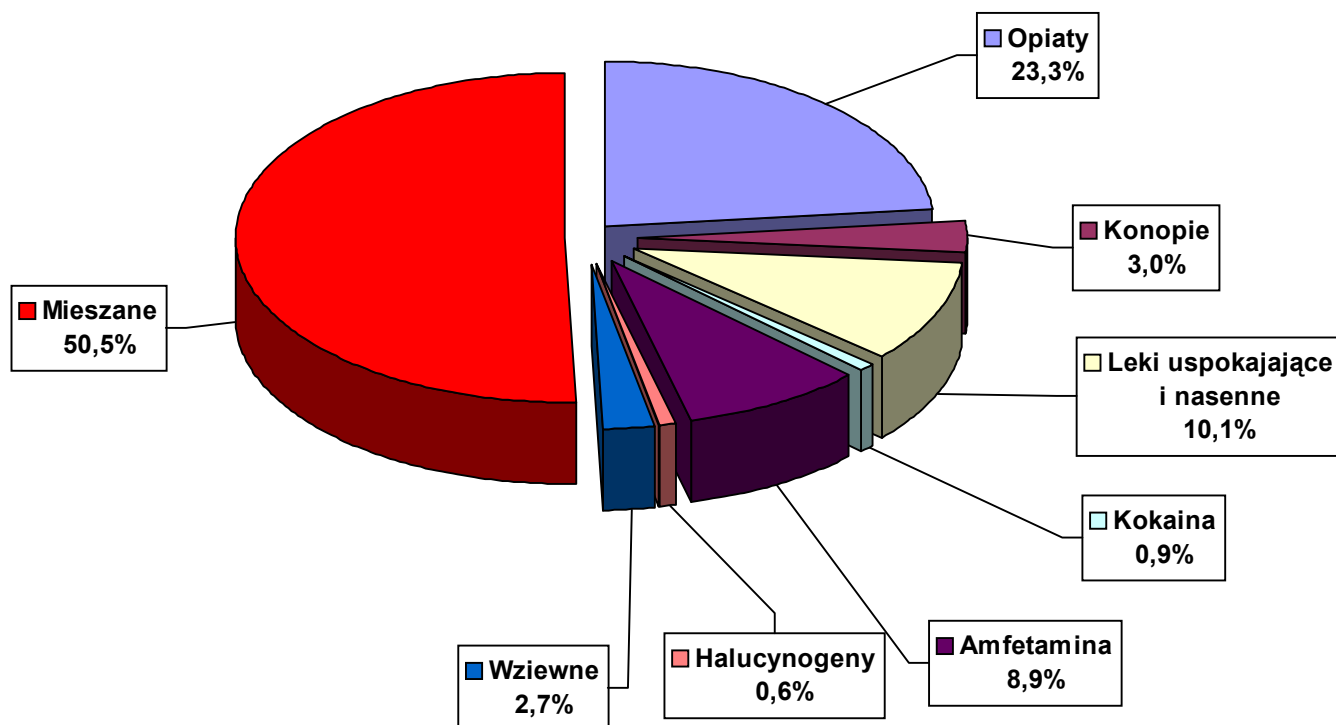
Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990 - 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



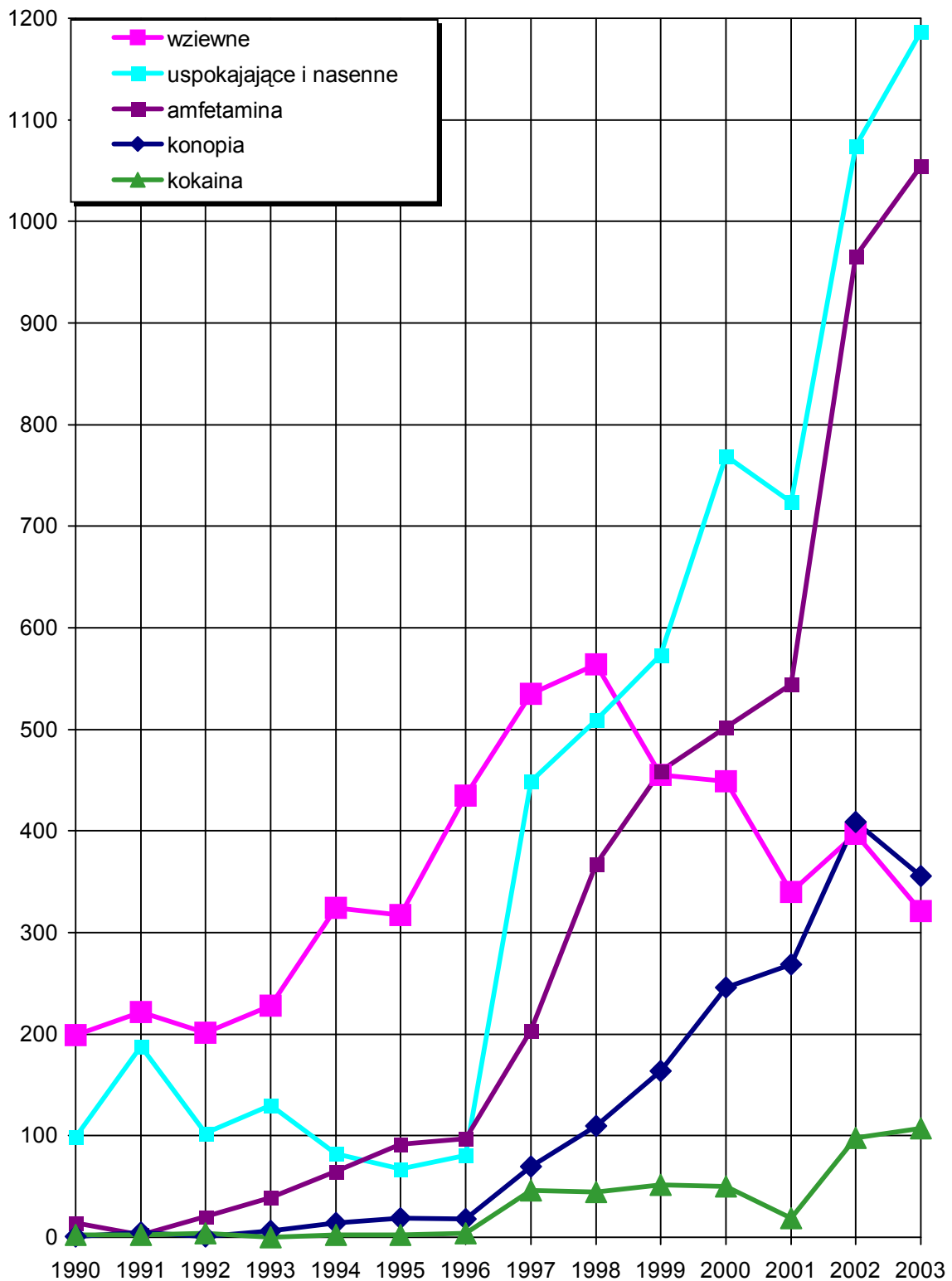
Wykres 2. Dynamika wskaźników przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (1990 = 100)



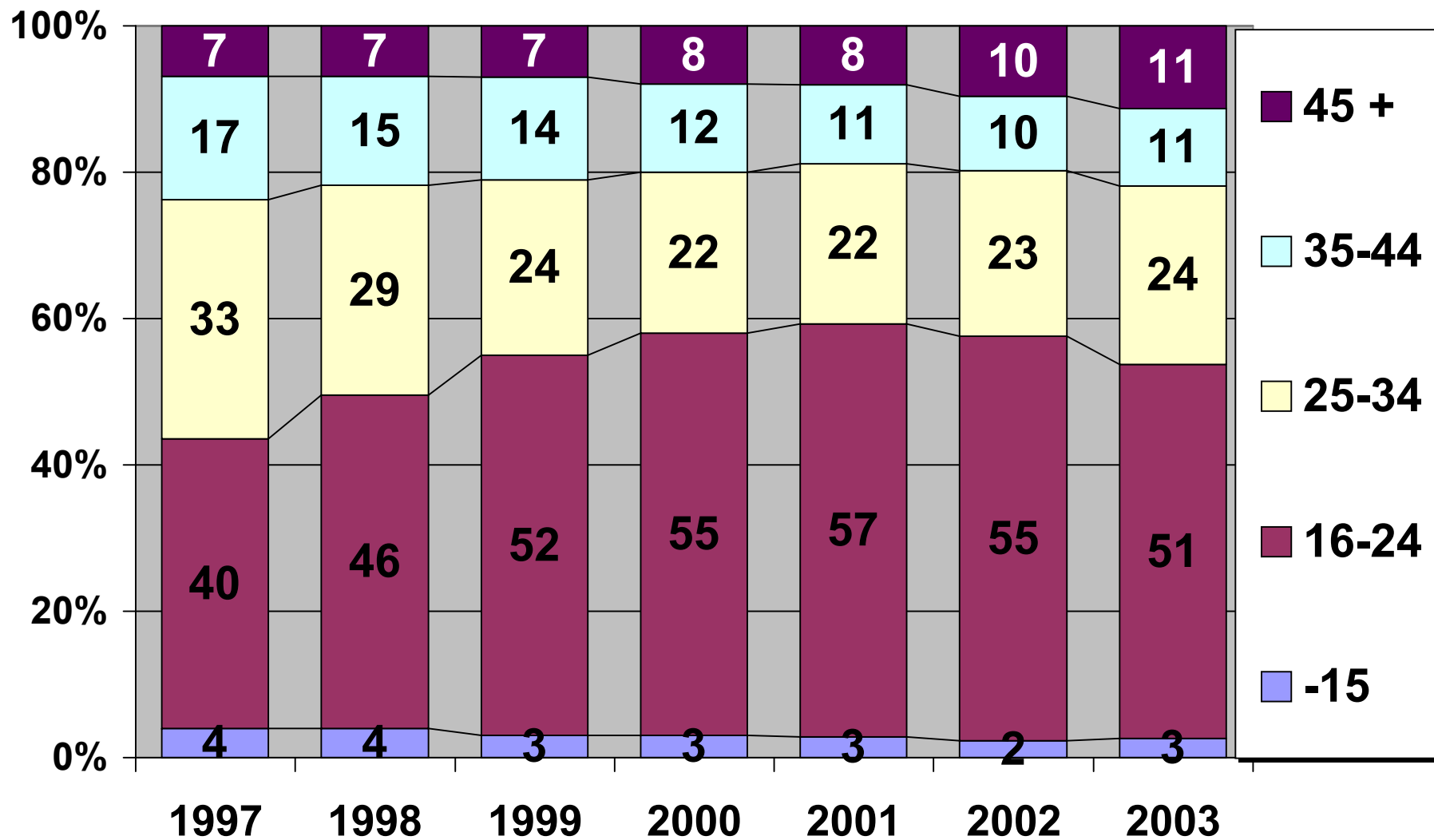
Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji



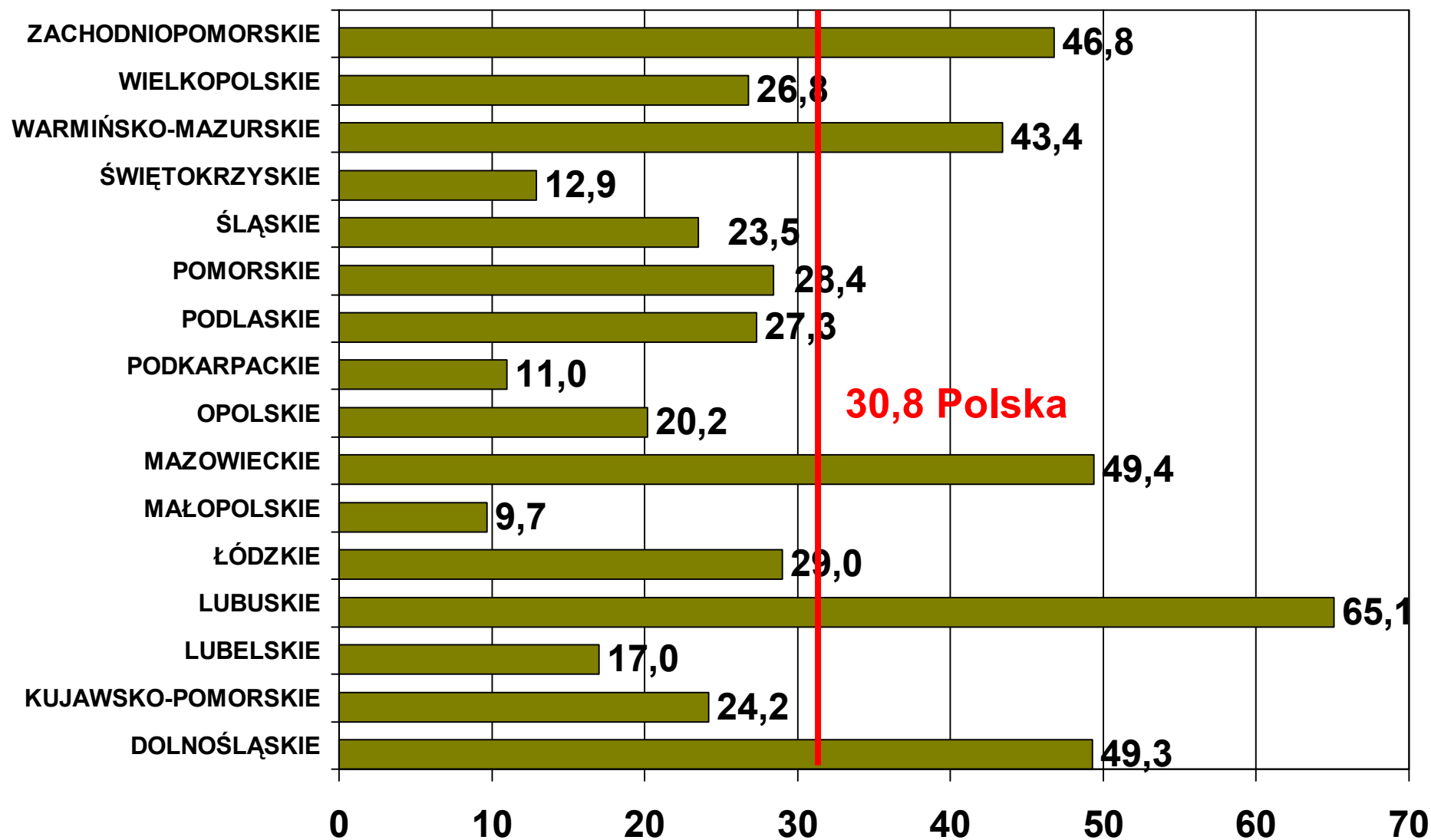
Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów)



Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg wieku



Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

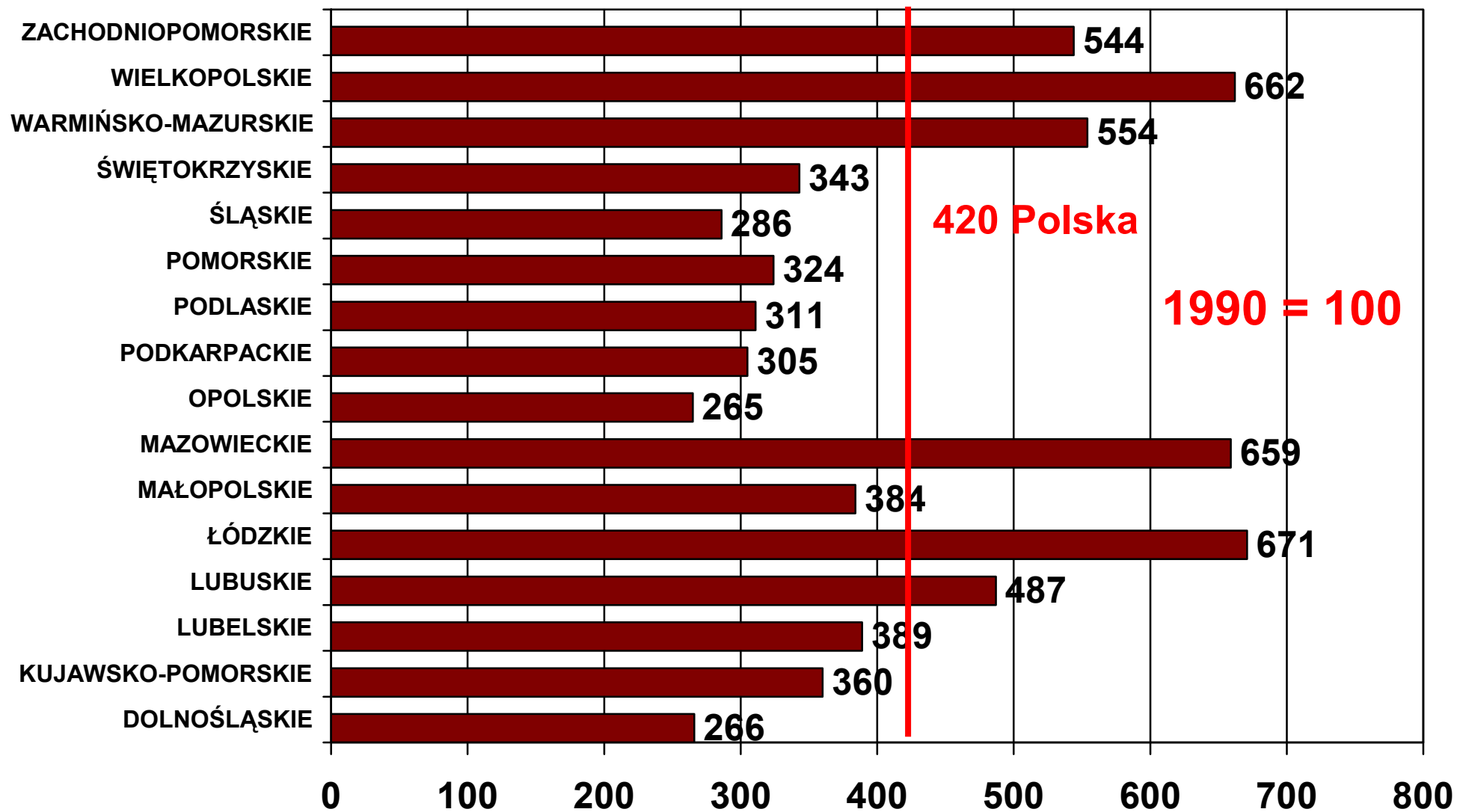


Wykres 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 2002 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (dane za 2002 r. = 100)





Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1990 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (1990=100)



Wykres 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2003 r. po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)

