

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa

NARKOMANIA W POLSCE W 2004 R. DANE LECZNICTWA 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, jak również w publicystyce, 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 używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń za 2004 rok na tle danych z lat ubiegłych.

Lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i 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 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 2004 jest już ósmym 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 zmianą klasyfikacji nałożyły się zakłócenia związane ze strajkami lekarzy, jakie miały miejsce 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 pewnym błędem.

Dane za 2004 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1997-2003, 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 stacjonarnych, 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 dzieje się w populacji.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku do leczenia. W 2004 r. przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 12836 osób (tabela 1). Oznacza to wzrost o 9,0% w stosunku do 2003 r., kiedy to przyjęto 11778 pacjentów. Trzeba przypomnieć, że w 2003 r. wskaźnik spadł o 1,2% w stosunku do 2002 r., kiedy to przyjęto 11915 osób. Spadek ten stanowił 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 r. i 2002 r. aż o 32,7%. Dane za 2004 r. pokazały, że spadek zanotowany w 2003 r. był raczej przejawem fluktuacji trendu, niż jego trwałym odwrócenie. Na decydujące rozstrzygnięcie tej kwestii trzeba jednak poczekać, aż dostępne będą dane za 2005 r.

Nieco inny obraz otrzymujemy, gdy analizujemy przyjęcia pierwszorazowe (tabela 2), rozumiane jako podjęcie leczenia stacjonarnego pierwszy raz w życiu. W początkach lat dziewięćdziesiątych udział pacjentów pierwszorazowych wśród przyjętych ogółem malą 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 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 – 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%. W 2004 roku odsetek pacjentów pierwszorazowych nie uległ większej zmianie i wynosił 56,4%.

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 leczenia stacjonarnego 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 2004 r. wzrosła w stosunku do 1990 r. czteroipółkrotnie, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad pięcioipółkrotnie.

Struktura płci osób przyjętych od leczenia stacjonarnego od wielu lat pozostaje 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 3. kobiety stanowiły w 2000 r. 22,0% pacjentów leczonych stacjonarnie, podczas gdy jeszcze w 1997 r. – 26,2%. W latach 2000-2003 odnotować trzeba odwrócenie się trendu. Od 2001 r. odsetek

kobiet powoli, ale konsekwentnie rósł do poziomu 24,0% w 2003 r. W 2004 r. możemy mówić o stabilizacji, odsetek kobiet wyniósł bowiem 23,6%.

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku (tabela 4, wykres 3). 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 lata 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 – 7-8%. 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 25-34 lata. W kolejnych latach obserwujemy kontynuację tej tendencji, tzn. spadku odsetka pacjentów w wieku 16-24 lata i wzrostu frakcji 25-34 lata i 35-44 lata. W 2004 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata spadł do poziomu 48%, 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.

W 2004 r. jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 4. i w tabeli 5. najliczniejszą pozostaje grupa osób z problemem opiatów (20%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (11%), stymulantów innych niż kokaina, czyli w zasadzie środków z grupy amfetamin (9%), przetworów konopi (3%) i substancji wziewnych (2%). Pozostałe kategorie pacjentów nie przekraczają 1%. Struktury diagnoz wg 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 - 2004 (tabela 5) pokazuje na istotne 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 2004 r. odsetek ten przestał rosnąć (8,7%). 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% i w 2004 r. do poziomu 20,0%. Warto zauważyć, że spadkowi w strukturze rozpoznań udziału osób uzależnionych od opiatów towarzyszy od 2002 r. także spadek liczby bezwzględnej osób z tej kategorii. Przez cały okres w miarę systematycznie spada odsetek osób nadużywających substancji wziewnych. W 2004 r. wynosił on 2,1%, podczas gdy w 1997 r. – 10,0%. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych – od 31% w 1997 r. do 54,5% w 2005 roku.

Zestawienie 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 przyjmują 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 identyfikacje wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji, pamiętając jednak, że analiza ogranicza się osób używających jednej substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych na wykresie 5. w 2004 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje analizując dane z ostatnich czternastu lat:

- Kontynuacja trendu spadkowego liczby nadużywających substancji wziewnych. W latach 1990-1998 mieliśmy do czynienia z trendem wzrostowy. W 1999 r. nastąpiło odwrócenie trendu i rozpoczął się spadek, który z lekkim załamaniem w 2002 r. trwa do 2004 r.
- Kontynuacja 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

- Kontynuacja zapoczątkowanego w 1992 r., trendu wzrostowego liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż latach poprzednich. Ze skokowym wzrostem mieliśmy do czynienia w 2002 r. W 2003 r. i 2004 r. nadal obserwujemy wzrost, ale o mniejszym nasileniu.
- Zahamowanie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi. Trend ten został zapoczątkowany w 1993 r. i przyspieszył w 1997 r. W 2002 r. notujemy dalsze przyspieszenie skali wzrostu, zaś od 2003 r. można mówić o stabilizacji. Liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest około 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. Od 2003 r. notujemy stabilizację na poziomie wyższym niż w końcu lat dziewięćdziesiątych.

Struktura rozpoznań u pacjentów przyjętych pierwszy raz w życiu różni się znacznie od struktury diagnoz u pacjentów, którzy byli już kiedyś leczeni (tabela 6). Zasadnicza różnica zasadza się na odmiennych proporcjach przyjętych z powodu opiatów i amfetaminy. W grupie pacjentów pierwszorazowych wyraźnie mniejszy odsetek niż w wśród pozostałych leczonych jest z powodu opiatów, większy zaś z powodu amfetaminy. W tej pierwszej grupie trochę większy jest też udział pacjentów z problemem konopi. Zróżnicowania te sugerują przesunięcia w obrazie dominujących wzorów problemowego używania narkotyków, od opiatów w kierunku amfetaminy. Można tak sądzić, bowiem pacjenci przyjęci pierwszy raz w życiu wydają się stanowić, w sensie ich charakterystyki, reprezentację nowych problemowych użytkowników narkotyków podczas gdy leczeni powtórnie bliżsi są starej populacji narkomanów.

Dane zestawione w tabeli 7. pokazują zróżnicowanie diagnoz ze względu na płeć pacjentów. Wśród kobiet wyraźnie większy niż wśród mężczyzn jest odsetek leczonych z powodu leków uspokajających i nasennych. Proporcje leczonych z powodu kokainy są wśród przedstawicieli obu płci wyrównane. Pozostałe diagnozy w większych odsetkach pojawiają się wśród mężczyzn.

Na wzór używania narkotyków silny wpływ ma też wiek (tabela 8.). Dla najmłodszych charakterystyczne są substancje wziewne, 15,8% pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 2,2% pacjentów, bardziej widoczne natomiast stają się stymulanty, tzn. głównie amfetamina – 11,8%. Począwszy od grupy wiekowej 40-44 lata najliczniejsza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (28,8%), a wśród osób powyżej czterdziestego czwartego roku życia nawet 50%. Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 20-24 lat (13,9%), konopie zaś wśród osób w wieku 16-19 lat (8,3%). Udział opiatów w strukturze rozpoznaw w poszczególnych grupach wiekowych rośnie wraz z wiekiem od 2,3% wśród pacjentów w wieku poniżej 16 lat, do 31,3% w grupie wiekowej 25-29 lat. W starszych kategoriach wiekowych następuje spadek, aż do 8,8% wśród osób powyżej czterdziestego czwartego roku życia. Rozkłady procentowe rozpoznaw w poszczególnych grupach wiekowych sugerują, że amfetamina charakterystyczna jest raczej dla młodszych pacjentów (16-14 lata), zaś opiaty dla nieco starszych (25-29 lat). Konstatacja ta wydaje się potwierdzać tezę o przesunięciach we wzorach używania problemowego narkotyków w kierunku amfetaminy.

Na koniec analiz struktury rozpoznaw trzeba przypomnieć, że we wszystkich grupach wiekowych, poza najstarszą, jak również wśród przedstawicieli obu płci największy udział w tej strukturze ma rozpoznanie „mieszane i inne”, czyli kategoria mieszcząca w sobie wszelkie możliwe kombinacje różnych środków. Stanowi to poważne ograniczenie wniosków z powyższych analiz czyniąc je konkluzywnymi jedynie dla problemowych użytkowników narkotyków, przyjmujących je wedle wzoru konstytuowanego przez jedną dominującą substancję.

Podobnie, jak w latach ubiegłych, w 2004 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 9. i na wykresie 6. odnotować trzeba znaczną rozpiętość między wskaźnikami przyjętych do lecznictwa stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (Lubuskie – 63,4) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (Małopolskie – 11,2). 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 (49,1), Dolnośląskie (45,3), Zachodniopomorskie (48,4) oraz Warmińsko-Mazurskie (44,7). Wszystkie one z wyjątkiem

Mazowieckiego położone są w zachodniej, bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach, z wyjątkiem jeszcze Łódzkiego (38,1), wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski (33,6). W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa Mazowieckie (2522 osób), Dolnośląskie (1313 osób) i Śląskie (1234 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 2003 r. i 2004 r. Wzrost wskaźnika ogólnopolskiego nie oznacza, że we wszystkich województwach przybyło narkomanów. W większości województw obserwujemy wzrost wskaźnika, spadek nastąpił tylko w dwóch województwach – większy w Dolnośląskim, i mniejszy w Lubuskim. W jednym województwie, tj. Mazowieckim, możemy mówić o stabilizacji. W pozostałych województwach odnotować trzeba wzrost. Z największym wzrostem mamy do czynienia w województwach: Lubelskim (o 33%) i Łódzkim (o 31%).

Warto zauważyć, że we wszystkich dwóch województwach, w których nastąpił spadek, w 2003 r. wskaźniki były dużo wyższe niż średnia krajowa. Także Województwo Mazowieckie, w którym odnotowano stabilizację mieściło się w pierwszej piątce pod względem rozpowszechnienia. Pozostałe dwa województwa o najwyższych wskaźnikach odnotowały najniższy wzrost (o 3%). Jednocześnie wysokie procentowe wzrosty nastąpiły w województwach gdzie notowano relatywnie niskie rozpowszechnienie. Wskazuje to, na generalną tendencję do wyrównywania różnic. Możemy tu mówić raczej o długotrwałym procesie niż jego finalizacji, zróżnicowania nadal pozostają bardzo duże. Jeśli w następnych latach tendencja ta utrzyma się, może dojść do znacznego zmniejszenia zróżnicowania.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie tabeli 9. i na wykresie 8. Obrazują one poziom wzrostu we wskaźnikach policzonych dla poszczególnych województw między 1999 r. i 2004 r. Porównanie zmian w ostatnich pięciu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 190%, z jednej strony spotykamy województwo gdzie wzrost był ponad trzykrotny (Łódzkie – 315%, Wielkopolskie – 311%), z drugiej strony województwa, gdzie liczba pacjentów zwiększyła mniej niż o 50% (Warmińsko-Mazurskie – o 19%, Lubuskie – o 43%, Dolnośląskie – o 37%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o wysokich obecnie wskaźnikach. Potwierdza

to tezę o procesie wyrównywania różnic między województwami i sugeruje, że proces ten rozpoczął się przynajmniej pod koniec lat dziewięćdziesiątych.

Zróznicowaniu terytorialnemu podlega nie tylko wskaźnik przyjętych do leczenia, ale także wskaźnik przyjęć pierwszorazowych. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 10. i zobrazowanych na wykresie 9. najwyższymi wskaźnikami przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: Lubuskie (29,8), Zachodniopomorskie (27,5), Mazowieckie (25,9), Łódzkie (23,3), Warmińsko-Mazurskie (22,9) oraz Dolnośląskie (20,6), czyli województwa gdzie także wskaźniki przyjętych ogółem także 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 Zachodniopomorskim (63,6%), kolejne województwa pod tym względem to: Łódzkie (61,7%) oraz Śląskie (61,5%). Województwa o najniższych odsetkach pacjentów pierwszorazowych, wśród pacjentów ogółem to Dolnośląskie (47,0%), Lubuskie (47,4%) oraz Warmińsko-Mazurskim (52,7%). Warto zauważyć, że w dwóch pierwszych województwach odsetek pacjentów pierwszorazowych spada poniżej 50%.

Znacznemu zróznicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 2003 r. i 2004 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie tabeli 10.

Najsilniej wzrosła liczba pacjentów pierwszorazowych w województwach: Lubelskim – o 40%, Podkarpackim – o 23% oraz Łódzkim – o 22%. Największy spadek wskaźnika odnotowano w Dolnośląskim oraz Małopolskim.

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

Dane z tabeli 11. obrazują zróznicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet wśród przyjętych do leczenia. W 2004 r. odsetki kobiet wahają się od 19% w Województwie Lubelskim do 35% w Województwie Małopolskim. 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 12. przedstawiają zróznicowanie terytorialne pod względem odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Największa frakcja niepełnoletnich występuje

w województwach: Opolskim i Podlaskim (17%), a najmniejsza w Dolnośląskim i Mazowieckim (7%). W poszczególnych województwach obserwujemy zróżnicowane tendencje. Konsekwentny trend spadkowy występuje w Województwach: Łódzkim, Mazowieckim, Opolskim i z nieznacznym zakłóceniem w Warmińsko-Mazurskim. Tendencja spadkowa nastąpiła także na poziomie całego kraju z 14% do 10%.

Podsumowując prezentacje danych za 2004 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na kontynuację trendu wzrostowego zjawiska po zapowiedzi jego zahamowania wynikającej z danych za 2003 r.

W obrazie narkomanii coraz większego znaczenia nabierają takie środki jak amfetamina i przetwory konopi. Równolegle do zwiększanie się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne narasta problem leków uspokajających i nasennych. Jednocześnie zdaje się tracić na znaczeniu problem opiatów, przynajmniej przyjmowanych jako jedyna lub wyraźnie dominująca substancji.

Dystrybucja terytorialna zjawiska wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia – zachodnia część kraju, Województwo Warmińsko-Mazurskie i Województwo Mazowieckie. W 2004 r. do tego grona dołączyło Województwo Łódzkie. 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: Lubelskie, Podkarpackie oraz Łódzkie gdzie notuje się najsilniejszy wzrost wskaźników w czasie ostatniego roku. Chociaż dwa z tych województw należą do obszarów o niższym niż średnia 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.

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 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	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
2004	12836	33,6

Tabela 2. 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 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	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
2004	6947	12836	56,4

Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci

	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
2004	9808	76,4	3028	23,6

Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2004 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	2004
- 15	3,6	3,6	3,6	2,9	2,8	2,3	2,6	2,4
16-19	15,2	18,6	15,2	24,2	24,9	23,7	19,8	17,2
20-24	24,5	27,1	24,5	30,5	31,6	31,6	31,3	30,3
25-29	18,2	16,9	18,2	14,3	14,8	15,4	16,7	17,8
30-34	14,8	12,1	14,8	7,9	7,1	7,2	7,7	8,3
35-39	10,1	8,6	10,1	6,7	5,8	5,3	5,5	5,7
40-44	6,9	6,1	6,9	5,5	4,9	4,9	5,1	5,7
45 +	6,7	7,0	6,7	7,9	8,1	9,6	11,3	12,7
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typów używanych środków

Liczby pacjentów

	Opiaty	Konopie	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	2313	70	449	46	204	70	535	1649
1998	2569	110	509	45	367	75	564	1861
1999	2652	164	573	52	459	91	455	2381
2000	3383	246	769	50	502	62	449	3129
2001	3674	269	724	19	544	61	340	3465
2002	3609	409	1074	98	966	62	397	5300
2003	2745	356	1187	107	1054	74	321	5934
2004	2573	382	1350	107	1115	49	269	6991

Odsetki pacjentów

	Opiaty	Konopie	Uspokajające i nasenne	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i nieokreślone
1997	43,3	1,3	8,4	0,9	3,8	1,3	10,0	30,9
1998	42,3	1,8	8,3	0,7	6,0	1,2	9,2	30,5
1999	38,8	2,4	8,4	0,8	6,7	1,3	6,7	34,9
2000	39,4	2,9	9,0	0,6	5,8	0,7	5,2	36,4
2001	40,4	3,0	8,0	0,2	6,0	0,7	3,7	38,1
2002	30,3	3,4	9,0	0,8	8,1	0,5	3,3	44,5
2003	23,3	3,0	10,1	0,9	8,9	0,6	2,7	50,4
2004	20,0	3,0	10,5	0,8	8,7	0,4	2,1	54,5

Tabela 6. Przyjęci po raz pierwszy oraz przyjęci powtórnie do leczenia stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg typów używanych środków (odsetki badanych)

	Przyjęci po raz pierwszy	Przyjęci powtórnie
Opiaty	16,2	24,7
Konopie	4,2	1,4
Uspokajające i nasenne	9,9	11,3
Kokaina	1,1	0,6
Amfetamina	11,7	5,0
Halucynogeny	0,5	0,1
Wziewne	2,1	2,1
Mieszane i nieokreślone	54,3	54,7

Tabela 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci i typów używanych środków (odsetki badanych)

	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
Mężczyźni	20,7	3,5	5,2	0,8	9,2	0,4	2,5	57,7
Kobiety	17,9	1,4	27,8	1,1	6,9	0,2	0,6	44,1
Ogółem	20,0	3,0	10,5	0,8	8,7	0,4	2,1	54,5

Tabela 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	2,3	6,6	0,3	2,0	3,6	0,3	15,8	69,0
16-19	8,3	8,3	0,5	2,0	11,8	0,7	2,2	66,2
20-24	26,2	2,9	1,1	0,7	13,9	0,4	1,8	53,0
25-29	31,3	1,6	2,3	0,4	9,0	0,4	2,7	52,3
30-34	22,7	1,6	9,3	0,6	5,2	0,2	2,4	58,1
35-39	19,7	0,4	16,3	0,1	2,4	0,1	1,0	59,9
40-44	16,8	-	28,8	0,7	0,8	0,3	0,8	51,8
45+	8,8	0,7	50,0	0,4	0,9	0,2	0,2	38,9
Ogółem	20,0	3,0	10,5	0,8	8,7	0,4	2,1	54,5

Tabela 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 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 2004 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2004 r.	Wskaźniki na 100 000 w 2003 r.	Wskaźniki zmiany 2003 = 100	Wskaźniki zmiany 1999 = 100
POLSKA	12 836	33,6	30,8	109,0	190
Dolnośląskie	1 313	45,3	49,4	91,9	137
Kujawsko-Pomorskie	586	28,3	24,2	117,0	212
Lubelskie	496	22,7	17,0	133,3	246
Lubuskie	640	63,4	65,2	97,3	143
Łódzkie	987	38,1	29,2	130,7	315
Małopolskie	364	11,2	9,7	115,3	189
Mazowieckie	2 522	49,1	49,3	99,5	174
Opolskie	244	23,2	20,4	113,9	187
Podkarpackie	293	14,0	11,1	126,2	218
Podlaskie	370	30,7	27,4	112,3	265
Pomorskie	666	30,4	28,3	107,3	190
Śląskie	1 234	26,2	23,6	111,1	210
Świętokrzyskie	200	15,5	13,0	119,3	267
Warmińsko-Mazurskie	639	44,7	43,4	103,1	119
Wielkopolskie	1 024	30,5	26,8	113,6	311
Zachodniopomorskie	820	48,4	46,8	103,4	159
Braki danych i obcokrajowcy	438				

Tabela 10. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2004 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 w 2004 r.	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2004 r.	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2004 r.	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2003 = 100
POLSKA	6 947	56,4	18,2	104,0
Dolnośląskie	596	47,0	20,6	84,0
Kujawsko-Pomorskie	331	58,2	16,0	109,7
Lubelskie	275	56,8	12,6	139,7
Lubuskie	301	47,4	29,8	82,2
Łódzkie	603	61,7	23,3	121,8
Małopolskie	200	56,7	6,1	111,7
Mazowieckie	1 332	56,1	25,9	94,2
Opolskie	143	60,1	13,6	102,0
Podkarpackie	149	53,4	7,1	122,5
Podlaskie	212	59,9	17,6	109,4
Pomorskie	385	60,3	17,6	107,1
Śląskie	728	61,5	15,5	109,7
Świętokrzyskie	119	60,7	9,2	109,8
Warmińsko-Mazurskie	327	52,7	22,9	99,5
Wielkopolskie	592	59,1	17,6	106,7
Zachodniopomorskie	466	63,6	27,5	99,6
Braki danych i obcokrajowcy	188			

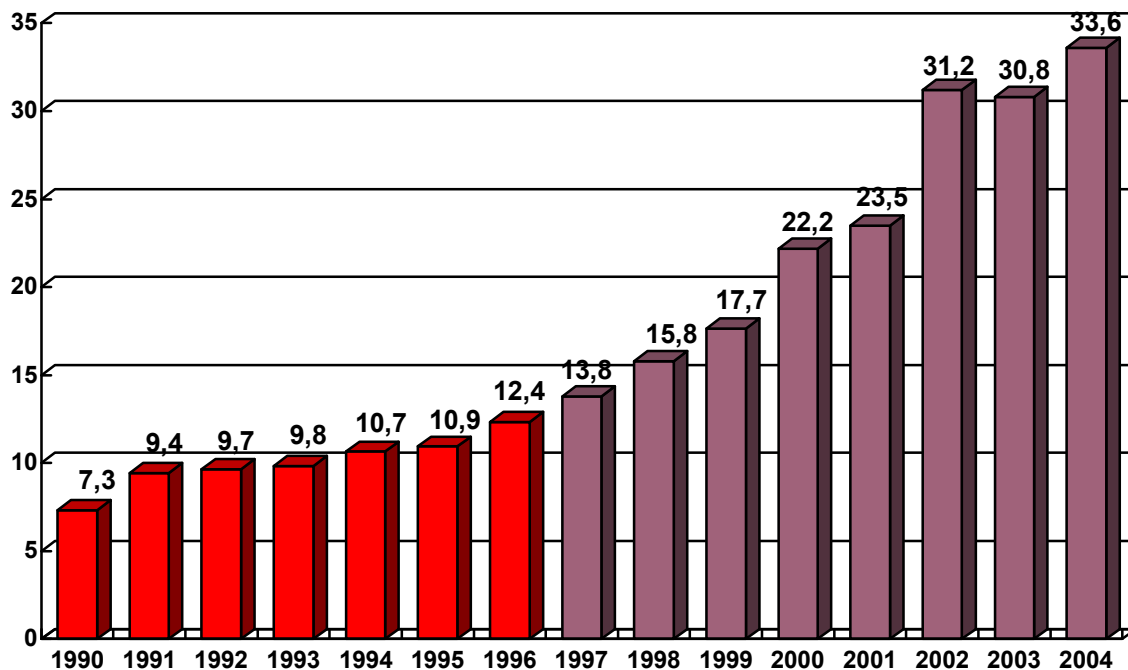
Tabela 11. Odsetki kobiet wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
POLSKA	22,0	23,0	23,2	24,0	23,6
Dolnośląskie	19,7	17,8	19,7	21,8	20,6
Kujawsko-Pomorskie	21,2	24,9	23,4	23,0	21,8
Lubelskie	15,2	19,3	17,6	16,1	19,4
Lubuskie	16,3	18,4	18,6	21,3	25,6
Łódzkie	25,0	26,1	30,7	29,4	22,4
Małopolskie	26,6	31,1	28,1	34,3	34,6
Mazowieckie	17,4	17,9	20,2	21,0	21,6
Opolskie	22,1	24,8	19,7	25,1	19,7
Podkarpackie	29,5	30,1	23,8	19,8	26,6
Podlaskie	20,4	20,5	19,6	19,7	21,4
Pomorskie	31,7	32,0	28,3	27,6	23,9
Śląskie	24,7	27,4	25,6	25,3	23,8
Świętokrzyskie	35,2	51,3	40,0	34,5	31,0
Warmińsko-Mazurskie	22,2	24,5	22,9	25,5	24,9
Wielkopolskie	29,4	31,8	33,0	28,0	31,2
Zachodniopomorskie	28,5	28,7	24,9	26,7	24,9

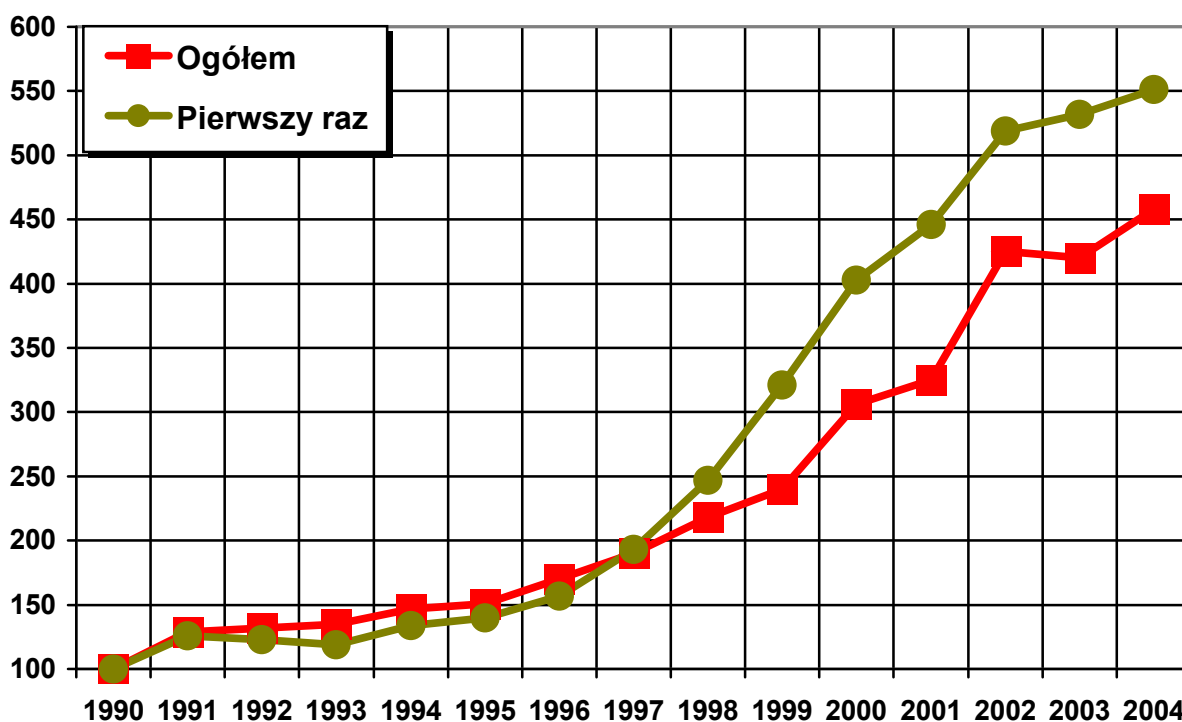
Tabela 12. Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.
POLSKA	13,9	12,8	11,0	10,4	9,6
Dolnośląskie	8,7	8,6	8,5	9,0	7,2
Kujawsko-Pomorskie	14,8	14,9	21,4	15,4	11,8
Lubelskie	12,9	9,6	7,7	7,0	10,1
Lubuskie	14,7	14,2	8,0	11,0	8,9
Łódzkie	17,7	14,3	10,3	10,3	9,1
Małopolskie	5,3	10,0	8,6	8,3	8,8
Mazowieckie	17,5	13,3	10,7	9,7	7,4
Opolskie	24,0	19,4	21,2	17,7	16,8
Podkarpackie	7,0	4,8	10,5	5,2	7,5
Podlaskie	18,8	14,2	17,6	15,5	16,5
Pomorskie	16,3	11,1	10,9	11,8	11,0
Śląskie	11,0	15,0	10,4	10,2	13,2
Świętokrzyskie	5,7	10,1	14,8	13,7	9,5
Warmińsko-Mazurskie	18,4	18,7	15,2	12,6	11,7
Wielkopolskie	6,1	13,3	10,8	8,8	8,4
Zachodniopomorskie	15,7	13,9	11,5	12,5	10,9

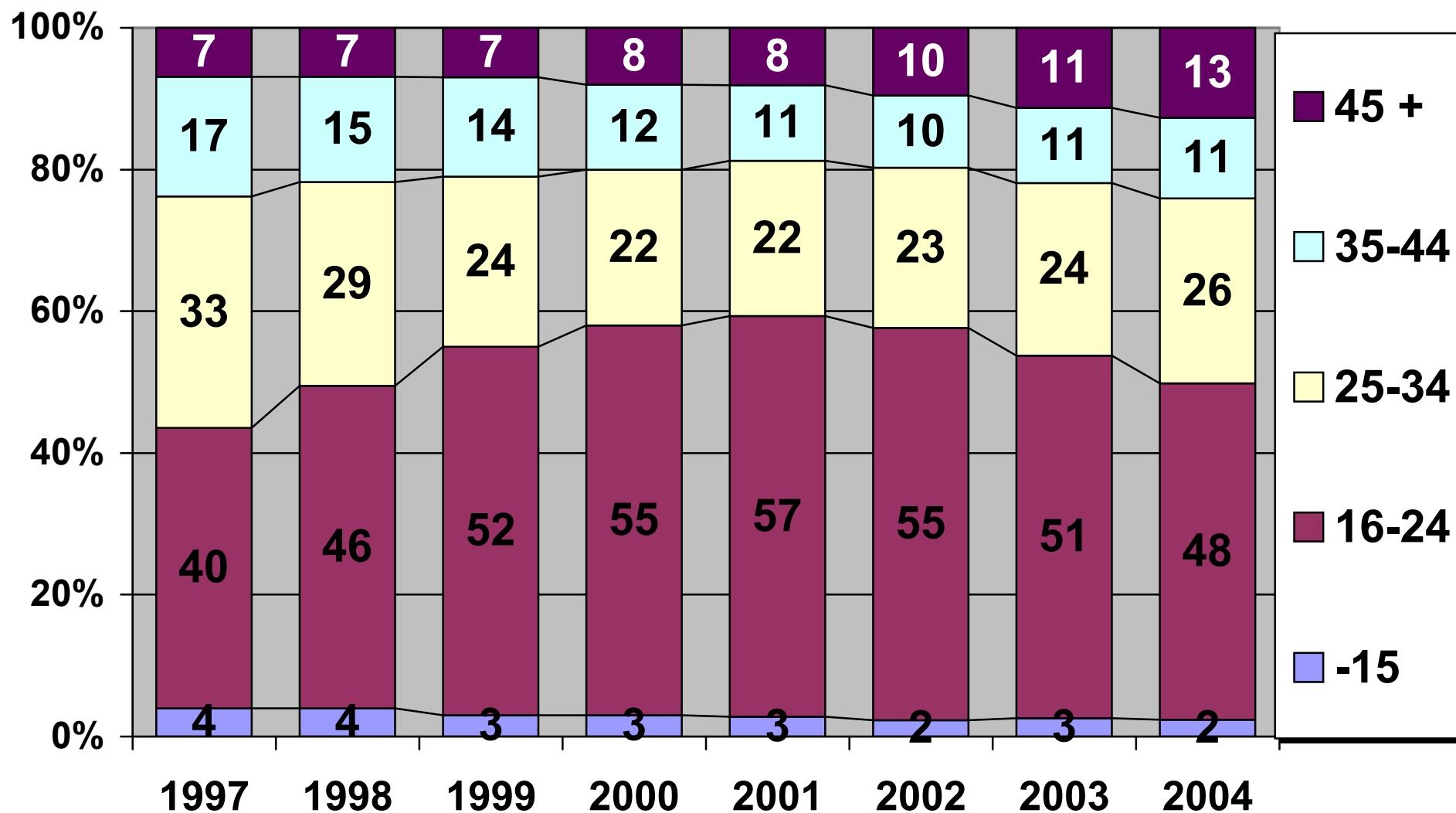
Wykres 1. Przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) (wskaźniki na 100 000 mieszkańców)



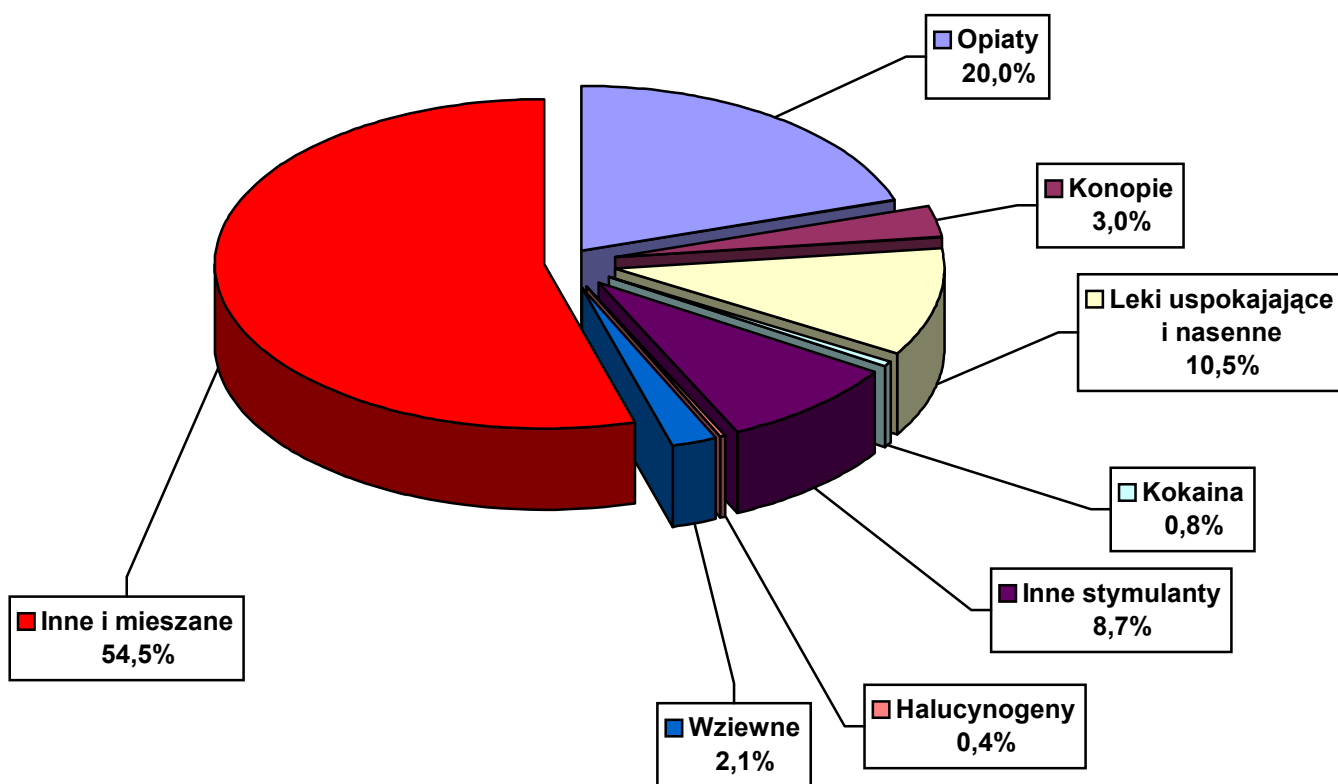
Wykres 2. Dynamika wskaźników przyjętych po raz pierwszy i przyjętych ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) (1990 = 100)



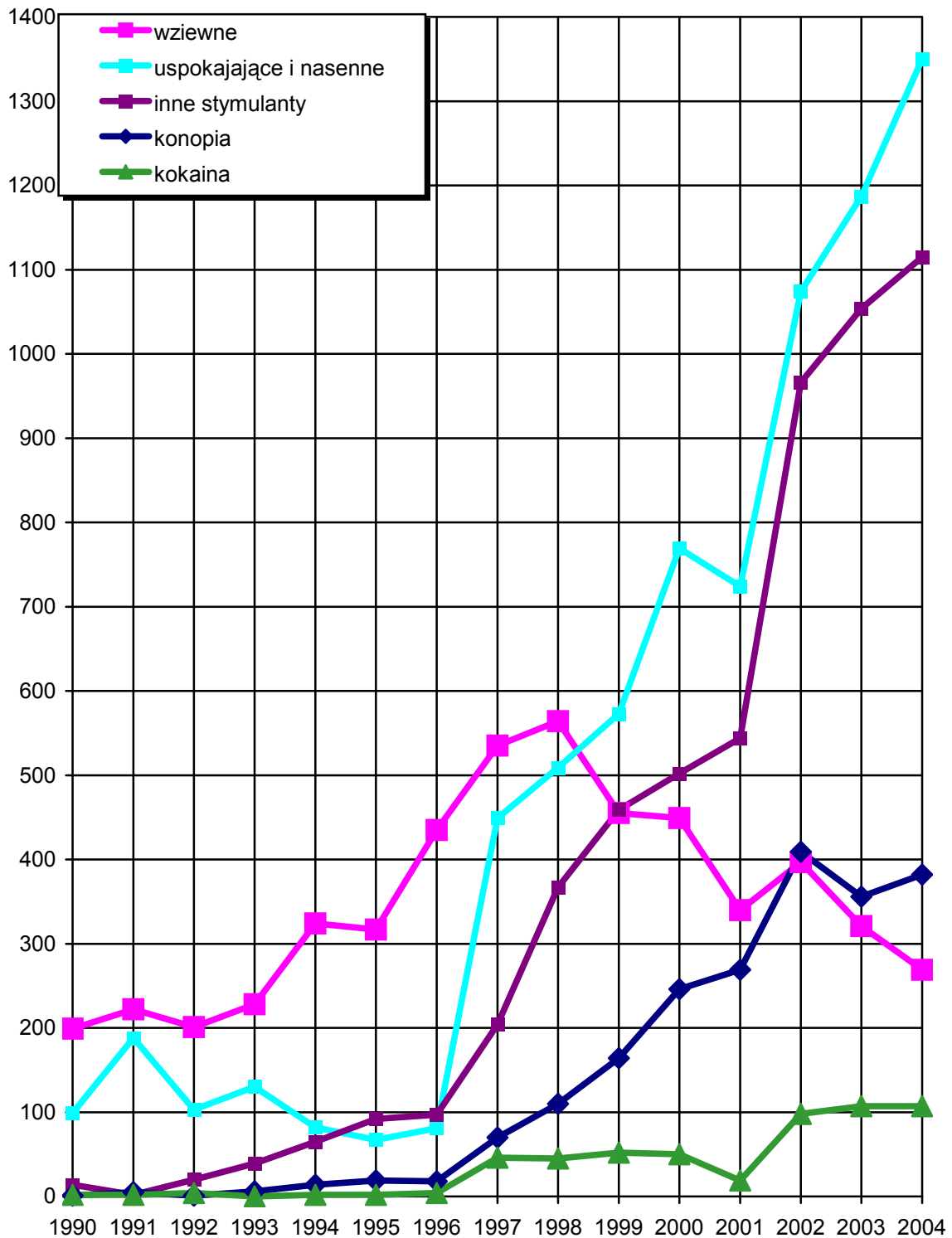
Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg wieku



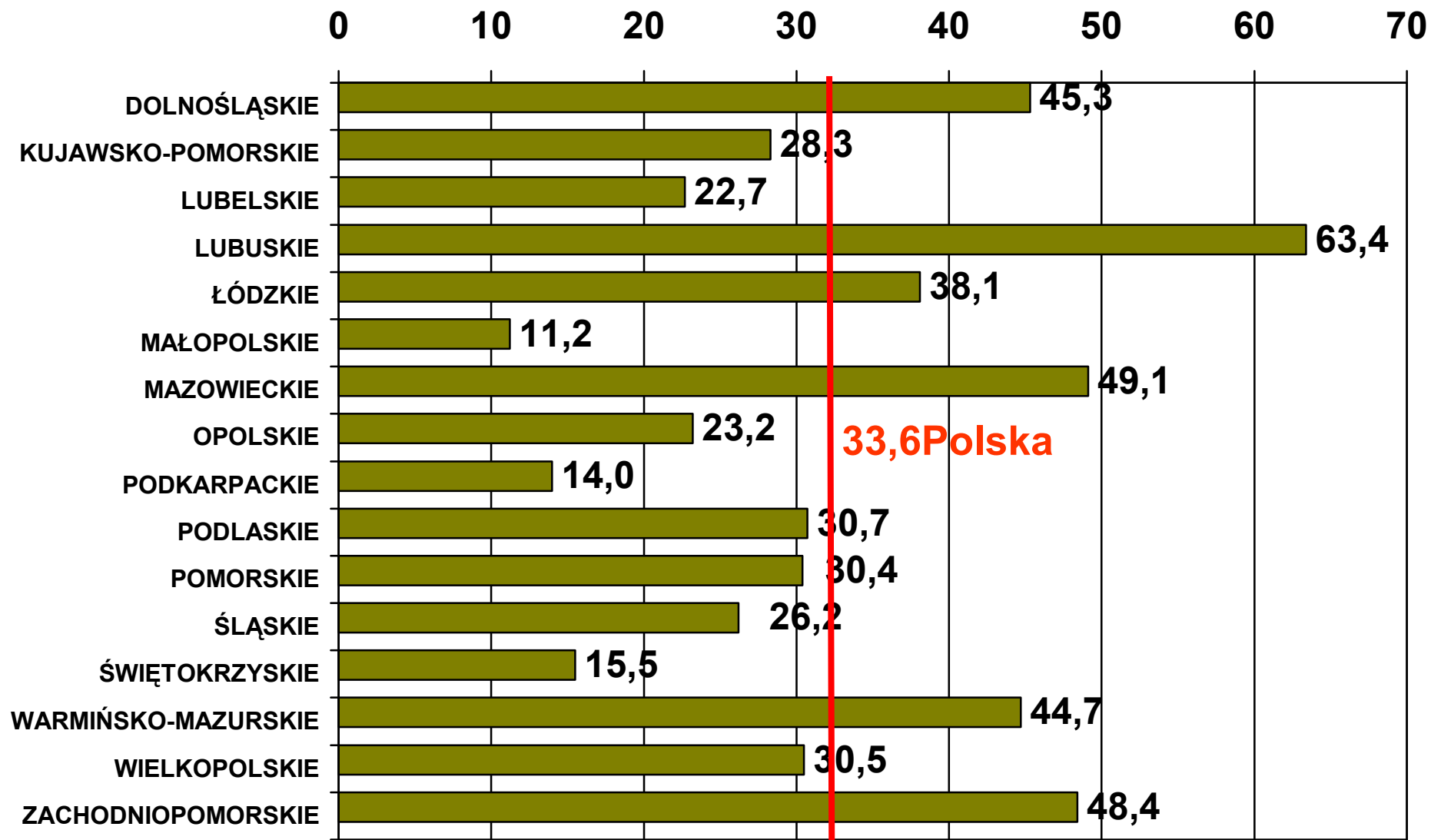
Wykres 4. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji



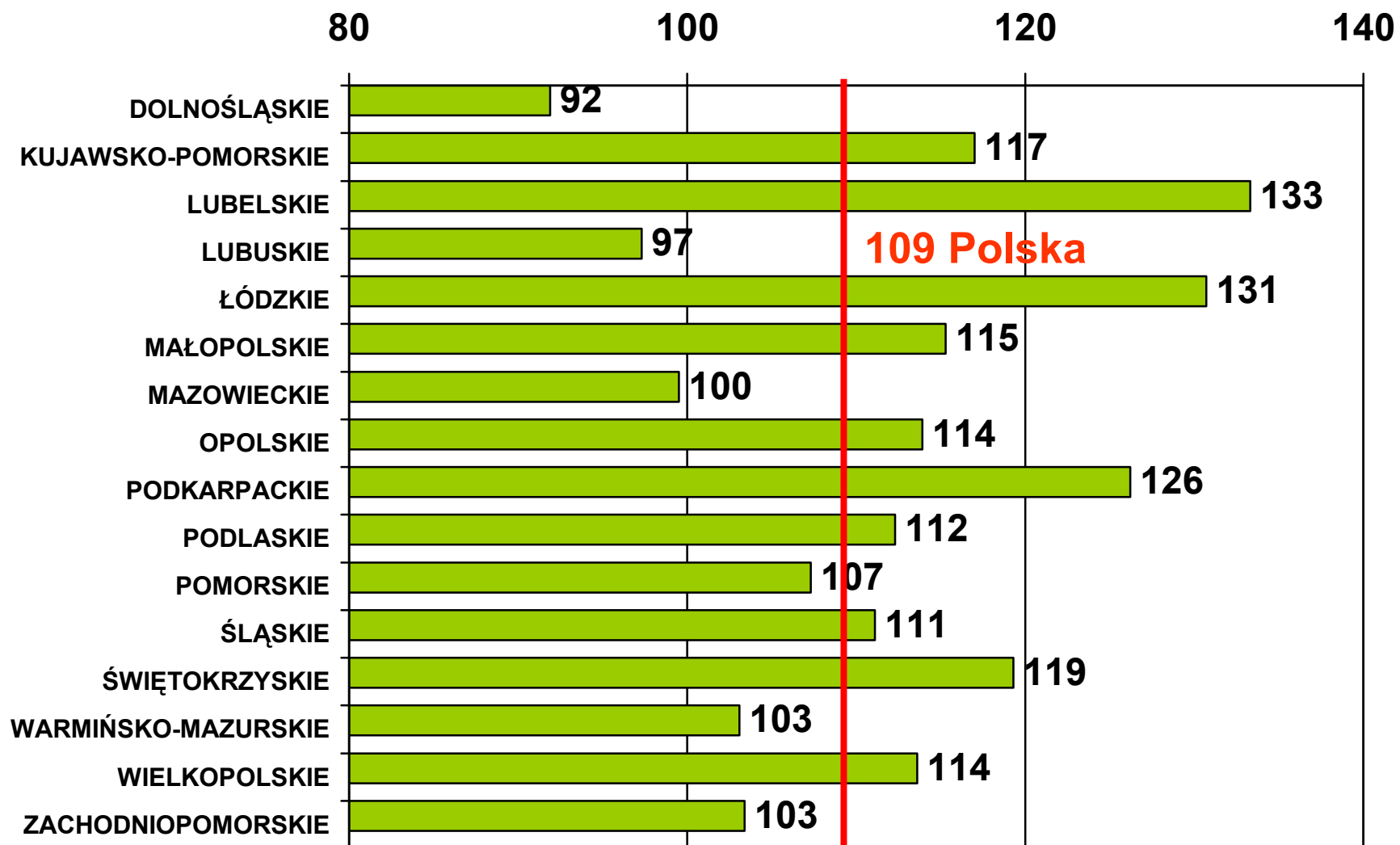
Wykres 5. Przyjęci ogółem w latach 1990-1996 do leczenia stacjonarnego z powodu uzależnienia od leków lub ich nadużywania (ICD IX: 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) - wybrane typy środków (liczby pacjentów)



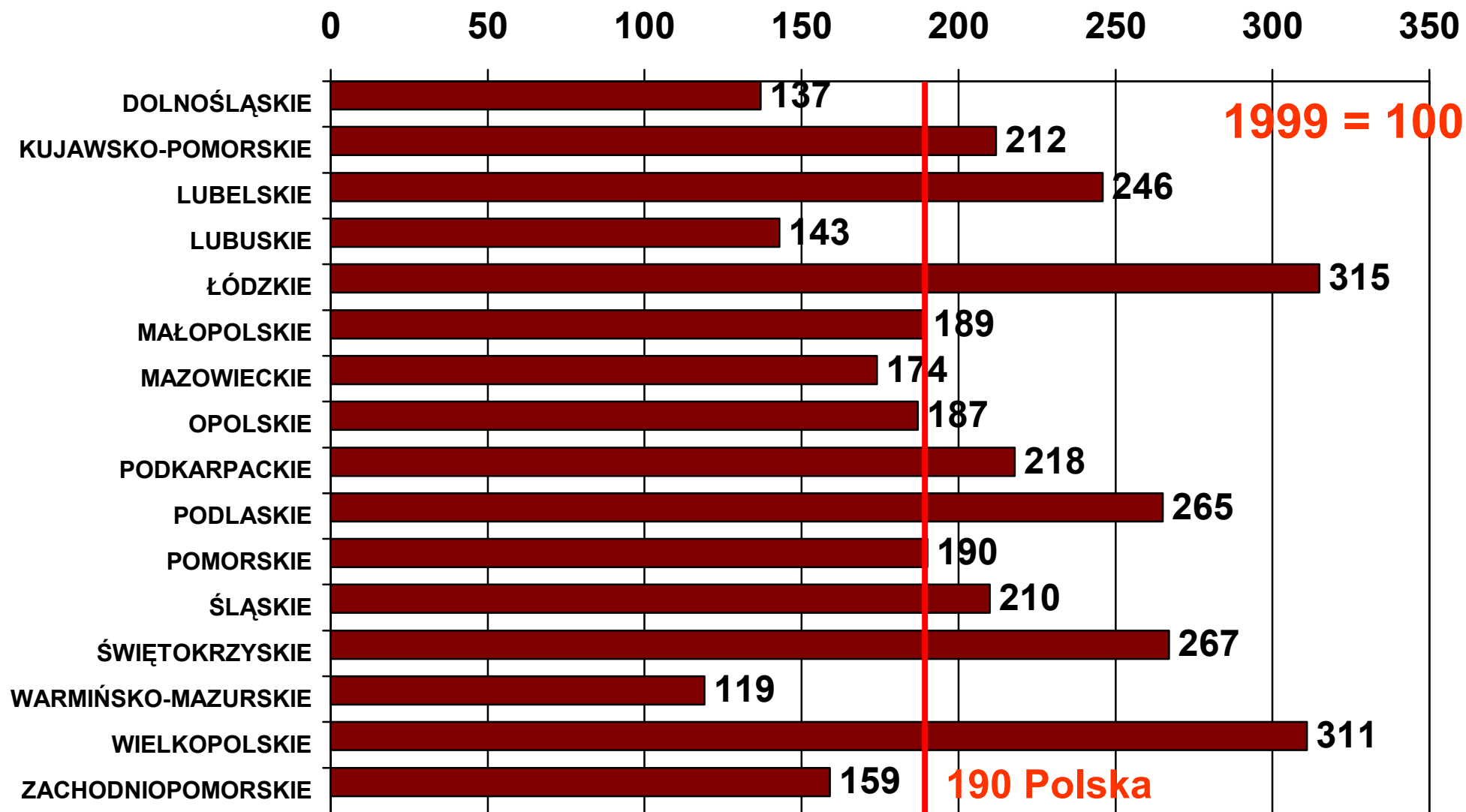
Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 2003 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta. (Dane za 2003 r. = 100)



Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 1999 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (Dane za 1999 r. = 100)



Wykres 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2004 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)

