

NARKOMANIA W POLSCE W 2007 R. DANE LECZNICTWA STACJONARNEGO¹

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 opracowania jest prezentacja danych statystycznych stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w części dotyczącej problemu używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń za 2007 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.

¹ Tekst przeznaczony do druku w Problemach Narkomanii

Rok 2007 jest już jedenastym 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 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, to jednak i tak dane z tego okresu są obciążone pewnym błędem.

Dane za 2007 r. przedstawione zostaną na tle danych z lat 1997-2006, 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 co dzieje się w populacji.

Analizę danych rozpoczniemy od wskaźnika przyjętych w danym roku do leczenia. W 2007 r. przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 12 582 osób (tabela 1). Oznacza to spadek o 616 osób, czyli o 4,7% w stosunku do 2006 r., kiedy to przyjęto 13 198 pacjentów. Współczynnik leczonych na 100 tys. mieszkańców w 2007 r. wyniósł 33,0 (tabela 1, wykres 1). Rok 2007 jest pierwszym rokiem spadku tego współczynnika, po stabilizacji w roku poprzednim. Warto dodać, że obecny spadek oraz notowana rok wcześniej stabilizacja poprzedzone były spadkiem tempa wzrostu w latach 2002-2005. Trzeba przypomnieć, że w poprzednim okresie (lata 1996-2002) obserwowano silny trend wzrostowy. W latach 1991-1995 mieliśmy natomiast do czynienia także z tendencją wzrostową, ale o słabszym nasileniu.

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%. Do roku 2001 także obserwujemy trend wzrostowy z krótką stabilizacją 2000 r. W 2001 r. odsetek pacjentów pierwszorazowych był najwyższy i wynosił 61,8%. W 2002 r. nastąpił spadek do poziomu 54,9%. Rok 2003 przyniósł ponowny wzrost odsetka do poziomu 56,8%. W kolejnych latach zaznaczył się wyraźny trend spadkowy do poziomu 50,1% w 2007 r.

Warto zauważyć, że już od 1998 r. ponad połowa pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego zrobiła to po raz pierwszy w życiu. W 2007 r. odsetek ten nadal przekracza 50%, ale jest już niższy niż w 1998 r.

Dynamikę wskaźników zgłaszalności do leczenia stacjonarnego oraz zgłaszalności pierwszorazowej prześledzić można na wykresie 2. W obliczeniach wielkości współczynników 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 szczytowym, 2005 r., wzrosła w stosunku do 1990 r. czteroipółkrotnie, to liczba pacjentów pierwszorazowych zwiększyła się w tym czasie ponad pięcioipółkrotnie. W latach 2005-2007 obserwujemy trend spadkowy w zgłaszalności pierwszorazowej. Liczba podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu w 2007 r. jest już tylko cztery i pół razy większa od liczby notowanej w 1990 r. Odwrócenie trendu pojawiało się także w przypadku zgłaszalności ogółem, ale po pierwsze później, a po drugie spadek jest znacznie słabszy.

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. Od 2004 r. możemy mówić o stabilizacji, odsetek kobiet wahał się bowiem w przedziale 23,6-24,6%.

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. wynosił 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 opisaną 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 2007 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata spadł do poziomu 36%, zaś udział najstarszych (powyżej 44 roku życia) zwiększył się do 17%. Warto zauważyć, że odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata w 2007 r. spadł do poziomu niższego niż 1997 r. natomiast odsetek osób najstarszych, tj. powyżej 45 roku życia zwiększył się w tym czasie niemal dwukrotnie. Zmiany w strukturze wieku zadają się odzwierciedlać dwa procesy. Pierwszy o charakterze demograficznym – starzenie się populacji, drugi o charakterze epidemiologicznym – zmniejszanie się tempa narastania skali zjawiska narkomanii. Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska. Odwrócenie tej tendencji może sugerować stabilizację, a może nawet spadek 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. Nawet jeśli w tych niewielkich liczbach doszukiwać jakichś tendencji, to można odnaleźć raczej tendencję spadkową – odsetek najmłodszych pacjentów zmalał z poziomu 4% w 1997 r. do 2% w 2007 r.

W 2007 r. jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie 4. i w tabeli 5. najliczniejszą pozostaje grupa osób z problemem opiatów (16,3%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy nadużywających leków uspokajających i nasennych (10,3%), stymulantów innych niż kokaina, czyli w zasadzie środków z grupy amfetamin (6,0%), przetworów konopi (2,7%) i substancji wziewnych (1,1%). Pozostałe kategorie pacjentów (problem kokainy, halucynogenów) nie przekraczają 1%. Struktury diagnoz wg typu środka unaocniają słabość aktualnej klasyfikacji chorób. Grubo ponad połowa osób (63,1%) 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 1997-2007 (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. Od 2004 r. odsetek ten zaczął spadać osiągając w 2007 r. wartość 6,0%.

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 kolejnych latach utrzymywał się trend spadkowy aż do poziomu 16,3% w 2007 r. 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 2007 r. wynosił on już tylko 1,1%, podczas gdy w 1997 r. – 10,0%. Wzrastały natomiast odsetki osób nadużywających substancji mieszanych i nieokreślonych – od 30,9% w 1997 r. do 63,2% w 2007 roku.

Zestawienie danych z lat 1997-2006 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 identyfikację wszystkich osób nadużywających opiaty. Możemy natomiast próbować analizować zmiany rozmiarów grup pacjentów nadużywających innych substancji, pamiętając jednak, że analiza ogranicza się do osób używających jednej substancji. Jak wynika z danych zgromadzonych na wykresie 5. w 2007 r. zidentyfikować możemy następujące tendencje długofalowe analizując dane z ostatnich osiemnastu 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 2007 r.
- Odwrócenie w 2005 r. trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych, zapoczątkowanego w 1997 r. Wcześniej, w latach 1991-1996 przeważała lekka tendencja spadkowa.
- Odwrócenie w 2005 r. zapoczątkowanego w 1992 r., trendu wzrostowego liczby osób nadużywających środków z grupy amfetaminy. Od 1997 r. tempo wzrostu było większe niż w latach poprzednich. Ze skokowym wzrostem mieliśmy do czynienia w 2002 r. W kolejnych latach tempo wzrostu spadło, wskaźnik osiągnął maksimum w 2004 r. od 2005 r. następuje spadek.
- 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, z lekką tendencją spadkową w ostatnich dwóch latach. Liczba osób nadużywających konopi, leczonych stacjonarnie, jest ponad dwukrotnie mniejsza niż liczba leczonych użytkowników amfetaminy.
- Fluktuacja 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. do 2004 r. notujemy stabilizację na poziomie wyższym niż w końcówce lat dziewięćdziesiątych. W latach 2005-2007 ujawnił się spadek do poziomu niższego niż w końcówce 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 notujemy wyraźnie mniejszy odsetek leczonych z

powodu opiatów niż w wśród pozostałych, większy zaś – z powodu amfetaminy. W tej pierwszej grupie 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 problemowego używania narkotyków silny wpływ ma też wiek (tabela 8.). Dla najmłodszych charakterystyczne są przetwory konopi oraz substancje wziewne, 10,4% oraz 8,3% pacjentów w wieku do 15 lat trafiło do leczenia z powodu tych środków. W grupie 16-19 lat substancje wziewne występują już tylko u 1,0% pacjentów, bardziej widoczne natomiast stają się stymulanty, tzn. głównie amfetamina (9,3%). Silną pozycję utrzymują też przetwory konopi (9,5%). Amfetamina w największym odsetku pojawia się wśród osób w wieku 20-24 lat (10,5%). Udział opiatów w strukturze rozpoznań w poszczególnych grupach wiekowych rośnie wraz z wiekiem od 1,2% wśród pacjentów w wieku poniżej 16 lat, do 27,2% w grupie wiekowej 25-29 lat. W starszych kategoriach wiekowych następuje spadek, aż do 7,3% wśród osób powyżej czterdziestego czwartego roku życia. Począwszy od grupy wiekowej 40-44 lata najlicniejsza frakcja ma problem z lekami uspokajającymi i nasennymi (19,7%), a wśród osób powyżej czterdziestego czwartego roku życia nawet 41,9%.

Rozkłady procentowe rozpoznań w poszczególnych grupach wiekowych sugerują, że amfetamina charakterystyczna jest raczej dla młodszych pacjentów (16-24 lata), zaś opiaty dla nieco starszych (25-34 lata). Konstatacja ta wydaje się potwierdzać tezę o przesunięciach we wzorach używania problemowego narkotyków w kierunku amfetaminy.

Na koniec analiz struktury rozpoznań trzeba przypomnieć, że we wszystkich grupach wiekowych, 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 2007 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. Na podstawie z danych zgromadzonych w tabeli 9. i na wykresie 6. odnotować trzeba znaczną rozpiętość między współczynnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców dla województwa o najwyższym rozpowszechnieniu (Lubuskie – 58,1) i dla województwa o najniższym rozpowszechnieniu (Podkarpackie – 9,9). 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 (49,0), Zachodniopomorskie (46,2), Dolnośląskie (44,0), Warmińsko-Mazurskie (40,0) oraz Wielkopolskie (38,1). Wszystkie one z wyjątkiem Mazowieckiego położone są w zachodniej, bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach, z wyjątkiem jeszcze Podlaskiego (33,7) oraz Łódzkiego (33,0), współczynniki są niższe niż współczynnik ogólnopolski (33,0). W liczbach bezwzględnych najliczniej reprezentowane są województwa Mazowieckie (2539 osób), Wielkopolskie (1289 osoby), Dolnośląskie (1267 osób) i Śląskie (1137 osób), co wynika nie tylko z nasilenia zjawiska, ale także z wielkości tych województw mierzonej liczbą mieszkańców (tabela 9).

Dane zawarte w przedostatniej kolumnie tabeli 9. i na wykresie 7. pozwalają na ocenę skali zmian współczynników w poszczególnych województwach między 2006 r. i 2007 r. Spadek współczynnika ogólnopolskiego kryje silne zróżnicowanie dynamiki zjawiska w poszczególnych województwach. W większości województw obserwujemy spadek. Najbardziej zmniejszył się współczynnik w województwach: Lubuskim, Pomorskim, Zachodniopomorskim i Podkarpackim. Tylko w jednym województwie (Mazowieckie) współczynnik nie uległ zmianie. W czterech województwie, tj. Lubelskim, Małopolskim, Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim nastąpił wzrost.

Okazji do prześledzenia zmian długoterminowych dostarczają dane zawarte w ostatniej kolumnie tabeli 9. i na wykresie 8. Obrazują one poziom wzrostu współczynników policzonych dla poszczególnych województw między 1999 r. i 2007 r. Porównanie zmian w ostatnich ośmiu latach w poszczególnych województwach wskazuje na znaczne zróżnicowanie. Przy wzroście średnim dla całego kraju na poziomie 187%, z jednej strony spotykamy województwo gdzie wzrost był blisko czterokrotny (Wielkopolskie – 389%), czy

ponad trzykrotny (Świętokrzyskie – 329%), z drugiej strony województwa, gdzie liczba pacjentów zwiększyła mniej niż o 50% (Warmińsko-Mazurskie – o 7%, Lubuskie – o 31%, Dolnośląskie – o 33%). Generalnie mniejszy wzrost notujemy w województwach o wysokich obecnie współczynnikach. 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 ogółem, ale także współczynnik przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w skali kraju lokujący się na poziomie 14,9. Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 10. i zobrazowanych na wykresie 9. najwyższymi współczynnikami przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się województwa: Lubuskie (24,4), Zachodniopomorskie (21,6), Mazowieckie (20,7), Dolnośląskie (20,5), Wielkopolskie (18,7) oraz Warmińsko-Mazurskie (17,0), czyli województwa gdzie także współczynniki przyjętych ogółem były najwyższe. Najniższymi współczynnikami odznaczają się Podkarpackie (4,7), Małopolskie (6,5) oraz Świętokrzyskie (9,8).

Wprawdzie rozkład wskaźnika przyjęć pierwszorazowych wg województwa zamieszkania nie odbiega zasadniczo od rozkładu wskaźnika przyjętych ogółem, to jednak jak przekonują dane z drugiej kolumny tabeli 7 odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród wszystkich rozkładają się wedle innych reguł. Najwyższy odsetek pojawia się w Województwie Zachodniopomorskim (58,1%), kolejne województwa pod tym względem to: Łódzkie (56,8) Kujawsko-Pomorskim (54,9%), Świętokrzyskie (54,3%), Śląskie (54,1%) oraz Opolskie (53,9%). Województwa o najniższych odsetkach pacjentów pierwszorazowych, wśród pacjentów ogółem to Lubuskie (42,5%) Mazowieckie (46,7%) oraz Warmińsko-Mazurskie (44,8). Warto dodać, że odsetek pacjentów pierwszorazowych w skali całego kraju wynosi 50,1%.

Znacznemu zróżnicowaniu podlega też dynamika przyjęć pierwszorazowych między 2006 r. i 2007 r. zaprezentowana w ostatniej kolumnie tabeli 10.

Liczba pacjentów pierwszorazowych wzrosła w trzech województwach: Małopolskim – o 23,1%, Lubelskim – o 6,3% oraz Świętokrzyski – o 1,6%. Największy spadek wskaźnika odnotowano w Łódzkim, Lubuskim oraz Pomorskim.

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

Dane z tabeli 11. obrazują zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet wśród przyjętych do leczenia. W 2007 r. odsetki kobiet wahają się od 19,3% w Województwie Lubelski do 29,2% w Województwie Małopolskim. Zmiany odsetka kobiet w latach 2000-2007 w poszczególnych województwach nie układają się w czytelne trendy. We wszystkich województwach mamy do czynienia ze zmiennymi tendencjami.

Dane z tabeli 12. przedstawiają zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia. Największa frakcja niepełnoletnich występuje w województwach: Kujawsko-Pomorskim (15,5%), Opolskim (15,3%) i Świętokrzyskim (12,3%), a najmniejsza w Podkarpacki (3,8%), Małopolskim (5,5%) i Mazowieckim (5,7%). W poszczególnych województwach obserwujemy zróżnicowane tendencje. Konsekwentny trend spadkowy występuje w Województwach: Łódzkim i Mazowieckim oraz z nieznacznymi zakłóceniami w Warmińsko-Mazurskim. Tendencja spadkowa nastąpiła także na poziomie całego kraju z 13,9% do 7,7%.

Podsumowując przegląd danych za 2007 r. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na zahamowanie trendu wzrostowego zjawiska po wyraźnym osłabieniu skali wzrostu jakie dokonało się już w 2003 r. Trudno orzec, czy notowany obecnie spadek wskaźników oznacza zapoczątkowanie trendu spadkowego, czy ma charakter czasowej fluktuacji. Wydaje się, że bardziej prawdopodobne jest to pierwsze, ale na rozstrzygnięcie trzeba będzie poczekać, aż dostępne będą dane z kolejnych lat.

W obrazie narkomanii coraz większego znaczenia nabiera zjawisko, nazywane niegdyś politoksykomania, polegające na używaniu środków z różnych grup. Odsetki pacjentów z diagnozą F 19 obejmującą takie przypadki systematycznie rosną od 1999 r. osiągając obecnie wartość 63%. Równolegle od 2002 r. spadają odsetki pacjentów z problemem opiatów występujących jako jedyny.

Dystrybucja terytorialna zjawiska od dawna wyznacza trzy obszary szczególnie zwiększonego rozpowszechnienia – zachodnia część kraju, Województwo Warmińsko-Mazurskie i Województwo Mazowieckie. W 2006 r. do tego grona dołączyło Województwo Wielkopolskie. Średnią ogólnopolską osiągają jeszcze Łódzkie i Podlaskie. 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, oraz Małopolskie i Świętokrzyskie, a także Warmińsko-Mazurskie gdzie notuje się najsilniejszy wzrost wskaźników w czasie ostatniego roku. Województwa te z wyjątkiem ostatniego nie należą do obszarów o najwyższym rozpowszechnieniu zjawiska. Wzrost wskaźników w tych województwach wraz z największym spadkiem w Lubuskim (województwo o najwyższym wskaźniku) traktować można jako przejaw tendencji do wyrównywania się poziomu rozpowszechnienia problemu narkomani.

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 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	liczba osób	współczynnik 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
2005	13320	34,9
2006	13198	34,9
2007	12582	33,0

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 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19)

	Pierwszorazowi	Ogółem	Odsetek pierwszorazowych ²
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
2005	7024	13320	55,9
2006	6480	13198	52,7
2007	5690	12582	50,1

² Odsetek po odrzuceniu braków danych.

Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2007 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
2005	10181	76,4	3139	23,6
2006	10030	76,0	3168	24,0
2007	9493	75,4	3089	24,6

Tabela 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2007 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	2005	2006	2007
- 15	3,6	3,6	3,6	2,9	2,8	2,3	2,6	2,4	1,9	2,1	1,9
16-19	15,2	18,6	15,2	24,2	24,9	23,7	19,8	17,2	16,3	14,4	12,2
20-24	24,5	27,1	24,5	30,5	31,6	31,6	31,3	30,3	29,0	26,3	23,5
25-29	18,2	16,9	18,2	14,3	14,8	15,4	16,7	17,8	19,5	19,9	21,4
30-34	14,8	12,1	14,8	7,9	7,1	7,2	7,7	8,3	9,0	10,2	11,5
35-39	10,1	8,6	10,1	6,7	5,8	5,3	5,5	5,7	5,6	5,9	6,4
40-44	6,9	6,1	6,9	5,5	4,9	4,9	5,1	5,7	5,1	5,4	5,6
45 +	6,7	7,0	6,7	7,9	8,1	9,6	11,3	12,7	13,6	15,9	17,4
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 5. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 1997-2007 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
2005	2488	397	1417	85	1071	49	226	7587
2006	2258	378	1340	33	1036	49	175	7929
2007	2055	336	1296	24	752	32	137	7950

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
2005	18,7	3,0	10,6	0,6	8,0	0,4	1,7	57,0
2006	17,1	2,9	10,2	0,3	7,8	0,4	1,3	60,1
2007	16,3	2,7	10,3	0,2	6,0	0,3	1,1	63,2

Tabela 6. Przyjęci po raz pierwszy oraz przyjęci powtórnie do leczenia stacjonarnego w 2007 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	12,0	17,9
Konopie	4,1	1,3
Uspokajające i nasenne	10,5	10,3
Kokaina	0,2	0,1
Amfetamina	7,6	4,6
Halucynogeny	0,3	0,2
Wziewne	0,9	1,1
Mieszane i nieokreślone	64,3	64,4
Ogółem	100,0	100,0

Tabela 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 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	17,5	3,1	4,3	0,2	6,3	0,3	1,3	67,0
Kobiety	12,9	1,3	28,7	0,2	5,0	0,1	0,4	51,5
Ogółem	16,3	2,7	10,3	0,2	6,0	0,3	1,1	63,2

Tabela 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 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 stymulandy	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	1,2	10,4	-	-	5,8	1,7	8,3	72,6
16-19	4,1	9,5	0,3	0,1	9,3	0,6	1,0	75,1
20-24	17,9	3,3	0,8	0,3	10,5	0,3	1,1	65,8
25-29	27,2	1,6	1,9	0,2	7,1	0,1	1,3	60,5
30-34	22,2	0,9	5,2	0,2	4,0	0,1	1,6	65,6
35-39	12,5	0,8	11,6	0,1	2,3	0,1	0,9	71,8
40-44	11,3	0,1	19,7	0,1	1,7	0,3	0,3	66,4
45+	7,3	0,2	41,9	0,1	,4	0,1	0,1	49,9
Ogółem	15,8	2,7	10,4	0,2	6,0	0,3	1,1	63,6

Tabela 9. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 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 2007 r.	Współczynnik na 100 000 w 2007 r.	Współczynnik na 100 000 w 2006 r.	Współczynnik zmiany 2006 = 100	Współczynnik zmiany 1999 = 100
POLSKA	12582	33,0	34,9	94,6	186,5
Dolnośląskie	1267	44,0	48,0	91,6	133,1
Kujawsko-Pomorskie	531	25,7	27,3	94,0	191,8
Lubelskie	431	19,8	18,5	107,2	215,7
Lubuskie	587	58,1	68,2	85,3	131,0
Łódzkie	844	33,0	34,6	94,9	272,5
Małopolskie	442	13,5	12,8	105,7	229,5
Mazowieckie	2539	49,0	49,0	100,2	173,8
Opolskie	215	20,8	21,7	95,1	167,4
Podkarpackie	209	9,9	11,2	89,3	155,0
Podlaskie	403	33,7	35,4	95,3	290,5
Pomorskie	631	28,6	33,0	86,7	178,7
Śląskie	1137	24,4	25,3	96,4	195,4
Świętokrzyskie	245	19,1	18,1	105,6	329,3
Warmińsko-Mazurskie	572	40,0	38,6	103,8	106,5
Wielkopolskie	1289	38,1	41,2	92,5	388,8
Zachodniopomorskie	781	46,2	52,2	88,3	152,0
Braki danych i obcokrajowcy	459				

Tabela 10. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2007 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 2007 r.	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2007 r.	Współczynnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2007 r.	Współczynnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2006 = 100
POLSKA	5690	50,1	14,9	87,8
Dolnośląskie	590	49,3	20,5	99,0
Kujawsko-Pomorskie	278	54,9	13,5	84,2
Lubelskie	221	53,8	10,2	106,3
Lubuskie	246	42,5	24,4	75,0
Łódzkie	283	56,8	11,1	70,0
Małopolskie	213	52,5	6,5	123,1
Mazowieckie	1070	46,7	20,7	89,1
Opolskie	110	53,9	10,6	87,3
Podkarpackie	98	51,0	4,7	90,7
Podlaskie	184	49,6	15,4	82,5
Pomorskie	296	51,1	13,4	78,7
Śląskie	582	54,1	12,5	87,7
Świętokrzyskie	126	54,3	9,8	101,6
Warmińsko-Mazurskie	243	44,8	17,0	92,4
Wielkopolskie	634	51,4	18,7	83,2
Zachodniopomorskie	366	58,1	21,6	82,2
Braki danych i obcokrajowcy	150			

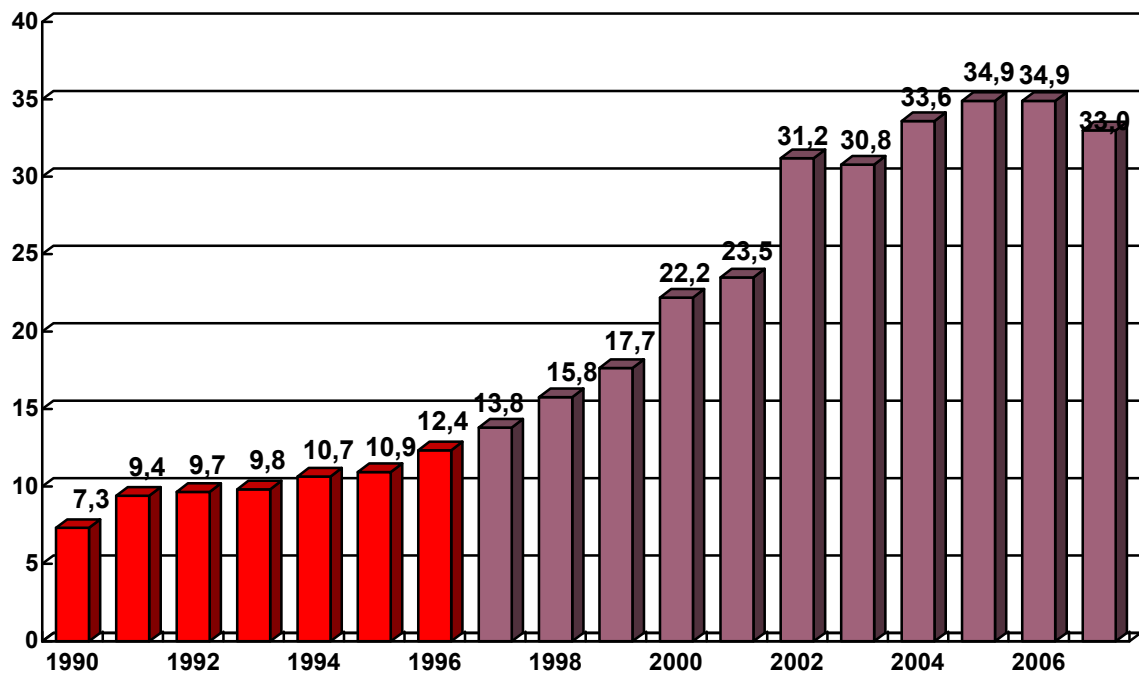
Tabela 11. Odsetki kobiet wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.
POLSKA	22,0	23,0	23,2	24,0	23,6	23,6	24,0	24,6
Dolnośląskie	19,7	17,8	19,7	21,8	20,6	20,9	22,9	22,5
Kujawsko-Pomorskie	21,2	24,9	23,4	23,0	21,8	20,0	23,4	20,2
Lubelskie	15,2	19,3	17,6	16,1	19,4	18,7	21,6	19,3
Lubuskie	16,3	18,4	18,6	21,3	25,6	20,3	23,1	23,0
Łódzkie	25,0	26,1	30,7	29,4	22,4	25,9	25,1	25,6
Małopolskie	26,6	31,1	28,1	34,3	34,6	27,5	23,7	29,2
Mazowieckie	17,4	17,9	20,2	21,0	21,6	21,0	20,8	21,4
Opolskie	22,1	24,8	19,7	25,1	19,7	24,9	25,2	27,4
Podkarpackie	29,5	30,1	23,8	19,8	26,6	32,4	25,6	26,3
Podlaskie	20,4	20,5	19,6	19,7	21,4	22,4	21,5	23,6
Pomorskie	31,7	32,0	28,3	27,6	23,9	27,9	30,4	25,7
Śląskie	24,7	27,4	25,6	25,3	23,8	23,1	26,3	28,6
Świętokrzyskie	35,2	51,3	40,0	34,5	31,0	26,9	26,3	24,5
Warmińsko-Mazurskie	22,2	24,5	22,9	25,5	24,9	26,6	23,6	28,7
Wielkopolskie	29,4	31,8	33,0	28,0	31,2	30,9	27,1	28,8
Zachodniopomorskie	28,5	28,7	24,9	26,7	24,9	25,0	27,7	28,7

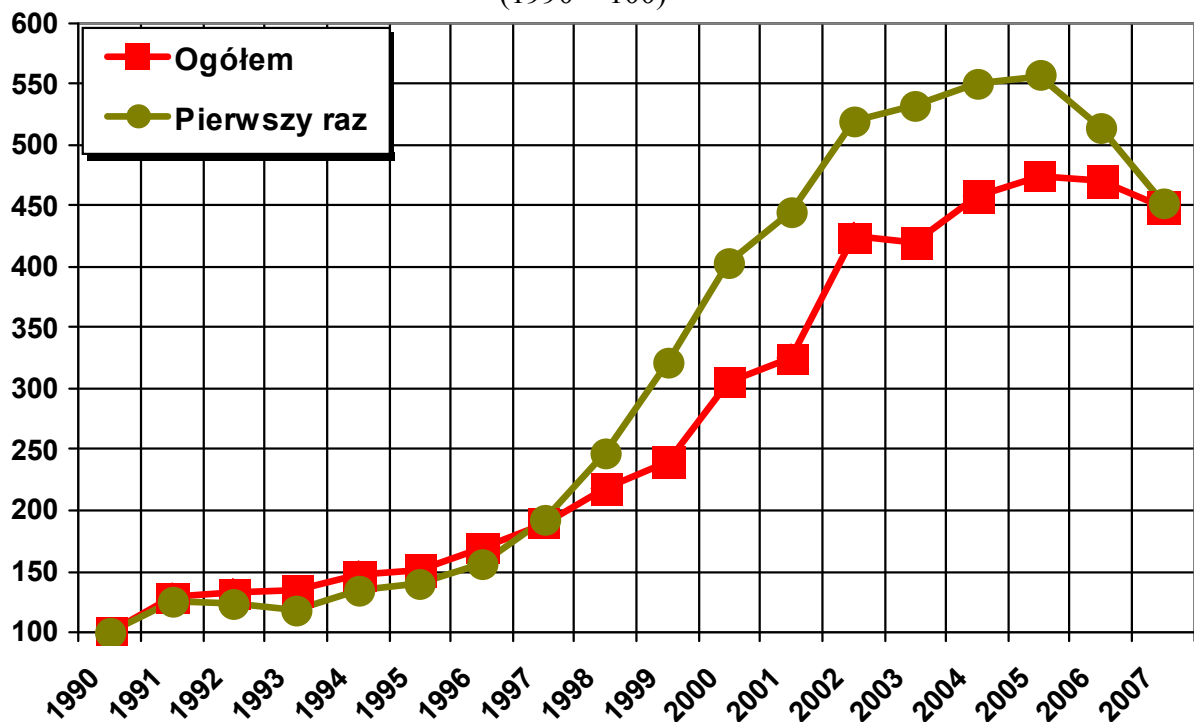
Tabela 12. Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta

Województwo	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.	2007 r.
POLSKA	13,9	12,8	11,0	10,4	9,6	8,7	8,6	7,7
Dolnośląskie	8,7	8,6	8,5	9,0	7,2	7,3	9,6	7,2
Kujawsko-Pomorskie	14,8	14,9	21,4	15,4	11,8	11,7	14,5	15,5
Lubelskie	12,9	9,6	7,7	7,0	10,1	9,8	8,7	10,4
Lubuskie	14,7	14,2	8,0	11,0	8,9	11,1	9,3	8,3
Łódzkie	17,7	14,3	10,3	10,3	9,1	9,0	8,4	6,3
Małopolskie	5,3	10,0	8,6	8,3	8,8	8,6	8,4	5,5
Mazowieckie	17,5	13,3	10,7	9,7	7,4	7,0	6,7	5,7
Opolskie	24,0	19,4	21,2	17,7	16,8	16,7	13,8	15,3
Podkarpackie	7,0	4,8	10,5	5,2	7,5	3,5	6,4	3,8
Podlaskie	18,8	14,2	17,6	15,5	16,5	10,1	8,8	7,3
Pomorskie	16,3	11,1	10,9	11,8	11,0	7,5	8,6	9,1
Śląskie	11,0	15,0	10,4	10,2	13,2	10,3	10,4	10,8
Świętokrzyskie	5,7	10,1	14,8	13,7	9,5	8,1	9,9	12,3
Warmińsko-Mazurskie	18,4	18,7	15,2	12,6	11,7	8,4	8,9	7,2
Wielkopolskie	6,1	13,3	10,8	8,8	8,4	8,0	7,3	7,5
Zachodniopomorskie	15,7	13,9	11,5	12,5	10,9	9,0	8,8	6,8

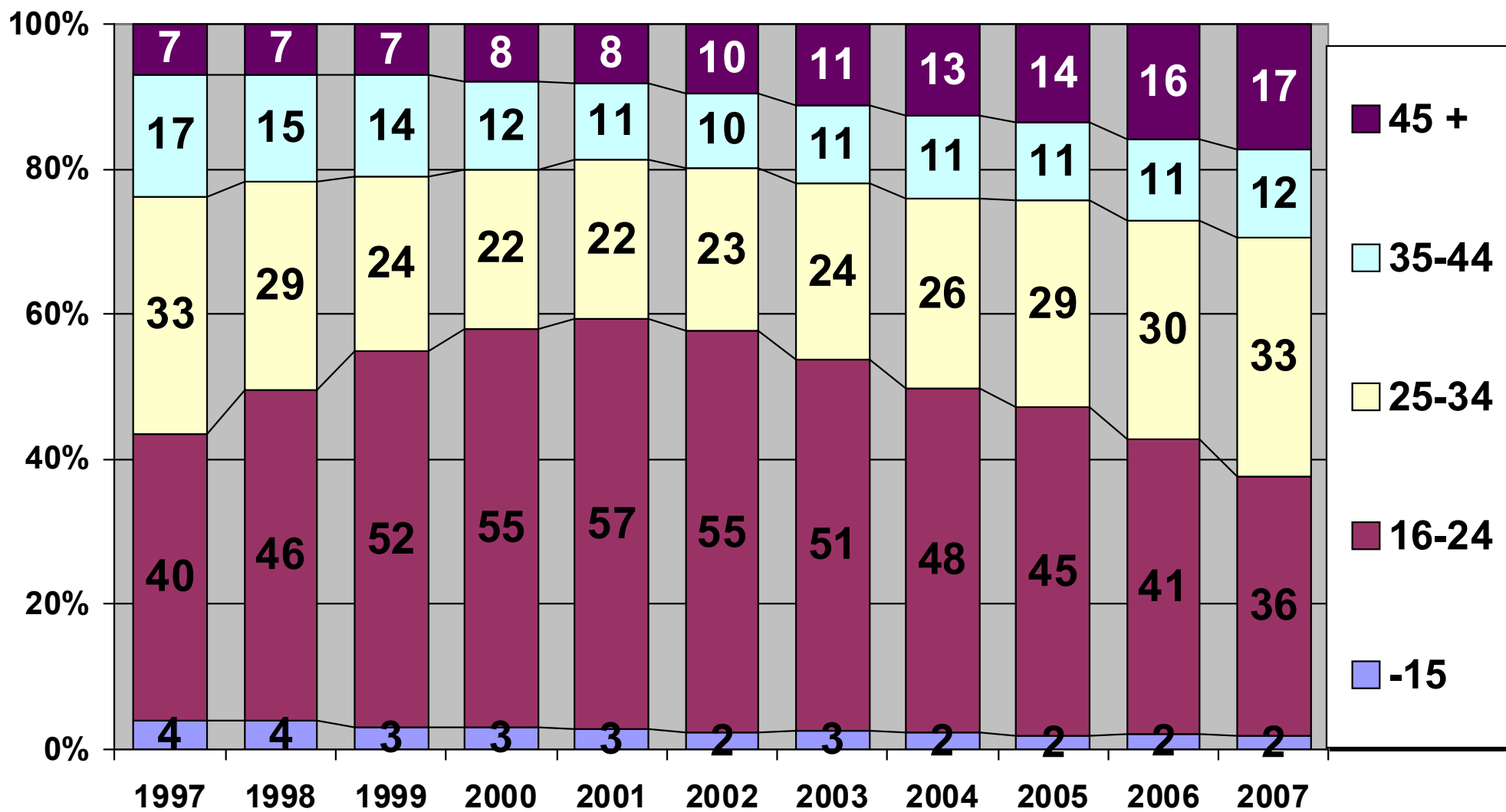
Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990 - 2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



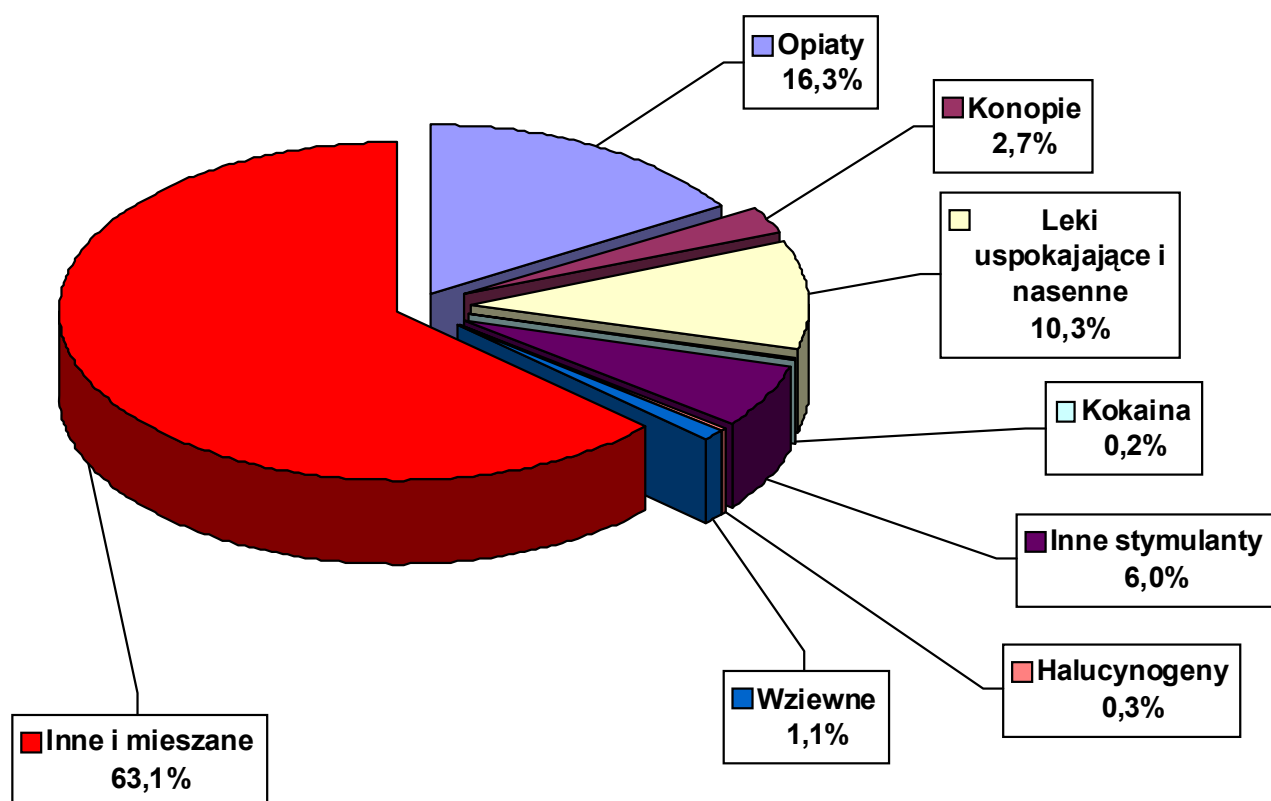
Wykres 2. Współczynniki dynamiki przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. (1990 = 100)



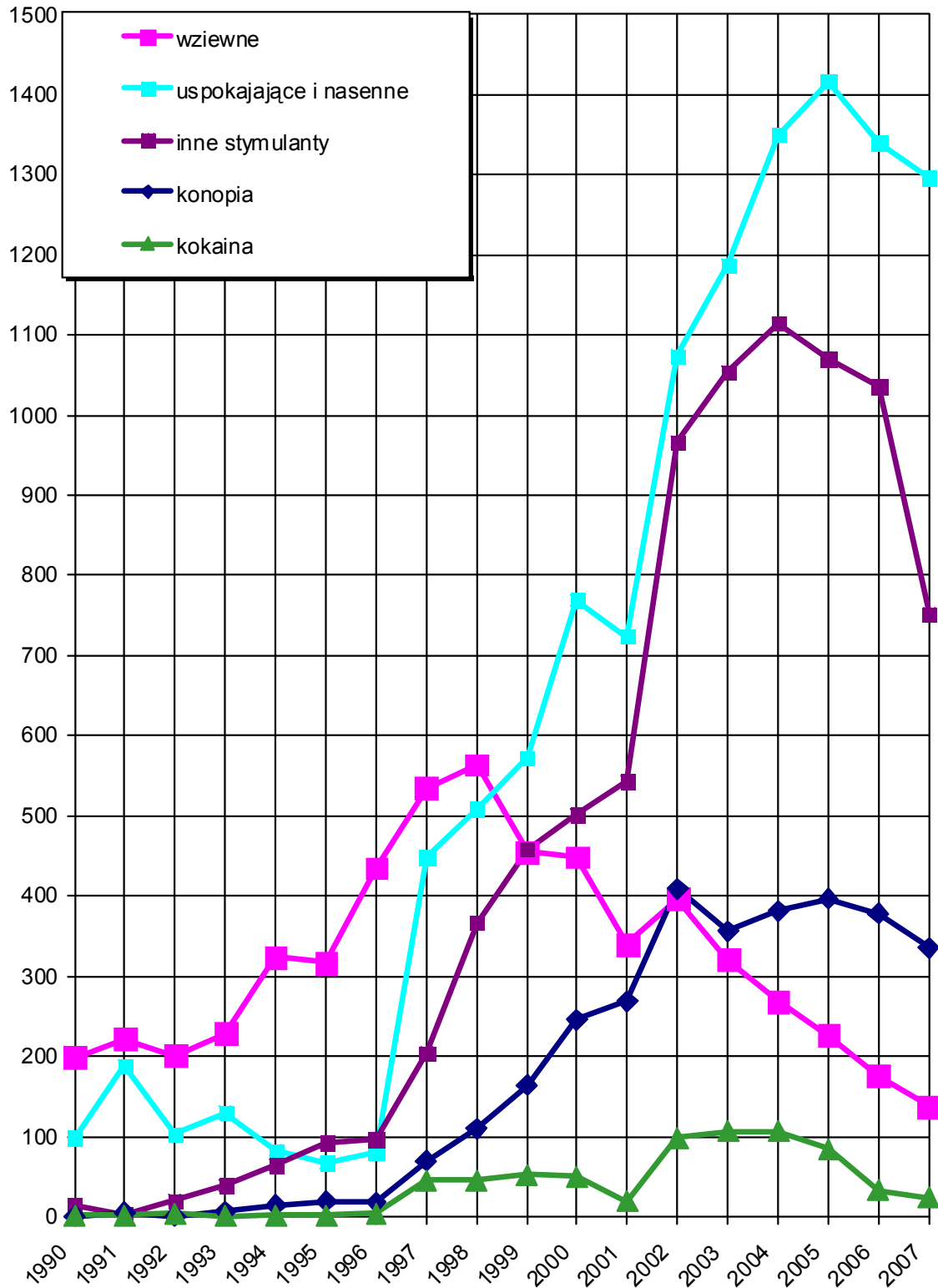
Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997-2007 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg wieku (odsetki pacjentów)



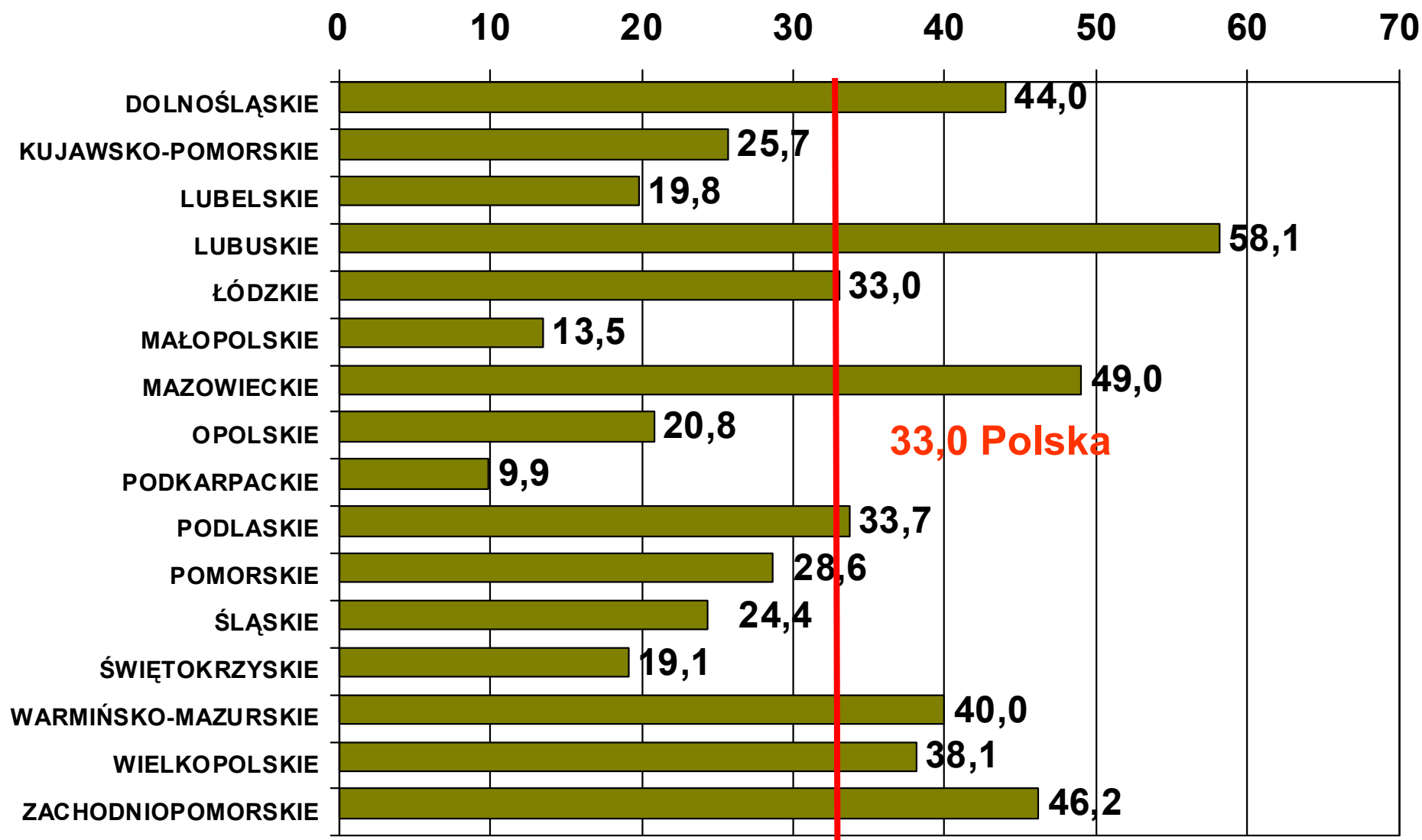
Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, wg typu substancji



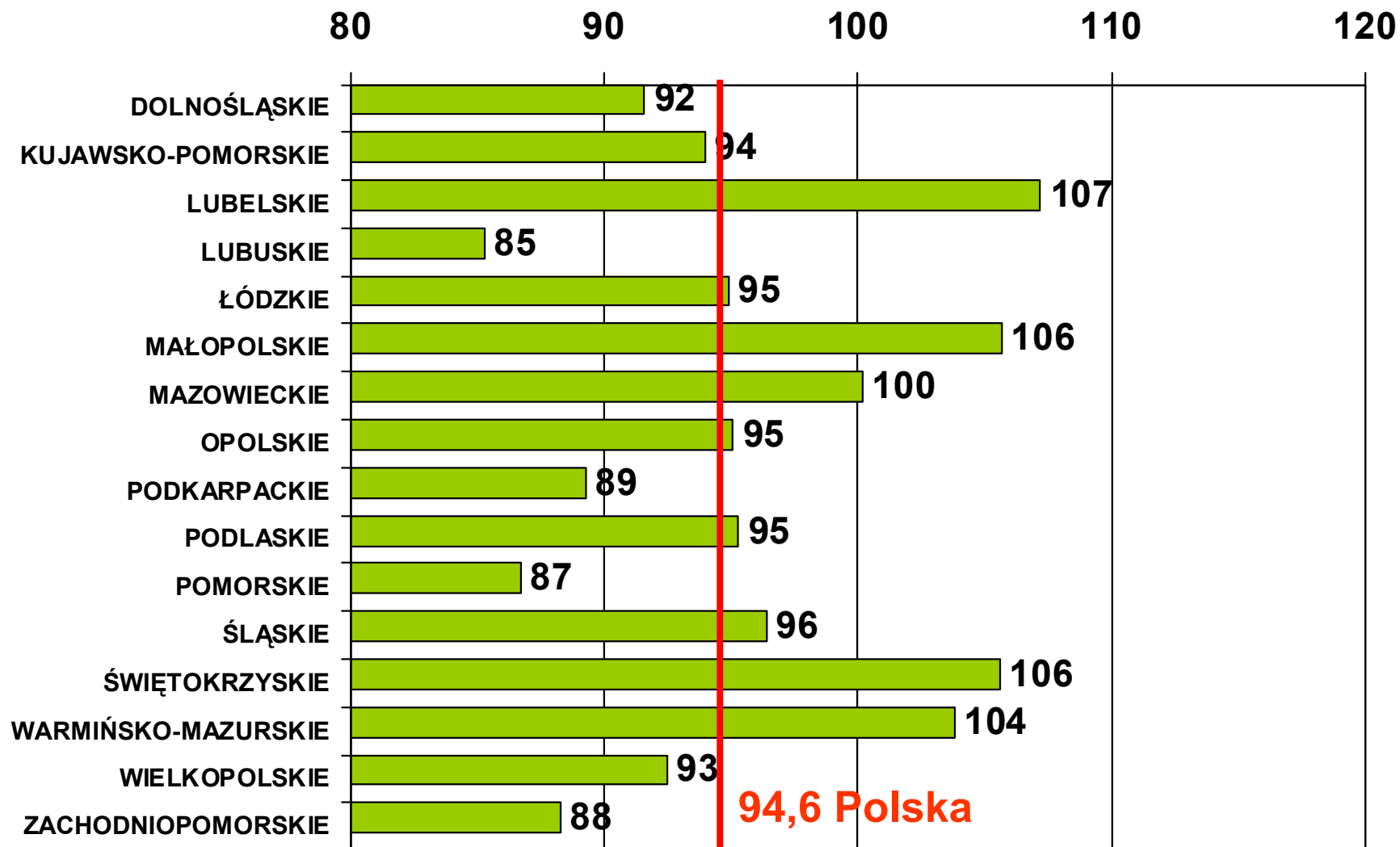
Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych - wybrane typy środków (liczby pacjentów)



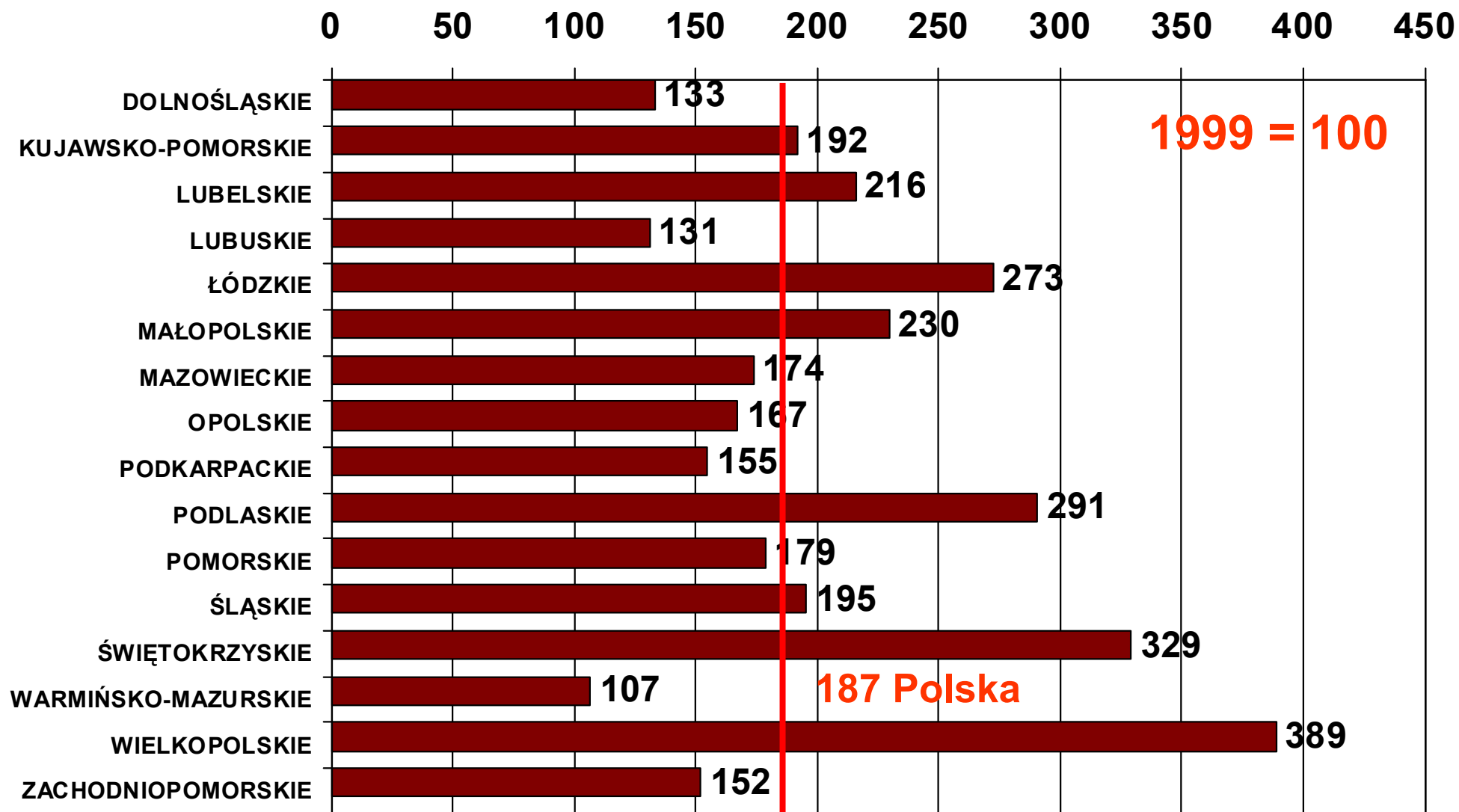
Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców)



Wykres 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w relacji do przyjętych w 2006 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta. (Dane za 2006 r. = 100)



Wykres 8. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2007 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 2007 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)

