



**Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

**Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów  
oraz programów niskoprogowych w 2008 roku.**

**Projekt francusko-polski.**

**First national survey low-thresholds  
clients and services in 2008**

**Artur Malczewski, Marta Struzik, Anna Jaśkiewicz**

**Raport z badania  
(English summary including)**

**Warszawa 2009**

## Spis treści

1. Wstęp.....	3
2. Metodologia oraz realizacja badania .....	3
2.1 Metoda i narzędzia badania.....	3
2.2 Realizacja badania.....	5
3. Wyniki.....	6
3.1 Programy niskoprogowe w Polsce .....	6
3.2 Charakterystyka badanej populacji.....	9
3.3 Używanie narkotyków.....	13
3.4 Substancja najbardziej problemowa.....	16
3.5 Używanie narkotyków dożylnie.....	18
3.6 Zachowania ryzykowne oraz status HIV i HCV.....	18
3.7 Pozbawienie wolności.....	20
3.8 Przedawkowanie narkotyków przez badanych.....	21
3.9 Pobyt w szpitalu .....	22
3.10 Ceny narkotyków .....	23
3.11 Charakterystyka programów niskoprogowych .....	25
3.12 Dyskusja.....	30
4. English summary.....	32
5. Bibliografia.....	40
6. Załączniki.....	41
6.1 Tabele i wykresy .....	41
6.2 Instrukcja dla ankietera.....	43
6.3 Kwestionariusz.....	46

## 1. Wstęp

Projekt miał na celu zbadanie programów niskoprogowych (oferowane usługi, personel odbiorcy programów)<sup>1</sup> oraz ich klientów. Celem działań programów niskoprogowych jest przede wszystkim ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych wśród użytkowników narkotyków. W badaniu uczestniczyły placówki, które świadczyły usługi użytkownikom narkotyków - były to punkty wymiany igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków. Rezultatem przeprowadzonego badania jest zebranie informacji dotyczących grupy nie będącej przedmiotem badań w populacji generalnej, jak również często nie odnotowywanej w statystykach medycznych.

Corocznie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) spotyka się z przedstawicielami programami redukcji szkód w ramach ogólnopolskich konferencji (Malczewski 2006). Celem tych spotkań jest budowanie sieci osób prowadzących działania z zakresu *harm reduction* oraz zbierających i przekazujących dane o podejmowanych aktywnościach do CINN. W pierwszym spotkaniu w 2006 roku wziął udział Head Czeskiego Focal Pointa prezentujący czeską bazę dla programów redukcji szkód. Sieć współpracy stanowiła dobrą podstawę do rozpoczęcia ogólnopolskiego badania.

Założenia projektu zostały omówione na IV Spotkaniu programów redukcji szkód w 2008 roku w Krakowie zorganizowanym przez CINN. Wstępne wyniki i analizy zebranych informacji przedstawiono i omówiono w kwietniu 2009 roku na V Spotkaniu w Falentach. Po raz pierwszy uzyskano dość szczegółowe dane o problemowych użytkownikach narkotyków, ponieważ wszystkie osoby objęte badaniem spełniają kryteria definicji problemowego użytkownika narkotyków EMCDDA<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Programy niskoprogowe to działania, w których abstynencja nie jest głównym kryterium uzyskania pomocy.

<sup>2</sup> Wg definicji EMCDDA problemowy użytkownik narkotyków to osoba używająca opiatów, amfetaminy, kokainy w sposób długotrwały, częsty lub/i iniekcyjny

## 2. Metodologia oraz realizacja badania

### 2.1 Metoda i narzędzia badania

Projekt został zrealizowany po raz pierwszy w Polsce, ale drugi raz we Francji<sup>3</sup>. Dzięki temu wyniki badań z 2008 roku z obu krajów będzie można porównać. W projekcie zastosowano dwa narzędzia: kwestionariusz z pytaniami dla użytkowników narkotyków oraz ankietę dla placówek niskoprogowych.

Kwestionariusz w pierwotnej wersji opracowany przez Francuski Focal Point (OFDT), był zgodny z protokołami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA: wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI) oraz chorób zakaźnych związanych z narkotykami (DRID). Na podstawie powyższych dokumentów opracowano pytania dotyczące: charakterystyki społeczno-demograficznej użytkownika, zażywania narkotyków oraz drogi ich przyjmowania, ryzykownych zachowań oraz występowania chorób przenoszonych poprzez krew. Kwestionariusz został zaadoptowany do polskich warunków. Niektóre z pytań zmieniono, jak również wprowadzono kody w celu uniknięcia podwójnego liczenia tych samych osób. Jednym z dodatkowych celów badania było zebranie danych o cenach detalicznych narkotyków (jest to jeden ze wskaźników dotyczących nielegalnego rynku). Kwestionariusz składał się z dwóch części. W przypadku osób, które odmówiły udziału w badaniu wypełniana była jego druga – krótsza - część. Zbierano w niej kilka podstawowych informacji o osobie, która odmówiła, tj. wiek, płeć, najbardziej problemowy narkotyk. Udziału w badaniu odmówiło około 30 respondentów. W analizie uwzględniono wywiady z 733 użytkownikami narkotyków. W raporcie przedstawiono dane z wywiadów z osobami, które wzięły udział w badaniu. Zakres tematyczny kwestionariusza stanowiły poniższe zagadnienia:

- Miejsce wypełnienia: ulica, poradnia, punkt mobilny
- Płeć
- Wiek
- Liczba dzieci
- Rodzaj otrzymywanej pomocy społecznej
- Status zamieszkania
- Z kim mieszka
- Podstawowe źródło utrzymania
- Poziom wykształcenia

---

<sup>3</sup> Francuskie badanie z 2006 roku zostało przedstawione na łamach Serwisu w artykule: „[Francuskie badanie klientów programów niskoprogowych](http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/58)”, SIN nr 1 (40) 2008, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/58>

- Leczenie substytucyjne, czy otrzymuje i jaki środek
- Używanie dożylnie
- Wiek pierwszej iniekcji
- Iniekcja w ciągu ostatnich 30 dni oraz dzielenie się igłami i strzykawkami
- Przyjmowanie w drodze palenia w ciągu ostatnich 30 dni pytanie o dzielenie się przyrządem do palenia
- Przyjmowanie w drodze palenia w ciągu ostatnich 30 dni oraz dzielenie się przyrządem do wciągania
- Inne drogi przyjmowania – dzielenie się
- Test HIV, czy był ostatni test, czy nie
- Status serologiczny
- Używanie substancji w ciągu ostatnich 30 dni: rodzaj substancji, a) częstość użycia, b) sposób przyjmowania,
- Substancja najbardziej problemowa, według użytkownika oraz według ankietera (30 dni)
- Pozbawienie wolności
- Ceny narkotyków
- Przedawkowania
- Pobyt w szpitalu
- Przyjęcie do ośrodka dla narkomanów

Ankieta dla placówek była narzędziem do monitorowania aktywności z obszaru redukcji szkód, opracowanym przez grupę Correlation Project EMCDDA. Została ona użyta tylko w polskiej edycji badania i dostosowana do polskich warunków.

## **2.2 Realizacja badania**

Pracownicy programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek oraz dziennych świateł dla czynnych narkomanów) podczas dwóch tygodni (od 24 listopada do 7 grudnia 2008 roku) przeprowadzali wywiady kwestionariuszowe z wszystkimi klientami korzystającymi z programu. Kontakty były nawiązywane przez użytkowników narkotyków w celu wymiany sprzętu do iniekcji, porady, wsparcia czy po prostu rozmowy. Badanie zostało zrealizowane w tym samym czasie, co we Francji, jednakże o tydzień dłużej. Respondenci byli kodowani w celu uniknięcia liczenia podwójnie tych samych osób oraz zachowania anonimowości badanych. Zastosowano kod składający się z pierwszych trzech liter imienia dnia i miesiąca urodzenia. Powyższy kod stosowany był w niektórych programach do bieżącej ewidencji klientów

programu, dlatego też postawiono go nie zmieniać. W efekcie w badaniu pojawiło się kilka osób mających te same kody (patrz rozdział: charakterystyka badanej populacji)

W badaniu zastosowano próbę pełną, czyli wywiad kwestionariuszowy przeprowadzono z każdą osobą kontaktującą się z programem. W badaniu wzięło udział 13 programów (Tabela 1) z całej Polski. Wyniki badania analizowane były za pomocą pakietu statystycznego SPSS 18.

**Tabela 1. Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce**

<b>Organizacja i placówka</b>	<b>Adres</b>
Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia MONAR	Ul. Wolności 70, 58 -500 Jelenia Góra
NZOZ Poradnia Profilaktyki I Terapii Uzależnień Stowarzyszenia MONAR	Ul. Aleja Królewska 3A, 24-100 Puławy,
Centrum Redukcji Szkód RETURN	Ul. Kościuszki 67, wejście od Gwarnej, 50 -321 Wrocław
Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia MONAR	Ul. Wolności 44/19, 42 -200 Częstochowa,
Centrum Redukcji Szkód MONAR	Ul. Hoża 57, 00- 681 Warszawa
NZOZ Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia MONAR	Ul. 3 Maja 6, 80 -802 Gdańsk
Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym Noclegownia dla Osób Uzależnionych FENIKS	Ul. Krzemieniecka 63, Kraków
Stowarzyszenie MONAR/ Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym	Ul. Św. Katarzyny 3, 31 -063 Kraków
Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza. Nowa poradnia HIV, Pomoc Socjalna	Ul. Wolska 37; 01 -201 Warszawa
Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy Osobom Uzależnionym SUBSIDIUM- Poradnia	Ul. Warszawska 37 A, 59 -900 Zgorzelec
Stowarzyszenie POMOST	ul. Matejki 10/4, 35 – 046 Rzeszów
NZOZ Poradnia Profilaktyki I Terapii Uzależnień Stowarzyszenia MONAR Olsztyn	Al. Wojska Polskiego 8A/3; 10-225Olsztyn
Centrum Odwykowe Praga	ul. Zgierska 18a, 04-032 Warszawa

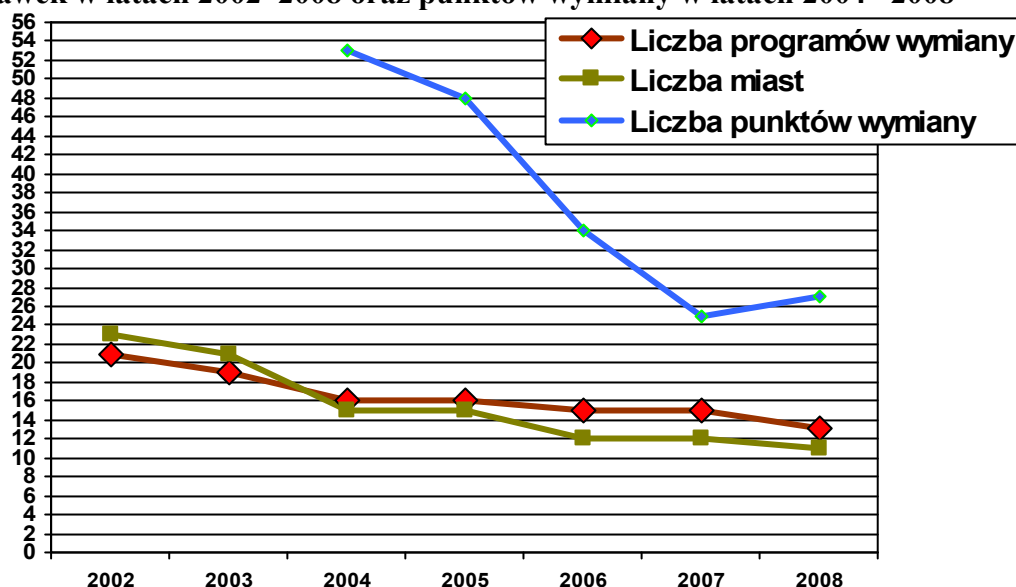
### 3. Wyniki

#### 3.1 Programy niskoprogowe w Polsce

Od kilku lat CINN monitoruje działania z zakresu redukcji szkód<sup>4</sup>. W ramach prowadzonych analiz, co dwa lata programy wymiany igieł i strzykawek otrzymują ankietę dotycząca m.in. liczby dystrybuowanych igieł i strzykawek. Powyższe narzędzie włączono do ankiety Correlation Network, a wyniki przedstawiono na wykresach 1 i 2.

Od 2002 roku spadła liczba programów wymiany igieł i strzykawek z 21 do 13 w 2008, a liczba miast, gdzie dostępne są programy wymiany, zmniejszyła się z 23 do 11. W 2008 roku w całej Polsce było 27 punktów wymiany (wykres 1). Co oznacza spadek prawie o połowę w porównaniu do roku 2004. Należy podkreślić, że w analizowanym okresie przestały działać głównie małe programy na Śląsku.

**Wykres 1. Liczba programów oraz miast, w których były realizowane programy wymiany igieł i strzykawek w latach 2002–2008 oraz punktów wymiany w latach 2004–2008**



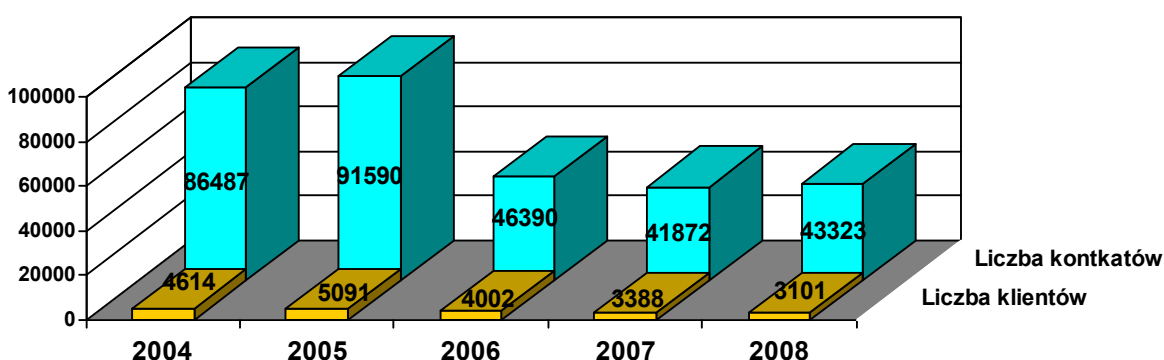
Działania z zakresu redukcji szkód prowadzone są w szerokim zakresie w Warszawie i Krakowie. W stolicy działają trzy programy realizowane przez różne podmioty: Stowarzyszenie Monar, Stowarzyszenie Pomoc Socjalna oraz SPZOZ Centrum Odwykowe. Oprócz wymiany stacjonarnej i ulicznej, street workerzy używają rowerów, a także aktywnie działa „Drop-in”, czyli dzienna świetlica dla narkomanów. W Krakowie oprócz wymiany stacjonarnej i ulicznej działa bus, który dociera również do innych miast np. do Katowic. Ponadto w tym mieście wymianę prowadzą również street workerzy Monaru z Częstochowy. Do pozytywnych zmian w

<sup>4</sup> Działania programów redukcji szkód zostały omówione w artykułach „Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie” SIN nr 1 (45) 2009 oraz „Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i w Europie”, SIN nr 1 (36) 2007, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/49>

obszarze działań redukcji szkód należy zaliczyć wznowienie programu Stowarzyszenia Wspólnota, które realizuje wymianę przede wszystkim w Katowicach i Chorzowie.

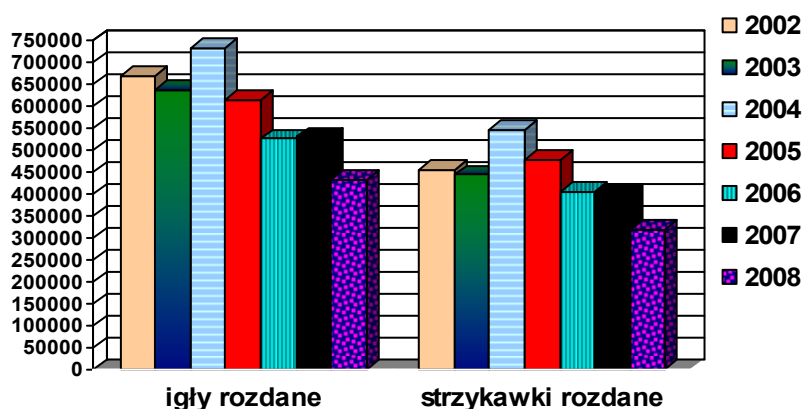
Z danych z ankiet dla programów niskoprogowych wynika, że w 2008 roku 3101 osób objętych zostało programami wymiany. Pracownicy punktów wymiany ulicznej i stacjonarnej odnotowali 43 323 kontakty, co oznacza spadek blisko o połowę w porównaniu do roku 2004. Liczba klientów w tym okresie zmniejszyła się o 33%.

**Wykres 2. Liczby klientów programów wymiany oraz liczby kontaktów w latach 2004 – 2008.**



Wraz ze zmniejszaniem się liczby programów i punktów wymiany, spada liczba dystrybuowanych igieł i strzykawek. Na wykresie 3. przedstawione zostały rozdane igły i strzykawki w latach 2002 – 2008. Najwięcej igieł (731 832) i strzykawek (545 738) przekazały programy w 2004 roku. W 2008 odnotowujemy zmniejszenie się liczby rozdawanych igieł i strzykawek i jest to najmniejsza liczba od 2002 roku: igły 432 720, strzykawki: 318 054. Pomimo obserwowanego spadku w dystrybucji, średnia liczba igieł na jednego użytkownika w 2004 jest nie wiele mniejsza niż w 2008: tj. 159 w 2004 roku oraz 140 igieł w 2008. W analizowanym okresie liczba ta nigdy nie spadła poniżej 120 igieł na jednego użytkownika.

**Wykres 3. Liczby igieł i strzykawek wydanych w latach 2002 – 2008**





### 3.2 Charakterystyka badanej populacji

W badaniu wzięły udział wszystkie programy niskoprogowe w Polsce działające w następujących miastach: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programy), Jelenia Góra, Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów, Katowice, Warszawa (3) - w sumie 13 programów. W końcowej analizie wykorzystano 733 wywiady z respondentami, którzy zgodzili się na udział w badaniu. Z badania wykluczono 30 klientów programu w Zgorzelcu, ponieważ byli to klienci programu metadonowego, które nie jest programem niskoprogowym, a nie odbiorcy działającego w tym samym miejscu programu wymiany igieł i strzykawek. 10 kodów zostało powtórzonych w kwestionariuszach. W przypadku 8 tych samych kodów na podstawie analizy danych socjodemograficznych oraz innych zmiennych ustalono, że są to różne osoby:

- Dwie osoby ANN071(Wrocław, Warszawa),
- Dwie osoby GAB0504 (Kraków)
- Dwie osoby kat0310; (Warszawa)
- Dwie osoby mar1011(Warszawa)
- Dwie osoby MAR0212 (Warszawa PS, Kraków)
- Dwie osoby mar1107 (Częstochowa, W-wa Praga)
- Dwie osoby RAF1206 (Jelenia Góra, Wrocław)
- Dwie osoby ROB0112 (Warszawa PS)

Jeden kod w Krakowie oraz jeden w Warszawie (Monar), które zostały powtórzone przedstawiały różne osoby i w analizie wykorzystano tylko ostatnie wywiady z tymi osobami.

W efekcie w końcowej analizie uwzględniono 32 kwestionariusze mniej, czyli N= 733 z 765 przeprowadzonych.

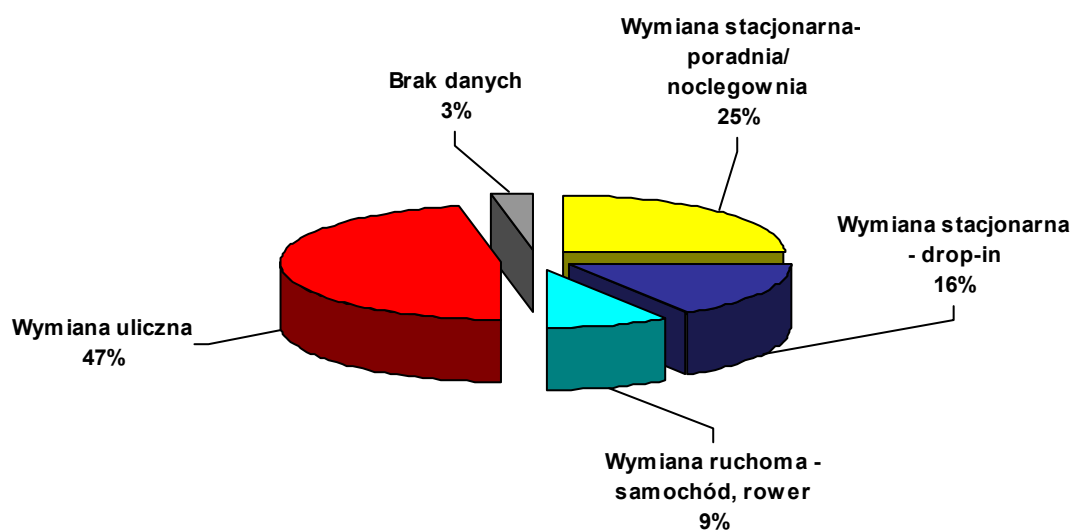
Najwięcej wywiadów zostało przeprowadzonych w Warszawie (38%), a następnie w Krakowie - co piąty badany. Najmniej zrealizowano w Gdańsku: 15 wywiadów. W efekcie badaniem objęto więcej niż co piątego odbiorcę programu niskoprogowego (patrz wykres 2. – liczba klientów programów niskoprogowych w Polsce). W tabeli 2 przedstawiona liczby klientów przebadanych w poszczególnych programach.

**Tabela 2. Liczby ankiet w poszczególnych programach (po wykluczeniu niektórych respondentów)**

Program	Liczby ankiet	%
MONAR Jelenia Góra	18	2,5
MONAR Puławy	42	5,7
RETURN Wrocław	85	11,6
MONAR Częstochowa	85	11,6
MONAR Warszawa	155	21,1
MONAR Gdańsk	15	2,0
MONAR Kraków	153	20,9
POMOC SOCJALNA Warszawa	103	14,1
POMOST Rzeszów	30	4,1
MONAR Olsztyn	24	3,3
CENTRUM ODWYKOWE Warszawa	23	3,1
Suma	733	100

Blisko połowa respondentów była rekrutowana w programach wymiany ulicznej (47%), co czwarty w programie stacjonarnym, czyli w poradni lub noclegowni, a 16% badanej populacji to klienci dziennych świetlic dla czynnych narkomanów tzw. „drop-in” (wykres 4). Nową formą docierania do osób uzależnionych jest wymiana ruchoma za pomocą rowerów w Warszawie oraz busa w Krakowie. W tego typu punktach przebadano 9% całej próby. W przypadku 3% wywiadów brak jest danych o typie programu.

**Wykres 4. Odsetki badanych według typu programów wymiany (N=733)**



Większość ankietowanych stanowili mężczyźni (69%). Średni wiek osób badanych wyniósł 33 lata (mediana 31 lat), dla mężczyzn średnio 34 lata, a dla kobiet 30 lat. Najwięcej

respondentów płci męskiej było w wieku 30-34 lata (23% wszystkich mężczyzn), wśród kobiet była to trochę niższa grupa wiekowa 25-29 lat (31% wszystkich kobiet). Najstarszy respondent miał 85 lat, a najmłodszy 15 lat.

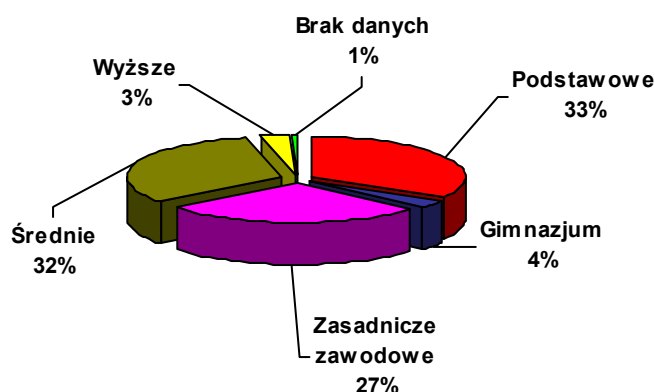
35% ankietowanych posiada dzieci, z czego 21% - jedno dziecko, 12% - dwoje dzieci, a 4% - troje lub więcej dzieci.

**Tabela 3. Liczba i odsetki kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych.**

Grupa wiekowa	Płeć	
	Mężczyzna	Kobieta
15-19	14	11
	3%	5%
20-24	63	40
	13%	18%
25-29	99	69
	20%	31%
30-34	114	41
	23%	19%
35-39	101	27
	20%	12%
40-44	55	22
	11%	10%
45-49	27	7
	5%	3%
50-54	23	4
	5%	2%
55-59	9	1
	2%	1%
60-64	0	0
	0%	0%
65>	1	0
	0%	0%
Brak danych	2	2
Ogółem	508	224
	100%	100%

Analizując wykształcenie populacji badanej odnotowujemy, że co trzeci respondent miał wykształcenie podstawowe (33%) lub średnie (32%). W przypadku pozostałych osób najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształcenie zasadniczym zawodowym (27%). O wiele mniejsze odsetki respondentów stanowiły osoby z wykształceniem gimnazjalnym (4%) lub wyższym (3%). W przypadku 1% badanych brak jest informacji o wykształceniu.

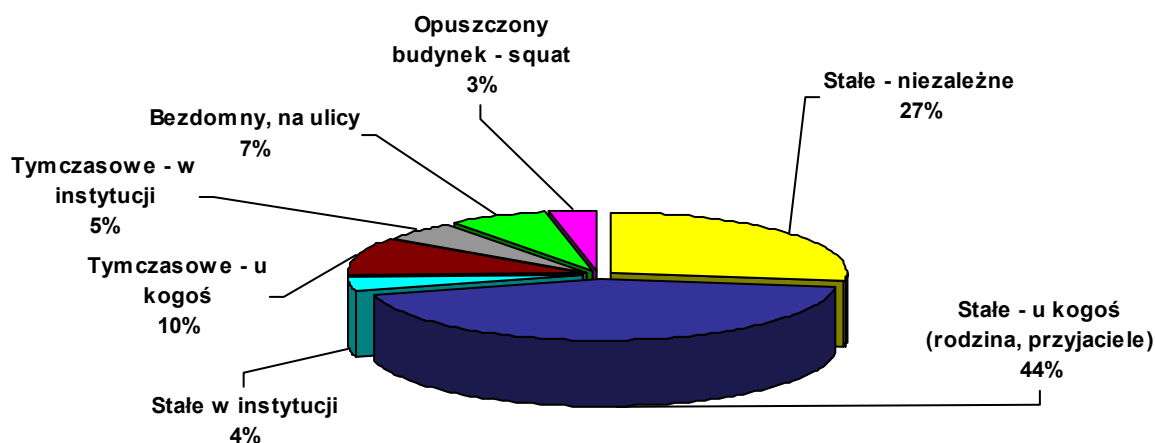
**Wykres 5. Wykształcenie badanych - odsetki (N = 733)**



Badani pytani byli o swoją sytuacją mieszkaniową. Większość respondentów tj. prawie 3/4 miała stałe zamieszkanie, definiowane jako możliwość spędzenia co najmniej 6 miesięcy w tym samym miejscu. 15% ankietowanych mieszkała tymczasowo. Ponad jedna czwarta respondentów (27%) mieszkała niezależnie, jednak znacznie większa grupa osób, czyli 44% mieszkała u kogoś, tj. rodziny, przyjaciół. W sumie 9% badanych korzystało z pomocy instytucji, w tym na stałe 4% lub tymczasowo - 5%. Co dziesiąty badany mieszkał tymczasowo u kogoś, a podobna grupa to albo mieszkający w opuszczonych budynkach nielegalnie (3%) lub bezdomni (7%).

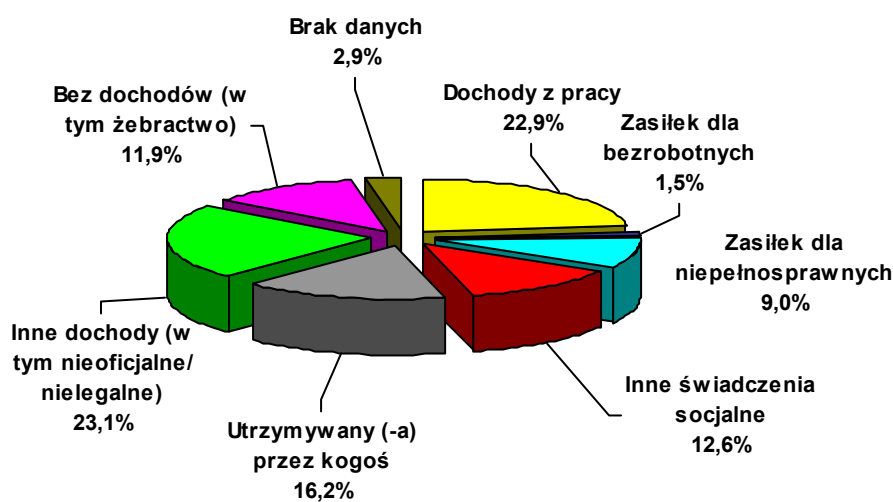
Respondentów pytano także o to z kim mieszkają. Okazuje się, że ponad jedna trzecia mieszka z rodzicami (35%), a jedna czwarta z małżonkiem bądź partnerem (22%). Wspólne mieszkanie z przyjacielem lub przyjaciółmi zadeklarowało 18% ankietowanych. Z dziećmi mieszka tylko 6% respondentów, pomimo, że 35% posiada potomstwo. Samotnie mieszka 14% respondentów, a prawie 8% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie lub mieszka z kimś jeszcze innym.

**Wykres 6. Miejsce zamieszkania badanych (N = 733)**



Respondenci mieli wybrać jedną z odpowiedzi charakteryzującą ich główne źródło dochodów (wykres 7). Utrzymywanie się przede wszystkim z dochodów z pracy zadeklarowało 23% osób, taki sam odsetek respondentów badania żyje przede wszystkim z zasiłków i świadczeń socjalnych (23%). Część badanych utrzymywana była przez inne osoby (16%). Trochę więcej niż co dziesiąty badany odpowiedział, że jest bez dochodów (12%), co mogło również oznaczać, że żyje z żebractwa. Pozostała część respondentów miała inne dochody, tj. 23%, do których zaliczamy także nielegalne i nieoficjalne sposoby zarabiania.

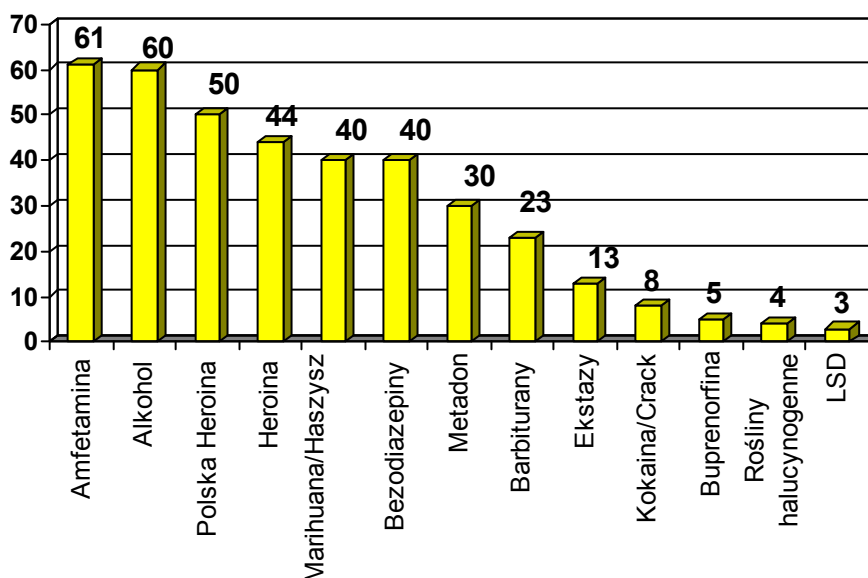
**Wykres 7. Źródło dochodów – odsetki badanych (N = 733)**



### 3.3 Używanie narkotyków

Odbiorcy programów niskoprogowych byli pytani o używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, a także o wzór używania. Na wykresie 7. przedstawiono odsetki badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni.

**Wykres 8. Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni – odsetki badanych (N=733).**

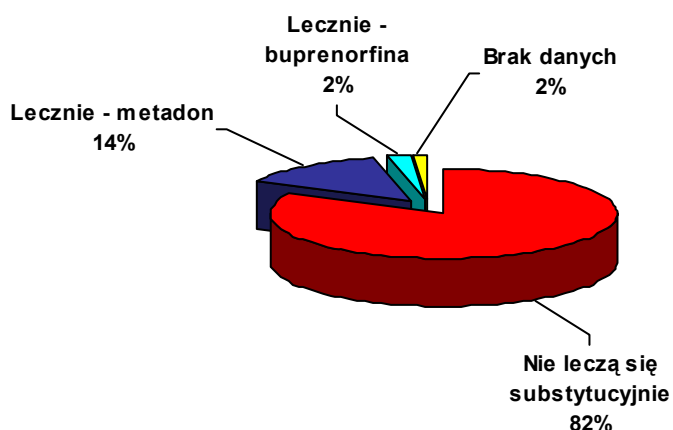


Najbardziej popularnym narkotykiem były opiaty - trzy czwarte badanych (76%) w ciągu ostatnich 30 dni sięgało po heroinę, polską heroinę - „kompot”, metadon lub buprenorfinę. Odsetek nie został przedstawiony na wykresie, ponieważ zaprezentowano na nim używanie poszczególnych substancji. Połowa ankietowanych używała polskiej odmiany heroiny. Średni wiek użytkownika opiatów był trochę wyższy od całej badanej populacji i wyniósł 34 lata, w tej grupie 72% stanowili mężczyźni, podobnie jak w całej próbie.

Na drugim miejscu pod względem popularności znalazła się amfetamina (61%) a na trzecim alkohol (60%). Takim samym rozpowszechnieniem używania charakteryzują się konopie oraz benzodiazepiny (40%). Barbiturany używał w ciągu 30 dni przed badaniem niemal co czwarty badany (23%). Zażywanie ekstazy zadeklarowało 13% respondentów. Pozostałe substancje (kokainę, buprenorfinę, LSD oraz rośliny halucynogenne) używało w ciągu ostatnich 30 dni mniej niż 10% uczestników badania.

Mniej niż co trzeci badany zażywał metadon (30%). Należy wspomnieć, że w tej grupie znalazły się również osoby będące w leczeniu substytucyjnym, ponieważ jedno z pytań w ankiecie dotyczyło udziału w tej formie leczenia. Wśród populacji badanej 16% stanowiły osoby z leczenia substytucyjnego tj. 117 respondentów (metadon i buprenorfina). Średni wiek osób leczących się substytucyjnie był wyższy od średniego wieku wszystkich badanych, a także od średniego wieku użytkowników opiatów i wynosił prawie 37 lat. Niemal wszyscy zażywali narkotyki w zastrzykach (99%), z tego większość w ciągu ostatnich 30 dni (tj. 58% z 117). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż osoby, które zażywały narkotyki w zastrzykach w ciągu ostatnich 30 dni, a leczyły się substytucyjnie, nie muszą oznaczać osób łamiących zasady abstynencji programów metadonowych. Osoby te mogły zacząć leczenie substytucyjne w krótkim czasie przed badaniem, np. tydzień wcześniej, więc pytanie o ostatnie 30 dni obejmowało w ich przypadku okres, w którym nie leczyli się jeszcze substytucyjnie. Ponadto osoby deklarujące się na leczeniu buprenorfiną nie są w programie leczenia substytucyjnego ponieważ nie jest to lek zarejestrowany w Polsce do leczenia substytucyjnego.

#### Wykres 9. Leczenie substytucyjne (z przepisu i pod nadzorem lekarza). (N=733)



**Tabela 4. Częstotliwość zażywania poszczególnych substancji – liczby osób i odsetki.**

Substancja	Częstotliwość zażywania						Ogółem	
	Rzadziej niż raz na tydzień		Od jednego do wielu razy w tygodniu		Codziennie			
	Liczba osób	Odsetki	Liczba osób	Odsetki	Liczba osób	Odsetki	Liczba osób	Odsetki
Heroina	59	19%	92	29%	168	53%	319	100%
Polska heroina	48	13%	89	25%	220	62%	357	100%
Metadon	100	47%	35	16%	79	37%	214	100%
Buprenorfina	24	69%	4	11%	7	20%	35	100%
Kokaina/crack	46	84%	8	15%	1	2%	55	100%
Amfetamina (speed)	148	33%	249	56%	47	11%	444	100%
MDMA, Ekstazy	72	78%	20	22%	-	-	92	100%
Barbiturany	39	24%	74	46%	49	30%	162	100%
Benzodiazepiny	79	27%	136	47%	74	26%	289	100%
LSD, kwasy	16	89%	1	6%	1	6%	18	100%
Rośliny halucynogenne	30	97%	1	3%	-	-	31	100%
Marihuana/haszysz	142	48%	121	41%	32	11%	295	100%
Alkohol	152	35%	214	49%	70	16%	436	100%

Częstotliwość używania poszczególnych substancji psychoaktywnych była zróżnicowana. Codzienne zażywanie deklarowali najczęściej użytkownicy opiatów, a w szczególności polskiej heroiny („kompotu”) oraz heroiny – odpowiednio 62% i 53%. Wśród zażywających amfetaminę, największą grupę stanowiły osoby używające jej od jednego do wielu razy w tygodniu (56%), jedna trzecia zaś deklarowała zażywanie amfetaminy rzadziej niż raz na tydzień, a tylko 11% przyznało, że używa amfetaminy codziennie. Podobną częstotliwością używania wśród badanych klientów programów niskoprogowych charakteryzuje się spożywanie alkoholu – największa grupa spośród pijących alkohol, piła go od jednego do kilku razy w tygodniu (49%), 35% rzadziej niż raz na tydzień, a 16% - codziennie.

Prawie połowa zażywających barbiturany i benzodiazepiny używała ich od jednego do wielu razy w tygodniu (odpowiednio 46% i 47%), a codzienne zażywanie tych substancji zadeklarowało odpowiednio 30% i 26% badanych.

Wśród substancji używanych przeważnie rzadziej niż raz na tydzień znalazły się: rośliny halucynogenne (97% zażywających je robiło to rzadziej niż raz w tygodniu), LSD i kwasy (89%),

kokaina i crack (84%), MDMA, ekstazy (78%), buprenorfina (69%), a także marihuana i haszysz (48%) oraz metadon (47%). Jednak 41% badanych paliło marihuanę lub haszysz od jednego do kilku razy w tygodniu, a 37% zażywających metadon, przyjmowało go codziennie (w tym osoby objęte leczeniem substytucyjnym).

**Tabela 5. Wzór przyjmowania poszczególnych substancji\*.- odsetki badanych**

Substancja	Wzór przyjmowania								Ogółem - Liczba osób
	Doustnie		Wstrzyknięcie		Wdychanie		Inhalacja, palenie		
	l.os.	%	l.os.	%	l.os.	%	l.os.	%	
Heroina	2	1	298	93	9	3	27	9	319
Polska heroina	3	1	348	98	-	-	1	0	357
Metadon	207	97	3	1	-	-	-	-	214
Buprenorfina	34	97	1	3	-	-	-	-	35
Kokaina/crack	2	4	11	20	35	64	10	18	55
Amfetamina (speed)	31	7	377	85	87	20	5	1	444
MDMA, Ekstazy	89	97	7	8	-	-	-	-	92
Barbiturany	149	92	13	8	-	-	-	-	162
Benzodiazepiny	233	81	83	29	-	-	-	-	289
LSD, kwasy	18	100	1	6	-	-	-	-	18
Rośliny halucynogenne	29	94	-	-	-	-	2	7	31
Marihuana/ haszysz	10	3	-	-	11	4	270	92	295
Alkohol	436	100	-	-	-	-	-	-	436

- Odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ była możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

Opiaty, poza metadonem i buprenorfiną przyjmowanymi przeważnie doustnie, zażywane są zdecydowanie najczęściej poprzez iniekcje (93% zażywających heroinę oraz 98% zażywających „kompot”). Badani klienci programów niskoprogowych przyjmują dożylnie także amfetaminę – w ten sposób przyjmuje ją 85% używających tę substancję. Heroinę w drodze palenia przyjmuje 9% używających tej substancji.

Barbiturany i benzodiazepiny przyjmowane są najczęściej doustnie, jednak 8% zażywających barbiturany i 29% zażywających benzodiazepiny przyjmuje je drogą iniekcyjną.

### 3.4 Substancja najbardziej problemowa

W trakcie wywiadów badanych pytano, która z używanych przez nich substancji powoduje największe problemy. Na pierwszym miejscu respondenci wymieniali opiaty (60% łącznie z metadonem i buprenorfiną), na drugim amfetaminę (17%), a na trzecim alkohol (13%).

Analiza zależności pomiędzy wiekiem respondentów a wskazywaną substancją najbardziej problemową wykazała, że w najmłodszej grupie wiekowej (15-19 lat) najczęściej



problemy powoduje amfetamina – takiej odpowiedzi udzieliło 43% badanych z tej grupy wiekowej. Wśród badanych w wieku od 20 do 49 lat za przynoszące im najwięcej szkód uzależnieni uważają heroinę oraz polską heroinę, przy czym odsetek wskazujących na polską heroinę rośnie wraz z wiekiem respondentów. Badani w wieku 50-54 lata za powodujący najwięcej problemów uważają alkohol (46% osób w tym wieku).

O wskazanie najbardziej problemowej substancji dla uzależnionego pytano także ankietowanych. Ich odpowiedzi były podobne do odpowiedzi badanych, jednak nieco częściej wskazywali oni na amfetaminę (21%), a nieco rzadziej na alkohol (11%) oraz opiaty (53% łącznie z metadonem).

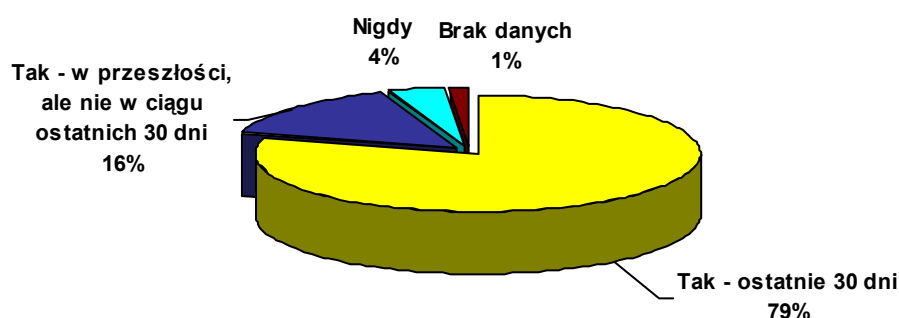
**Tabela 6. Substancja, która według uzależnionego sprawia mu najwięcej problemów – odsetki badanych**

Substancja	Liczba osób	Procent ważnych
Heroina	238	35
Polska Heroina	154	23
Metadon	10	2
Buprenorfina	2	0
Kokaina/ Crack	3	0
Amfetamina	117	17
MDMA/ Ekstazy	-	-
Brabitorany	7	1
Benzodiazepiny	20	3
LSD/ Kwasy	1	0
Rośliny halucynogenne	-	-
Marihuana/ Haszysz	20	3
Alkohol	86	13
Popers	-	-
Leki antydepresyjne	-	-
Środki wziewne	2	0
Inne leki	-	-
Inne	2	0
<b>Ogółem</b>	<b>676</b>	<b>100</b>
Braki danych	57	-
<b>Ogółem</b>	<b>733</b>	<b>-</b>

### 3.5 Używanie narkotyków dożylnie

W trakcie wywiadów poruszano tematykę używania iniekcyjnego. Badani pytani byli o używanie narkotyków w zastrzykach. Średni wiek pierwszej iniekcji respondentów to 17 lat. 23% wszystkich, którzy kiedykolwiek przyjmowali narkotyki dożylnie, pierwszy raz wstrzyknęło sobie jakąś substancję w wieku 15 lub mniej lat. 62% zrobiło to w wieku do 18 lat, a 93% w wieku do 25 lat. W całej badanej populacji 79% używało narkotyków dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni, a 16% w przeszłości, ale nie w ciągu ostatniego miesiąca. 4% respondentów nie używało narkotyków dożylnie (w przypadku 1% brak danych). 89% osób spośród tych, które przyjmowały opiaty w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (tj. 548 osób) używało narkotyków w zastrzykach. W przypadku użytkowników amfetaminy ten odsetek jest niższy i wynosi 58%.

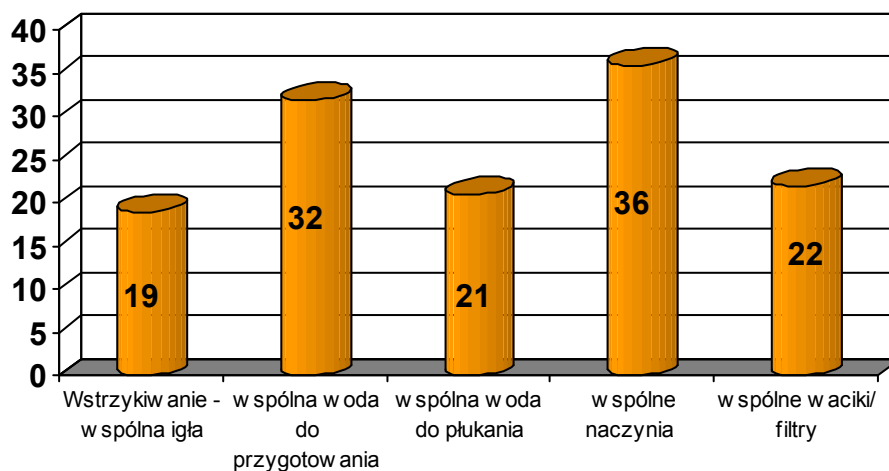
**Wykres 10. Używanie substancji psychoaktywnych drogą dożylną.**



### 3.6 Zachowania ryzykowne oraz status HIV i HCV

Kolejnym zagadnieniem stanowiącym zakres tematyczny wywiadu były zachowania ryzykowne, jakie podejmowali użytkownicy narkotyków podczas iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni (wykres 11). Najczęściej badani używali tych samych naczyń np. łyżeczki (36%). Niemal co trzeci respondent korzystał ze wspólnej wody do przygotowania (32%). Podobne odsetki używały tych samych wacików i filtrów (22%) oraz wody do płukania tzw. „sprzętu” (21%). Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli korzystanie z tej samej igły występowało wśród 19% badanych.

**Wykres 11. Zachowania ryzykowne wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 30 dni (N=581) – odsetki badanych.**



Większość respondentów odpowiadała, że miała przeprowadzony test na HIV (70%). 46% spośród tych osób, które miały przeprowadzony test odpowiedziało, że jest zakażona wirusem HIV. Analizując grupę 236 osób (175 mężczyzn oraz 61 kobiet), która wykonała test i miała pozytywny wynik odnotowujemy, że 68% osób z tej grupy było u lekarza z tego powodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a leczenie podjęło 40%.

Należy dodać, że dwie trzecie ankietowanych, spośród tych, którzy mieli wykonany test na obecność wirusa HIV, poddali się temu testowi dawniej niż roku temu (67%), tylko 12% w tej grupie wykonało test w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a 17% - wcześniej niż pół roku temu, ale nie dłużej niż rok temu. Można zatem przypuszczać, że część osób mogła zarazić się wirusem HIV w czasie pomiędzy ostatnim badaniem a przeprowadzaną ankietą.

Ponadto respondentów pytano o ich status serologiczny związany z żółtaczką typu C. Podobny odsetek badanych odpowiedział, że nie wykonał testu na przeciwdziała WZW C (31%), jak w przypadku wirusa HIV. Rozpowszechnienie wirusa typu C jest znacznie większe niż HIV. Wśród 503 osób, które wykonały test na żółtaczkę typu C, cztery piąte miało wynik pozytywny (81%). Rozpowszechnienie wirusa WZW C jest o wiele wyższe niż HIV, co wynika również z innych badań<sup>5</sup>. Wśród osób, które wiedziały o swoim zakażeniu WZW C, 35% odbyło wizytę lekarską, a tylko 14% leczyło się lub leczy z powodu tej choroby.

Podobnie, jak w przypadku testu na obecność wirusa HIV, większość badań w kierunku rozpoznania zakażenia żółtaczką typu C, ankietowani wykonali ponad rok temu (69%). Tylko

<sup>5</sup> Magdalena Rosińska, Andrzej Zieliński „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 2004

niecałe 10% z nich wykonywało to badanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a 14,5% - poddało się testowi na WZW C w okresie pomiędzy pół roku a rokiem.

### 3.7 Pozbawienie wolności

W wywiadzie zadano także pytanie o pozbawienie wolności w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 19% osób przyznało, że przebywały w areszcie lub więzieniu w ciągu roku przed badaniem. Wśród tych osób zdecydowanie przeważali mężczyźni, stanowiąc 81% pozbawionych wolności w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jeśli weźmiemy pod uwagę wiek, to najliczniejszą grupę pozbawionych wolności tworzyły osoby w przedziale wieku 30-34 lata (27%). Zaś łącznie osoby w wieku 25-39 lat obejmowały ponad dwie trzecie wszystkich pozbawionych wolności (69%).

**Tabela 7. Liczba pobytów w więzieniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy z podziałem na płeć.**

Liczba pobytów w więzieniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Płeć		Ogółem
	Mężczyzna	Kobieta	
Brak danych	9	2	11
1	79	21	100
2	19	1	20
3	5	2	7
6	1	0	1
20	1	0	1
<b>Ogółem</b>	<b>114</b>	<b>26</b>	<b>140</b>

Większości badanych przebywających w areszcie lub więzieniu w ciągu ostatniego roku przed badaniem zdarzyło się to raz (71%), jednakże 14% zostało pozbawionych wolności dwa razy, a 6% osób – 3 i więcej razy.

Prawie połowa spośród przebywających w więzieniu przyznała, że zażywała w zakładzie karnym narkotyki (44%). Blisko jedna trzecia pozbawionych wolności zażywała w więzieniu narkotyki drogą dożylną (28%), natomiast ponad jedna piąta (21%) dzieliła się strzykawkami. Wdychanie jakiegokolwiek substancji w trakcie pobytu w więzieniu zdarzyło się 32% badanych pozbawionych wolności w ciągu ostatniego roku przed badaniem.

### 3.8 Przedawkowanie narkotyków przez badanych

Kwestionariusz zawierał również pytanie o przedawkowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Przedawkowanie zdarzyło się 17% klientów programów niskoprogowych w okresie roku przed badaniem. Zdecydowanie częściej przedawkowania doświadczali mężczyźni (77% przedawkowań). Prawie jedna trzecia przedawkowań dotyczyła osób pomiędzy 25 a 29 rokiem życia, jedna piąta (21%) - osób w przedziale wiekowym 30-34 lata.

**Tabela 8. Przedawkowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wieku.**

Wiek	Częstość	Procent
15-19	3	3%
20-24	11	9%
25-29	38	31%
30-34	26	21%
35-39	18	15%
40-44	17	14%
45-49	5	4%
50-54	2	2%
55-59	2	2%
<b>Ogółem</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

Wśród przedawkowywanych substancji najczęściej wymieniano heroinę (85%), następnie benzodiazepiny (32%), polską heroinę (27%) oraz alkohol (24%), a także barbiturany (17%) i amfetaminę (15%) i inne leki (10%). Odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ można było wymienić trzy substancje.

**Tabela 9. Częstość przedawkowania według substancji.**

Przedawkowana substancja		
	Częstość	Procent*
Heroina	70	85%
Benzodiazepiny	26	32%
Polska Heroina	22	27%
Alkohol	20	24%
Barbiturany	14	17%
Amfetamina	12	15%
Metadon	3	4%
Środki wziewne	1	1%
Opiaty	1	1%
Marihuana/Haszysz	1	1%
Buprenorfina	1	1%
Leki antydepresyjne	1	1%
Inne leki	8	10%

\*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż była możliwość kilku odpowiedzi.

### **3.9 Pobyt w szpitalu**

Pobyt w szpitalu przez co najmniej jedną noc (z wyłączeniem pogotowia) w ciągu 12 miesięcy przed badaniem był udziałem 38% badanych klientów programów niskoprogowych. Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu był odwyk (67%). Drugim w kolejności powodem przebywania w szpitalu okazały się problemy psychiatryczne – prawie jedna czwarta badanych wymieniła je jako przyczynę przebywania w szpitalu (24%). W przypadku 19% badanych, ich pobyt w szpitalu wiązał się z zakażeniem HIV bądź żółtaczką typu C.

**Tabela 10. Przyczyny pobytu w szpitalu.**

Przyczyna pobytu w szpitalu	Częstość	Procent*
Odwyk	188	67%
Problemy psychiatryczne	64	24%
HIV/żółtaczka typu C	50	19%
Inne	57	21%

\*Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż była możliwość kilku odpowiedzi.

Do ośrodka dla narkomanów w ciągu ostatniego roku zostało przyjętych 77 ankietowanych, co stanowi 11% badanej grupy. Zdecydowana większość z nich (72 osoby) przebywała w ośrodkach mniej niż 3 razy podczas ostatnich 12 miesięcy.

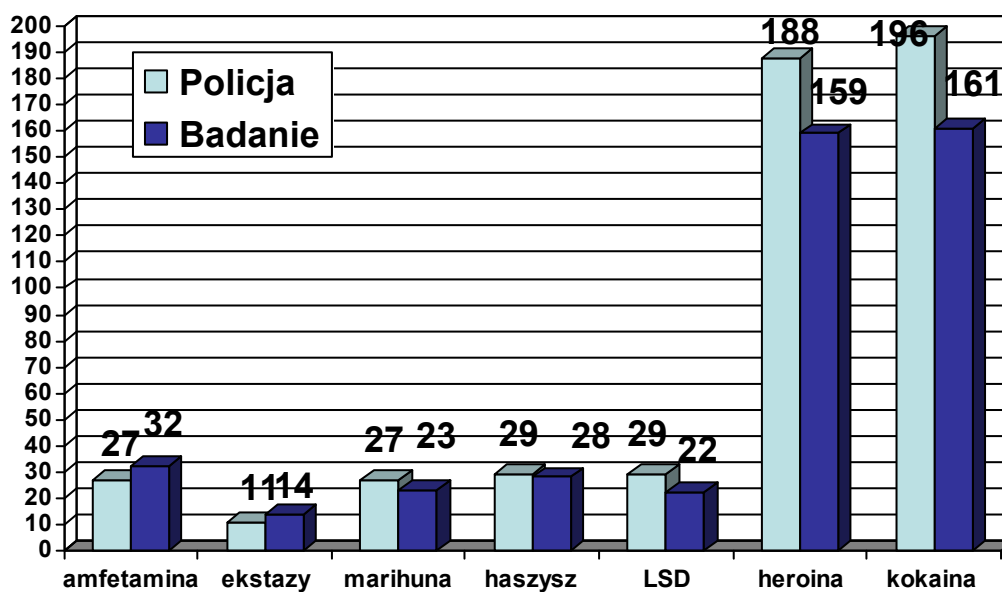
### **3.10 Ceny narkotyków**

W trakcie wywiadów ankietowani proszeni byli o podanie ceny ostatniego zakupu poszczególnych narkotyków. W tabeli 11 przedstawione zostały ceny średnie, modalne, najniższe oraz najwyższe. Z analizy, po konsultacjach z realizatorami wywiadów z organizacji pozarządowych wykluczone zostały ceny skrajne za wysokie lub za niskie, które były najczęściej cenami innej ilości np. w przypadku ceny heroiny to była cena ćwiartki, a nie grama. Liczba próbek oznacza liczbę podanych cen, które zostały wykorzystane do obliczenia średniej i najczęściej występującej, czyli modalnej. Ceny z badania są zbliżone do cen ze statystki policyjnej. Oprócz średniej ceny, która jest podatna na skrajne wartości, została wygenerowana cena modalna. Średnia cena marihuany za gram wyniosła 23 zł, a haszyszu 28 zł. Średnia cena centymetra „kompotu” obliczona została na poziomie 9 zł. Ponad połowa badanych kupowała go nieznacznie drożej płacąc 10 zł. Gram amfetaminy osiąga średnią cenę 32 zł, a prawie, co czwarty kupując płacił 40 zł. Cena brązowej heroiny wynosi 159 zł, jedna czwarta kupujących zapłaciła 120 zł. Znaczna różnica występuje w przypadku cen LSD, która jest niższa o 7 zł od cen z danych Policji. 44% osób kupujących zapłaciło za LSD 30 zł, czyli prawie cenę średnią według danych Policji (wykres 12).

**Tabela 11. Ceny narkotyków w 2008 r. według danych z badania klientów programów niskoprogowych**

Jednostka	Amfetamina	Ecstasy	Kokaina	Heroina „Brown Sugar”	Haszysz	LSD	Marihuana	Polska heroina
	gram	tabletki	gram	gram	gram	listek	gram	1 cm <sup>3</sup>
Ceny minimalne i maksymalne	15- 55	5-30	100-300	95-350	20-50	5-50	15-35	5- 15
Średnia cena	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>161</b>	<b>159</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>9</b>
Najczęściej występująca	40	20	150	120	30	30	20	10
Liczba próbek	455	85	174	223	167	85	285	391

**Wykres 12. Średnie ceny narkotyków według danych Policji oraz otrzymane z wywiadów z odbiorcami programów w 2008 roku.**





### 3.11 Charakterystyka programów niskoprogowych.

W badaniu dotyczącym zakresu oferowanych usług udział wzięło 12 placówek realizujących programy niskoprogowe w 2008 roku. Programy te powstały w latach 1995-2007. Zdecydowana większość z nich (11) prowadzona jest przez organizacje pozarządowe nie działające dla zysku.

10 placówek prowadziło stacjonarną wymianę igieł i strzykawek, 7 – wymianę uliczną, a dwie placówki realizowały wymianę także w formie punktów mobilnych (np. minibus).

Spośród 12 programów, 9 działało w centrach wielkich miast, 3 – na pozostałych terenach miejskich. Profil lokalnej sceny narkotykowej na terenie działania większości programów reprezentuje typ otwarta – rozproszona (7 programów), 3 sceny narkotykowe określone zostały jako ukryte, natomiast dwie jako otwarte – skupione.

Łączna liczba godzin tygodniowo w których program jest otwarty dla klientów wahała się pomiędzy 12 a 168 godzin, średnio było to 59 godzin. 4 programy czynne były także między godziną 20 a 8 rano, a 6 programów oferowało pomoc w weekendy.

Wszystkie programy niskoprogowe kierują swoje działania do użytkowników opiatów. Dla większości programów ważną grupą docelową są także użytkownicy stymulantów oraz osoby bezdomne – taką grupę docelową wskazało odpowiednio 9 i 8 programów. Połowa programów kieruje swoje działania do kobiet, 5 programów uwzględnia również osoby świadczące usługi seksualne. Jedna trzecia programów skierowana jest do osób małoletnich oraz homoseksualistów. Po 3 programy miały klientów przebywających w zakładzie karnym lub areszcie, migrantów bądź przedstawicieli grup etnicznych. Dwa programy kierują swoje działania do jeszcze innych grup docelowych.

Wśród klientów od 10% do 40% to kobiety. Średnio 22% klientów stanowiły kobiety. Biorąc pod uwagę przedziały wiekowe klientów programów niskoprogowych, średnio 11% stanowiły osoby poniżej 20 roku życia, najliczniejsza była grupa klientów w wieku od 21 do 40 lat – średnio 69% klientów wszystkich programów, 18% stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat, a klienci powyżej 50 roku życia stanowili średnio tylko 2% wszystkich odbiorców programów niskoprogowych.

Odsetek problemowych użytkowników narkotyków wśród klientów 5 programów oceniony został jako większy niż 91%, wśród klientów kolejnych 5 programów – jako większy niż 51% ale mniejszy niż 90%. Jeden program zaraportował odsetek problemowych użytkowników narkotyków wśród swoich klientów jako mieszczący się w przedziale 11%-50%.

Najpopularniejszymi substancjami psychoaktywnymi stosowanymi przez klientów badanych programów były w kolejności: opiaty, amfetamina i marihuana.

Wśród personelu ośmiu badanych programów zatrudniani są aktywni bądź byli użytkownicy narkotyków. Polityka szkoleniowa w formie pisemnej istnieje w przypadku tylko jednego programu. Natomiast zdecydowana większość – 10 programów – prowadzi dla swojego personelu szkolenia o różnej tematyce, m.in. w zakresie oceny ryzyka w sferze kontaktów seksualnych oraz w zakresie prowadzenia edukacji na temat redukcji tego ryzyka, w zakresie oceny ryzyka przyjmowania narkotyków, prowadzenia interwencji podczas wypadków związanych z narkotykami.

Personel 10 programów jest regularnie informowany o zasadności szczepień przeciwko WZW B, także w przypadku 10 programów istnieją pisemne Kodeksy Postępowania w przypadkach skażeń igłą. 4 programy regularnie szczepią pracowników przeciwko WZW B.

W Tabelach 12, 13., i 14. przedstawiono liczby programów oferujących poszczególne usługi dla klientów w 2008 roku.

Wszystkie 12 programów prowadziło wymianę igieł i strzykawek, większość oferowało też gaziki nasączone alkoholem, suche gaziki oraz pojemniki na odpady medyczne.

Ośrodek typu „drop-in”, czyli świetlicę o otwartym dostępie prowadziło 5 programów, jednak w żadnej ze świetlic nie oferują się klientom posiłku. 8 programów ma w swojej ofercie usługi związane z higieną osobistą: osiem dystrybuje prezerwatywy, sześć programów dystrybuje odzież, ale jedynie w dwóch można się wykapać lub wyprać ubranie. Tylko jeden na 12 programów oferuje możliwość noclegu, dysponując 30 łózkami.

Trzy spośród 12 programów realizuje programy pomocowe również w zakładach karnych, łącznie obejmując taką opieką 9 zakładów karnych.

Tylko jeden program, według ankiety, posiada pokój bezpiecznej konsumpcji.

**Tabela 12. Infrastruktura i zakres oferowanych usług – liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku.**

	<b>Liczba programów</b>		<b>Liczba programów</b>
<b>Ośrodek typu „drop-in” / klub / świetlica (otwarty dostęp)</b>	5	Posiłek (min. kanapka)	0
		Rozrywka (gry, TV)	3
		Dostęp do telefonu	4
		Dostęp do Internetu	4
<b>Pomoc uliczna</b>	9		
<b>Możliwość odpoczynku w ciągu dnia</b>	3	Liczba łóżek	b.d.
<b>Infrastruktura noclegowa</b>	1	Liczba łóżek	30
<b>Higiena osobista</b>	8	Wanna/prysznic	2
		Pralnia	2
		Dystrybucja odzieży	6
		Dystrybucja prezerwatyw dla mężczyzn	8
<b>Usługi w zakresie redukcji zagrożeń dla zdrowia związanych z używaniem narkotyków</b>	12	Strzykawki i Igły	12
		Gaziki nasączone alkoholem	10
		Suche gaziki	9
		Materiały informacyjne nt. chorób wirusowych przenoszonych przez krew/iniekcję	11
		Kwas cytrynowy lub askorbinowy	0
		Filtry	1
		Sterylny pojemniki do mieszania	0
		Woda (rozpuszczanie, splukiwanie)	6
		Pojemniki na odpady medyczne	10
		Folia (aluminiowa) do inhalacji narkotyków	2
		Rurki do palenia cracku	0
		Słomki do wciągania narkotyków nosem	0
<b>Pokoje bezpiecznej konsumpcji</b>	1	Liczba stanowisk iniekcyjnych	2
		Liczba stanowisk do palenia / wdychania	2
<b>Programy pomocowe realizowane w zakładach karnych</b>	3	Liczba regularnie odwiedzanych zakładów karnych	9
<b>Skierowania towarzyszące</b>	10	Kontrola skierowań	4

Najpowszechniej oferowane usługi z zakresu opieki społecznej to ocena potrzeb socjalnych, pomoc w załatwianiu formalności, kierowanie do odpowiednich placówek oraz doradztwo prawne i w zakresie świadczeń socjalnych.

**Tabela 13. Opieka społeczna - liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku.**

	<b>Liczba programów</b>
Ocena podstawowych potrzeb socjalnych	11
Doradztwo prawne	9
Doradztwo mieszkaniowe	6
Doradztwo w zakresie świadczeń socjalnych / pomocy finansowej / obsługi zadłużenia	8
Pomoc w załatwianiu formalności (np. książeczki ubezpieczeniowej, dokumentacji potrzebnej do uzyskania świadczeń socjalnych, prawa jazdy, dowodu osobistego)	11
Doradztwo zawodowe / pomoc w znalezieniu zatrudnienia	4
Krótką informacją nt. aspektów zdrowotno-socjalno-prawnych i skierowanie do odpowiedniej placówki	11
Ustrukturyzowane dzienne zatrudnienie (zatrudnienie dorywcza – praca za pośrednictwem programu)	0
Doradztwo i pomoc wychowawcza	7

Interwencje kryzysowe oraz poradnictwo psychologiczne prowadzą niemal wszystkie programy. Pracę grupową lub grupy samopomocowe prowadzą odpowiednio 4 i 3 programy.

**Tabela 14. Interwencje kryzysowe, poradnictwo psychologiczne oraz inne ustrukturyzowane formy pomocy psychologicznej - liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku.**

	<b>Liczba programów</b>
Interwencja kryzysowa	11
Poradnictwo psychologiczne, krótka interwencja / wywiad motywacyjny	12
Zarządzanie przypadkiem	8
Praca grupowa	4
Grupy samopomocowe	3

W zakresie opieki medycznej programy prowadzą przede wszystkim działania doraźne i bezpośrednio związane z zagrożeniami wynikającymi z używania narkotyków, tzn. interwencje w przypadku przedawkowań, opatrywanie ran, ocenę ryzyka związanego z zażywaniem oraz ryzyka w sferze kontaktów seksualnych. Zdecydowanie mniej programów oferuje pozostałe usługi medyczne. Żaden program nie oferuje możliwości leczenia chorób zakaźnych, żaden nie prowadzi poradni ginekologicznej, czy stomatologicznej.

**Tabela 15. Opieka medyczna/pielęgniarska/paramedyczna - liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku.**

	<b>Liczba programów</b>
Podstawowa diagnoza zdrowotna	4
Ocena zagrożeń związanych z używaniem	12
Ocena zagrożeń w sferze kontaktów seksualnych	10
Interwencje w przypadku przedawkowań	12
Opatrywanie ran	9
Poradnia chorób przenoszonych drogą płciową (diagnozuj i lecz)	2
Opieka stomatologiczna	0
Poradnia ginekologiczna, zdrowia kobiet i planowania rodziny	0
Możliwość wykonania testów ciążowych	1
Leczenie HIV, gruźlicy, WZW C pod bezpośrednim nadzorem personelu (ang. DOT), podawanie leków w terapii antyretrowirusowej w zakażeniach wirusem HIV (ang. HAART)	0
Możliwość wykonania badań diagnostycznych pod kątem HIV	4
Możliwość wykonania badań diagnostycznych pod kątem WZW C	2
Możliwość wykonania badań diagnostycznych pod kątem WZW B	2
Możliwość wykonania szczepień przeciw WZW B	1
Możliwość wykonania szczepień przeciw tężcowi	0
Przepisywanie leków substytucyjnych	2
Wydawanie leków substytucyjnych	0
Klienci korzystają z leczenia substytucyjnego bądź innych form leczenia uzależnienia od narkotyków w ramach programu objętego (krajowym) systemem sprawozdawczym leczenia uzależnień od narkotyków	3

### 3.12 Dyskusja

Z otrzymanych danych wynika, że w ostatnich latach spada liczba programów wymiany igieł i strzykawek oraz liczba punktów wymiany. Powyższa sytuacja może być spowodowana występowaniem kilku czynników:

- brak wystarczających środków finansowych, ponieważ po wycofaniu się międzynarodowych organizacji z finansowania programów wymiany, gminy, które stopniowo stają się główną instytucją finansującą przeciwdziałanie narkomanii, w niewielkim stopniu wspierają programy redukcji szkód. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia nie przeznaczają środków na wymianę igieł i strzykawek czy punktów typu „drop-in”;
- otwieranie nowych placówek metadonowych, w których leczenie podejmują dotychczasowi odbiorcy programów wymiany;
- prawdopodobny spadek popularności iniekcyjnego używania narkotyków;
- zanik otwartych scen narkotykowych, czyli tzw. bajzli, np. w Poznaniu, Szczecinie czy Gdańsku, które są miejscem działania street workerów.
- brak chętnych podmiotów do otwierania nowych programów w miejscach gdzie byłyby one potrzebne

Pomimo zmniejszania się liczby programów, średnia liczba igieł dystrybuowana na jednego użytkownika jest podobna w roku 2004 i 2008, co oznacza, że nie zmniejszyła się dostępność dla tych, którzy potrzebują czystych igieł. Może to być jedno z uzasadnień faktu, iż pomimo spadającej dostępności programów wymiany, nie wzrasta liczba nowych zakażeń z powodu HIV<sup>6</sup> wśród dożylnych użytkowników narkotyków.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można spróbować zbudować profil przeciętnego iniekcyjnego użytkownika narkotyków - odbiorcę programu niskoprogramowego. Będzie to osoba w wieku około 30 lat, raczej mężczyzna niż kobieta. Status zawodowy to osoba niepracująca z wykształceniem poniżej średniego. Podstawy narkotyk to opiat zażywany iniekcyjnie.

Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli używanie tej samej igły jest najmniej rozpowszechnione wśród badanych. Nie zmienia to faktu, że co piąty badany podejmował takie ryzykowne zachowanie, a więcej niż co trzeci badany używa tych samych „sprzętów” do iniekcji np. łyżeczki.

---

<sup>6</sup> Marta Struzik „System monitorowania zjawiska chorób zakaźnych związanych z narkotykami” SIN nr 3 (42)2008

W badaniu zidentyfikowana została grupa osób leczących się metadonem, zażywających aktualnie iniekcyjnie narkotyki (około 7%), która do tej pory nie była przedmiotem zainteresowania badaczy. Można podejrzewać, że wraz ze wzrostem liczby programów metadonowych, będzie zwiększać się grupa osób w leczeniu substytucyjnym, która iniekcyjnie używa narkotyki.

Wśród badanych osób w o wiele większym stopniu rozpowszechniony jest WZW C niż HIV. Niepokojącym może być fakt, że niewiele osób podjęło leczenie w związku z WZW C lub zgłosiło się z powodu tego wirusa do lekarza. Ponadto, co trzecia osoba nigdy nie badała swojego statusu serologicznego, a jak wynika z badania nadal istnieje grupa osób, która używa wspólne igły.

Na polskiej scenie narkotyków opiatowych pojawił się metadon, używany nie tylko w celach medycznych. Nadal popularna jest polska heroina, czyli „kompot”. Powtórzenie badania w 2010 roku pozwoli sprawdzić, czy metadon staje się coraz bardziej popularny oraz czy heroina nadal będzie dominować, jak wynika to z pomiaru w 2008 roku.

#### **4. English summary**

In 2008 the NFP conducted the first nationwide survey in clients of low threshold programmes. The study aimed to find out patterns of drug use, risky behaviours and HIV and HCV status of problem drug users. The survey included facilities which provided services for drug users such as needle and syringe exchange programmes and drop-in centres for active drug users. As a result of the study information was collected on the group that was not covered by the general population studies or medical statistical records.

For the first time detailed data were obtained on problem drugs users as all the study participants met the EMCDDA criteria of a problem drug user<sup>7</sup>.

- **Research method and tools**

The questionnaire in its original version was designed by the French Focal Point (OFDT) and complied with the protocols of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA: treatment demand indicator (TDI) and drug-related infectious diseases (DRID). Based on the above documents a set of questions was designed in relation to: socio-demographic profile of a drug user, drug use and routes of administration, risky behaviours and prevalence of blood-borne diseases. The questionnaire was adapted to the Polish conditions. In the case of individuals who refused to participate in the study, an abridged version of the questionnaire was completed. It included basic information on a person who had refused to take part in the study such as age, gender, the most problem drug.

- **Implementation**

During a period of two weeks (from 24 November to 7 December 2008) staff members of low threshold programmes (needle and syringe exchange or drop-in centres for active drug users) held questionnaire interviews with all clients of a given programme (full sample). Contacts were made through drug users in order to exchange the injecting equipment, give advice, support or simply have a talk. The study was launched at the same time as in France; however, it lasted one week longer. The respondents' identities were coded in order to prevent double counting and guarantee anonymity.

---

<sup>7</sup> According to EMCDDA definition, a problem drug use is injecting drug use or long duration/regular use of opiates, cocaine and/or amphetamines.



- **Low threshold programs in Poland**

For several years the National Focal Point has been monitoring harm reduction activities. Every two years needle and syringe exchange programmes receive a questionnaire including such items as the number of needles and syringes distributed. Between 2002 and 2008 the number of needle and syringe exchange programmes fell from 21 to 13. The number of cities where such services are offered also fell from 23 to 11. In 2008, there were 27 exchange points in Poland, which constitutes a slight increase in the last year. Comparing the number of points to the launch year of 2004 we record a decrease of 50%. Harm reduction activities are performed on a large scale in Warsaw and Krakow. Apart from stationary and street exchange, street workers use bikes. Drop-in centres are also actively taking part in the exchange. In Krakow apart from stationary and street exchange there is a van, which reaches other cities, e.g. Katowice.

The results of the survey in low threshold programmes show that since 2005 the number of exchange clients and contacts has been steadily falling. The most clients participated in the programmes in 2005: 5 091, with an average of 17 contacts per year. In 2008, which is the latest for available data, 3 101 users benefited from the exchange programmes. Staff of the exchange programmes recorded 43 323 contacts, which is a fall of almost 50% compared to 2004. The number of clients in this period decreased by 33%.

Along with the fall in the exchange programmes and points, there was a fall in the number of needles and syringes distributed. The most needles (731 832) and syringes (545 738) were distributed in 2004. In 2008, the number of syringes and needles distributed was the lowest since 2002: 432 720 needles and 318 054 syringes. Despite the fall, an average number of needles per user in 2004 is not so much lower compared to 2008: 159 in 2004 and 140. In the period under study the number of needles distributed per user was never lower than 120 .

- **Characteristics of the population under study**

The study included all low threshold programmes in Poland located in the following cities: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programmes), Jelenia Góra, Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów, Katowice, Warszawa (3) – 13 programmes in total. The analysis included 733 interviews with the respondents who agreed to take part in the study. The most interviews were conducted in Warsaw (close to 300) and then in Kraków – every fifth respondent. Almost half of the respondents were recruited in the street exchange programmes (47%), every fourth in a residential programme i.e. a counselling centre or a night shelter. 16% of the study participants were clients of drop-in centres for active drug users.

The new form of reaching drug addicts is the mobile needle exchange by means of bicycles in Warsaw and a van in Kraków. In such settings 9% of all participants were interviewed. In 3% of the interviews no data on the type of the programme are given. The majority of interviewees were male (69%). The average age was 33 (median 31), 34 for males and 30 for females. The most male respondents were aged 30-34 (23% of all males). The most females were aged 25-29 (31% of all females). The oldest respondent was 85 years of age and the youngest 15.

The analysis of education of the study population shows that every third respondent had primary (33%) or secondary (32%) education. The remaining participant had vocation education (27%). Far lower rates were recorded with reference to middle school education (4%) or higher education (3%). In 1% of the respondents the information concerning education was missing.

The participants were asked about their living conditions. The majority i.e. almost 75% had permanent place of residence, defined as a possibility of residing for the period of at least 6 months in the same location. 15% of the interviewees had temporary residence. More a quarter of the respondents (27%) lived on their own; however, far more participants i.e. 44% lived at somebody's place i.e. family, friends. 9% of the participants benefit from institutional housing services, including 4% on a permanent and 5% on a temporary basis. Every tenth participant lived temporarily with somebody. Similar proportion (3%) lived in squats or were homeless (7%).

The respondents were asked to select the main source of personal income. The most numerous group lived off social benefits and allowances (24%) and slightly fewer participants had a paid job (22%). Some participants were supported by others (16%). Slightly more than every tenth respondent answered that he or she has no source of income (12%), which might as well have meant that they lived off begging. The remaining respondents (23%) had other sources of income, including illegal and unofficial earning methods.

- **Drug use**

Beneficiaries of low threshold programme were asked about the psychoactive substances they had used in the last 30 days prior to survey and the pattern of drug use. First nine most frequently used psychoactive substances used by the respondents.

The most prevalent drug were opiates (76%), which means that three quarters of the respondents took heroin, Polish heroin "kompot" (homemade poppy extract) or methadone. Half of the respondents used the Polish variety of heroin. An average age of an opiate user was

slightly higher than in the whole study population and 34. Similarly to the whole study population 72% were males in this sub-group.

Second in terms of popularity was amphetamine (61%), alcohol ranked third (60%). Cannabis and benzodiazepines are prevalent in the same extent (40%). Less than every third participant used methadone (30%). It must be stressed that this group also included clients of substitution treatment programmes as one of the questions in the survey referred to this form of drug treatment. In the study sample 16% were substitution treatment (buprenorfina and methadone) clients i.e. 117 respondents. Almost all injected drugs (99%) and more than a half had used drugs in the last 30 days (i.e. 58% out of 101).

During the interviews the participants were asked to name the substances that caused the most serious problems. The respondents named opiates in the first place (60%), then amphetamine (17%) and alcohol (13%).

During interviews the problem of injecting drug use was touched upon. The interviewees were asked about the intravenous administration of drugs. An average onset of intravenous use was 17. In the whole study sample 79% of the participants had injected drugs in the last 30 days and 16% had done it in the past; however, not in the last month. 4% of the respondents did not inject drugs (in 1% no data were available). 89% of those who had used opiates in the last 30 days prior to survey (i.e. 548 individuals) were injecting drug users. In the case of amphetamine users the proportion was much lower (58%).

- **Risky behaviours and HIV / HCV status**

Another issue covered by the interview were risky behaviours taken by drug users during injection in the last 30 days. Most often users shared the same receptacles e.g. spoons (36%). Less than third respondent shared the same water to prepare the drug (32%). Similar percentages of the respondents used the same cotton pads and filters (22%) and water for rinsing the injecting equipment (21%). The most risky behaviour i.e. sharing the needles was recorded in 19% of the study participants.

46% of participants who had tested for HIV were positive. Out of the group of 236 participants (175 males and 61 females) who had tested positive 68% had visited a doctor in the last 12 months and 40% had entered treatment. The respondents were asked about the HCV status. Similarly to HIV, the participants who had tested for HCV were used as the baseline. Out of 503 respondents (68%), which is only slightly fewer than the HIV group (513), 81% tested positive. The prevalence of HCV is far higher than HIV, which is confirmed by other<sup>8</sup>. Among those who were aware of their HCV seropositive status 35% had visited a doctor and only 14% had been or were being treated.

- **Drug prices**

In 2008 a survey was conducted in the clients of low threshold programmes. The survey participants were asked to state a price of a most recently purchased drug. Table 25 shows average, modal, lowest and highest drug prices. The number of samples indicates the number of prices given, which were used to calculate the average and the most frequent, i.e. modal, price of a drug. The survey prices are similar to those of the police statistics. Apart from the average price, which is subject to extreme values, a modal price was generated. An average price of marijuana was EUR 5 (PLN 23) and hashish EUR 6 (PLN 28). A cubic centimetre of “kompot” is usually sold at EUR 2 (PLN 9). Over half of the respondents bought it at slightly higher prices of PLN 10. A gram of amphetamine was sold at EUR 7 (PLN 23) on average; nearly every fourth user bought it at EUR 9 (PLN 40). The price of brown sugar was EUR 37 (PLN 159), a quarter of buyers paid EUR 28 (PLN 120) for it. A significant difference occurs in the prices of LSD, which is EUR 2 (PLN 7) lower than the price of the Police data. 44% of LSD buyers paid EUR 7 (PLN 30), which is an average price in the Police figures

---

<sup>8</sup> Magdalena Rosińska, Andrzej Zieliński „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Epidemiology Department of the State Institute of Hygiene, Warszawa 2004

- **Characteristic of low-threshold programs**

The survey on services offered at low-threshold programmes in 2008 included 12 facilities. The programmes were established in 1995-2007. The vast majority (11) were conducted by non-profit NGOs.

10 facilities offered needle and syringe exchange services, 7 – street exchange and 2 facilities offered mobile exchange (e.g. minibuses).

Out of 12 programmes 9 operated in centres of big cities, 3 in other urban areas. The profile of a local drug scene in most programmes was open dispersed (7 programmes), 3 drug scenes were identified as open concentrated.

The total number of hours per week when the programme is open to the public ranged from 12 to 168, 59 on average. 4 programmes were open between 8 pm and 8 am and 6 programmes were open at weekends.

All the low-threshold programmes target opiate users. For the majority of programmes an important target population are stimulants users and the homeless as reported by 9 and 8 programmes respectively. Half of the programmes target women, 5 programmes also include sex workers. A third of the programmes target minors and homosexuals. 3 programmes provided services for inmates of penal institutions or remand centres, migrants or ethnic minorities. Two programmes also target other populations.

Among the clients 10% to 40% were women (22% on average). In terms of age of low-threshold programme beneficiaries, the following average age groups were identified: 11% were aged below 20, 69% were aged 21-40, 18% were aged 41-50 and the clients aged 50 and older constituted only 2% of all beneficiaries of low-threshold programmes.

The proportion of problem drug users in 5 programmes exceeded 91% and in other 5 programmes it ranged from 51% to 90%. One programme reported a proportion of problem drug users between 11% and 50%.

The most prevalent psychoactive substances used by the clients of the programmes were respectively: opiates, amphetamines and cannabis.

The staff of 8 programmes under survey included active or former drug users. A written training policy was found only in one programme. The great majority of the programmes (10) conduct training courses in different fields, e.g. risk assessment in sexual contacts, education on the reduction of this risk, risk assessment of drug use, drug-related interventions.

Staff of 10 programmes were regularly informed of the rationale behind HBV vaccinations. In 10 programmes there also written Codes of Conduct in needle injuries. 4 programmes featured regular staff vaccinations against HBV.

Tables 12, 13 and 14 show programmes which offered respective services in 2008.

All 12 programmes offered needle and syringe exchange. Most of them offered alcohol wipes, cotton pads and medical waste containers.

5 programmes featured drop-in centres, however, none of them offer meals to clients. 8 programmes offer personal hygiene-related services: 8 programmes distribute condoms, 6 programmes distribute clothes; however, there are only 2 programmes where clients can have a shower or do the washing. Only one programme out of 12 offers the option of overnight accommodation (30 beds).

Only 3 out of 12 programmes provide outreach services in penal institutions. 9 penal institutions were covered by the programmes.

Only one programme according to the survey featured a drug consumption facility.

The most prevalent welfare services included: assessment of social needs, assistance in completing formalities, referrals, legal and welfare benefit counselling.

Crisis interventions and psychological assistance were offered in nearly all the programmes. Group therapy and self-help groups are offered in 4 and 4 programmes respectively. In terms of medical care programmes provide mainly emergency services directly related to drug use threats, i.e. overdoses, cleaning and bandaging wounds, risk assessment in drug use and sexual contacts. Far fewer programmes offer other medical services. None of the programmes offered treatment of infectious diseases or featured gynaecological or dental services.

- **Discussion**

Based on the interviews one can try to develop a profile of an average injecting drug user –a low-threshold programme beneficiary. It is a male rather than a female, aged around 30. The professional status is unemployed with education below secondary level. The primary drug is opiates administered intravenously.

The most risky behaviour of sharing the same needle is the least prevalent in the study sample. However, slightly less than every third participant uses the same injecting paraphernalia.

The study revealed a group of participants receiving methadone treatment and currently injecting drugs about 7%. This group had not been the subject of a scientific study before. It may be suspected that along with the rise of methadone programmes the number of substitution programme clients who keep injecting drugs will be rising as well.

In the study sample HCV is much more prevalent than HIV. It can be worrying that few users had entered treatment for HCV or consulted a doctor for this reason. Moreover, every third participant had never tested their serological status despite sharing needles. Polish heroin (kompot) is still popular.

The above data indicate that since 2002 the number of needle and syringe exchange programmes and exchange points has been falling. This situation might be caused by the following factors:

- opening new methadone maintenance facilities where beneficiaries of the exchange programmes enter treatment;
- likely fall in popularity of injecting drug use;
- disappearance of so-called open drug scenes (“bajzle”) e.g. in Poznań, Szczecin or Gdańsk where street workers operate;
- no interest in opening new exchange programmes on the part of the implementers.

Despite the fall in the exchange programmes, an average number of needles distributed per user in 2004 and 2008 is similar, which means that the availability of sterile needles for those in need has not changed. It might justify the fact that despite the falling availability of the exchange programmes, the number of new HIV infections is not rising

## 5. Bibliografia:

1. Malczewski, A. (2006) „Bazy danych w programach redukcji szkód” Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 3 (34) 2006
2. Malczewski, A. (2007) „Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i w Europie”, Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1 (36) 2007  
<http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/49> [10.07.2009]
3. Malczewski, A. (2008) „[Francuskie badanie klientów programów niskoprogowych](#)” Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1 (40) 2008  
<http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/67> [10.07.2009]
4. Malczewski, A. (2009) „Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie” Serwis Informacyjny NARKOMANIA nr 1(45) 2009  
<http://www.narkomania.org.pl/czasopisma/Serwis%20Informacyjny%20Narkomania%204%2843%29-2008.pdf> [10.07.2009]
5. Dagmar Hedrich and the Correlation expert group on data collection “Data-collection Protocol for Specialist Harm Reduction Agencies”, Correlation Network, Holandia 2008  
<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf> [10.07.2009]
6. DRID draft protocol, EMCDDA 2006  
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65537EN.html> [16.07.2009]
7. Rosińska, M., Zieliński, A. (2004) „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 2004  
<http://www.narkomania.gov.pl/pzh.zip> [10.07.2009]
8. Struzik, A (2008) „[System monitorowania zjawiska chorób zakaźnych związanych z narkotykami](#)” Serwis Informacyjny NARKOMANIA 3 (42) 2008 [10.07.2009]



## 6. Załączniki

### 6.1 Tabele i wykresy

Tabela 1. Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce

Tabela 2. Liczby ankiet w poszczególnych programach (po wykluczeniu niektórych respondentów)

Tabela 3. Liczba oraz odsetki kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych

Tabela 4. Częstotliwość zażywania poszczególnych substancji – liczby osób i odsetki

Tabela 5. Wzór przyjmowania poszczególnych substancji\*

Tabela 6. Substancja, która według uzależnionego sprawia mu najwięcej problemów

Tabela 7. Liczba pobytów w więzieniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy z podziałem na płeć

Tabela 8. Przedawkowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wieku

Tabela 9. Częstość przedawkowania według substancji

Tabela 10. Przyczyny pobytu w szpitalu

Tabela 11. Ceny narkotyków w 2008 r. według danych z badania klientów programów niskoprogowych

Tabela 12. Infrastruktura i zakres oferowanych usług – liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku

Tabela 13. Opieka społeczna - liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku

Tabela 14. Interwencje kryzysowe, poradnictwo psychologiczne oraz inne ustrukturyzowane formy pomocy psychologicznej - liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku

Tabela 15. Opieka medyczna / pielęgniarstwa / paramedyczna - liczba programów oferujących daną usługę w 2008 roku

Wykres 1. Liczba programów oraz miast, w których były realizowane programy wymiany igieł i strzykawek w latach 2002–2008 oraz punktów wymiany w latach 2004–2008

Wykres 3. Liczby igieł i strzykawek wydanych w latach 2002 – 2008

Wykres 2. Liczby klientów programów wymiany oraz liczby kontaktów w latach 2004 – 2008

Wykres 4. Odsetki badanych według typu programów wymiany. (N=733)

Wykres 5. Wykształcenie badanych - odsetki (N = 733)

Wykres 6. Miejsce zamieszkania badanych (N = 733)

Wykres 7. Źródło dochodów – odsetki badanych (N = 733)

Wykres 8. Używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni – odsetki badanych.

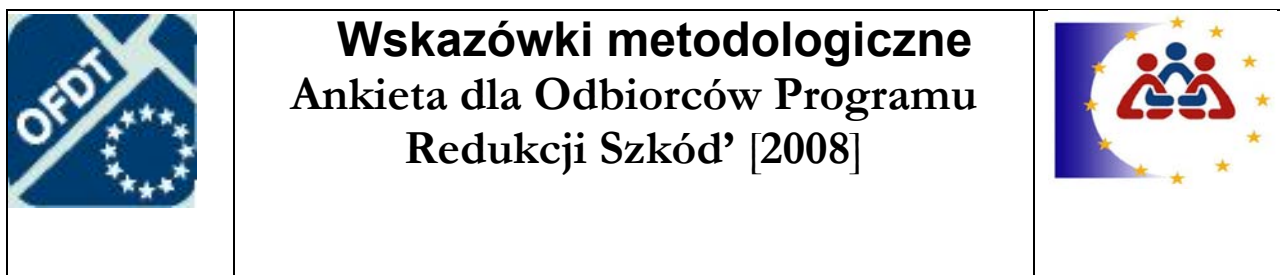
Wykres 9. Leczenie substytucyjne (z przepisu i pod nadzorem lekarza) (N=733)

Wykres 10. Używanie substancji psychoaktywnych drogą dożylną

Wykres 11. Zachowania ryzykowne wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 30 dni (N=581) – odsetki badanych

Wykres 12. Średnie ceny narkotyków według danych Policyjnych oraz otrzymane z wywiadów z odbiorcami programów w 2008 roku

## Załącznik 6.2 Instrukcja dla ankietera



### I. Warunki ogólne i metody zbierania danych

**Kryteria doboru uczestników ankiety.** Kwestionariusz należy wypełnić z każdą osobą **zażywającą narkotyki** przyjętą lub spotkaną przez jednego z pracowników programu redukcji szkód w ramach działalności zawodowej, w swoim miejscu pracy, w czasie od 24 listopada do 7 grudnia włącznie. Może to być zarówno wymiana igieł i strzykawek w programie jak rozmowa z uzależnionym.

**Ankieta może być wypełniona tylko raz z każdym z uzależnionych.** Aby uniknąć błędnych powtórzeń wynikających z tego, że uzależnieni mogą odwiedzać program i/lub być w kontakcie z pracownikami kilkakrotnie w danym tygodniu, uprasza się kierownika programu o stworzenie odpowiednich procedur, które pozwoliłyby na uniknięcie błędnych powtórzeń. W celu uchwycenia ankiet wypełnionych przez tą samą osobę w dwóch różnych programach należy wpisać kod klienta, który składa się z trzech pierwszych liter imienia, dnia i miesiąca urodzenia. Należy pamiętać, że skrót tworzymy od pełnego imienia i tak np. w przypadku Olka skrót powstaje od wyrazu Aleksander. Jeżeli osoba urodziła się 22 września i ma na imię Małgorzata (często nazywana Gosią) to otrzymujemy następujący kod MAŁ2209. Proszę wpisać miasto w jakim realizowany jest program.

#### Metoda zbierania danych

Ankiety należy przeprowadzać wyłącznie w czasie spotkania twarzą w twarz – pracownik programu i uzależniony. W żadnym wypadku nie należy powierzać kwestionariusza osobie uzależnionej do samodzielnego wypełnienia. Zadaniem pracownika będzie w tym wypadku zapewnienie **prawidłowego zrozumienia pytań oraz spójności między odpowiedziami**. Przewidywany średni czas przeprowadzenia ankiety to 10-15 minut.

#### Przesyłanie wypełnionych ankiet do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN)

Po przeprowadzeniu badań, uprasza się programy o przesłanie do CINN wypełnionych kwestionariuszy (kurierem na koszt CINN) najpóźniej **w środę 10 grudnia**. W poniedziałek (**8 grudnia**) proszę powiadomić mailowo CINN o liczbie wypełnionych ankiet.

#### Anonimowość

Wypełnione i przesłane do CINN kwestionariusze nie powinny zawierać żadnych wskazówek pozwalających na zidentyfikowanie ankietowanego uzależnionego.

### II. Pytania

**Nr kwestionariusza** jest przyznawany rosnąco przez program pod koniec przeprowadzania ankiet lub tuż po przeprowadzeniu całego badania w programie, ale przed przesłaniem ich do CINN.

#### Pyt. 3 – Liczba dzieci

Należy uwzględnić wszystkie dzieci ankietowanego, niezależnie od ich statusu (dzieci biologiczne, adoptowane, mieszkające, bądź nie, z ankietowanym). Liczymy tylko własne dzieci ankietowanego.

#### Pyt. 4 – Mieszkanie

Mieszkanie może zostać uznane za **stałe**, jeśli dana osoba ma możliwość zajmowania go przez co najmniej następnych 6 miesięcy lub mieszkanie porównywalne w przypadku planowanej przeprowadzki lub zmiany ośrodka.

Mieszkanie uznaje się za **tymczasowe**, jeśli dana osoba nie ma możliwości na mieszkanie w jednym miejscu przez co najmniej 6 następnych miesięcy.

Dana osoba zajmuje mieszkanie **niezależne**, jeśli sama opłaca czynsz (lub jej bliscy: rodzina, współmałżonek).

Uznaje się, że dana osoba mieszka w **instytucji**, jeśli mieszkanie, które zajmuje jest jej udostępniane przez jakieś stowarzyszenie bądź organizację (nawet, jeśli chodzi o pokój hotelowy).

#### Pyt. 5 – Z kim mieszka uzależniony

Chodzi o obecne warunki życia.

#### Pyt. 6 - Główne źródło dochodów

Pytanie dotyczy sześciu ostatnich miesięcy. Jeśli ankietowany wymienia kilka źródeł dochodu lub jeśli w ciągu ostatnich sześciu miesięcy nastąpiła zmiana statusu, podaje się główny rodzaj dochodów w czasie wskazanego okresu.

**Dochody z pracy** odnoszą się do dochodów pochodzących z czynności zadeklarowanej lub uwarunkowanej poprzez wykonywanie jakiegś wcześniejszej aktywności (emerytury i renty).

Dochody pochodzące z pracy nielegalnej lub „nieuznawanej” takiej jak „praca na czarno”, sprzedaż narkotyków, prostytutka ... podchodzą pod kategorię „**Inne dochody**”

Żebractwo wpisuje się w kategorii „**Bez dochodów**”.

#### Pyt. 7 - Wykształcenie

Wykształcenie odpowiada poziomowi osiągniętemu na końcu edukacji lub ostatniemu dyplomowi.

#### Pyt. 8 – Leczenie substytucyjne (z przepisu lekarza)

Należy odpowiedzieć tak (i podać nazwę leku), jeśli pacjent jest w trakcie kuracji (z przepisu lekarza i pod jego kontrolą)

Nawet w wypadku braku nadużywania leku stosowanego w substytucji, opiat musi być wpisany jako substancja używana (Pyt. 17).

#### Pyt. 9 – Używanie drogą dożylną

Punkt „**Tak, w przeszłości, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni**” zakłada działanie przeszłe, które zostało zarzucone przed tymi 30 dniami. Odpowiedź „**Tak, w ciągu ostatnich 30 dni**” powinna być zaznaczona w wypadku, gdy uzależniony wstrzyknął sobie narkotyk w ciągu ostatnich 30 dni. Nie ma tu znaczenia, czy wkłuwa się od dawna, czy eksperymentował.

#### Pyt. 15, Pyt. 16 - HIV i żółtaczka typu C

Zakażeni HIV lub żółtaczką typu C deklaruje przez uzależnionego. Jeśli został on poddany kilku badaniom, **podaje się jedynie wyniki ostatniego.**

#### Pyt. 17 – Używane substancje

Chodzi o substancje używane w ciągu ostatnich 30 dni. Wszystkie pytania dotyczą używania w trakcie 30 ostatnich dni.

Niektórzy ankietowani mogą chcieć dać odpowiedź negatywną na pytanie o używanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni, aby skrócić czas trwania ankiety. Dlatego należy zadawać pytania w dwóch etapach:

- **Etap 1** - należy zadać pytania dotyczące używania różnych substancji z możliwością odpowiedzi „tak” lub „nie”.

- **Etap 2** wrócić do pytań z odpowiedzią „tak”, a następnie zadawać do każdej z tych odpowiedzi pytania o częstotliwość i sposób zażywania. Inne wymienione substancje to te, które wymieni sam uzależniony.

## **b. Sposób używania**

Należy wymienić wszystkie sposoby ożywiania w przeciągu ostatniego miesiąca.

### **Pyt. 18 Substancja sprawiająca najwięcej problemów. Uzależniony ma spontanicznie wymienić substancję, która sprawia mu najwięcej problemów. Można mu podać następujące wskazówki wyłącznie w sytuacji, gdy prosi o pomoc:**

Problemy mogą być natury zdrowotnej bądź społecznej (problemy z włączeniem się w życie społeczne, problemy z prawem). W hierarchii problemów wyżej należy postawić problemy obecne od problemów długofalowych. W żadnym wypadku nie należy ankietowanemu sugerować odpowiedzi.

Ankieter powinien stosować te same kryteria.

Ponadto, w odniesieniu do problemów obecnych, wyżej należy postawić problemy zdrowotne. Substancja sprawiająca najwięcej problemów powinna być wybrana z listy substancji używanych z pytania 17. Należy wskazać tylko jedną substancję.

### **Pyt.19 – Pozbawienie wolności**

Za pozbawienie wolności uważa się pobyt w więzieniu lub w areszcie mający miejsce w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy.

Nadzór policyjny nie jest uznawany za pozbawienie wolności.

### **Pyt. 20 Używanie narkotyków**

Należy zapytać się o cenę ostatniego zakupu narkotyku.

### **Pyt. 21 – Przedawkowanie**

Dotyczy przedawkowań mających miejsce w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy.

Mówimy o substancjach, które wywołały przedawkowanie w wypadku, kiedy uzależniony jest w stanie stwierdzić bezpośrednią zależność między zażyciem jednej lub kilku substancji a utratą przytomności.

### **Pyt. 22 - Pobyt w szpitalu**

Należy wymienić wszystkie pobyty w szpitalu, nawet, jeśli nie miały one bezpośredniego związku z zażywaniem narkotyków. Chodzi o to, żeby stwierdzić, czy ankietowany ma dostęp do leczenia i czy jest objęty opieką służby zdrowia.

## **III - Część dla uzależnionych, którzy nie uczestniczyli w ankiecie**

W przypadku uzależnionych, którzy odmawiają lub nie mogą, z jakiegokolwiek powodu, brać udziału w ankiecie, ankieter odpowiada sam na pięć pytań (A do E na końcu formularza).

Odpowiedzi na te pytania pozwolą na charakterystykę, choćby minimalną, tych, którzy nie wzięli udziału w ankiecie oraz na ustalenie całkowitej liczby osób, które odwiedziły w ciągu dwóch tygodni program. Ankieter powinien wypełnić tę część biorąc pod uwagę wygląd fizyczny (płeć oraz przybliżony wiek) oraz swoje własne informacje dotyczące uzależnienia danej osoby.

### **E- powody nie wypełnienia ankiety**

Można założyć kilka przyczyn:

- **Odmowa uzależnionego** – uzależniony nie chce odpowiadać na pytania ankietera
- **Brak czasu ankietera** – w wypadku obecności zbyt dużej liczby uzależnionych, ankieter może nie być w stanie wypełnić kwestionariusza z każdym z obecnych.
- **Stan psychofizyczny uzależnionego** - ankietowany nie rozumie pytań ponieważ jest pod wpływem substancji uzależniających

### **Kontakt:**

CINN KBPN:

Artur Malczewski, tel: 0226411501 wew. 114. lub 0509571055,

[artur.malczewski@kbpn.gov.pl](mailto:artur.malczewski@kbpn.gov.pl)

lub Marta Struzik tel: 0226411501 wew. 103, [marta.struzik@kbpn.gov.pl](mailto:marta.struzik@kbpn.gov.pl)

## Załącznik 6.3 Kwestionariusz



OBSERVATOIRE  
FRANÇAIS DES  
DROGUES ET DES  
TOXICOMANIES

### 'Kwestionariusz dla Odbiorców Programu Redukcji Szkód'[2008] Francusko-Polski projekt badawczy



Centrum Informacji o Narkotykach  
i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania  
Narkomanii

Nr kwestionariusza : |\_\_|\_\_|\_\_|

**KOD KLIENTA** |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| **Miasto :**

<b>Nazwa organizacji:</b>	<b>Data spotkania :</b>  __ __  11/12 / 08
Ankieta wypełniona przez (nazwa grupy lub programu): _____	
Rodzaj działalności: 1 <input type="checkbox"/> wymiana stacjonarna (poradnia, noclegowania) 2 <input type="checkbox"/> wymiana stacjonarna (drop-in) 3 <input type="checkbox"/> wymiana ruchoma (samochód, rower) 4 <input type="checkbox"/> wymiana uliczna	

*(Jeśli nie ma innych wskazówek, należy zakreślić tylko jedną odpowiedź)*

<b>1. Płeć :</b> 1 <input type="checkbox"/> M 2 <input type="checkbox"/> K	<b>2. Wiek:</b>  __ __	<b>3. Liczba dzieci :</b> /____ / (bezdzietny = 0)
--	------------------------	--

<b>4. Mieszkanie – stan obecny</b> <i>(1 odpowiedź):</i>			
<b>Stałe</b> (możliwość spędzenia, co najmniej 6 miesięcy w tym mieszkaniu)		<b>Tymczasowe</b>	
1 <input type="checkbox"/> Niezależne	3 <input type="checkbox"/> Stałe w instytucji (ośrodek, noclegownia, hostel itp.)	4 <input type="checkbox"/> U kogoś (rodzina/przyjaciele)	6 <input type="checkbox"/> Na ulicy (bezdomy)
2 <input type="checkbox"/> U kogoś (rodzina/ przyjaciele)		5 <input type="checkbox"/> Tymczasowe w instytucji (ośrodek, noclegownia, hostel itp.)	7 <input type="checkbox"/> Opuszczony budynek (squat)

<b>5. Z kim mieszka uzależniony</b> <i>(stan obecny):</i> <i>(Możliwość wielokrotnego wyboru)</i>	<b>6. Główne źródło dochodów</b> <i>(w ciągu ostatnich 6 miesięcy):</i> <i>(Wybrać jedno)</i>
1 <input type="checkbox"/> Sam	1 <input type="checkbox"/> Dochody z pracy ( w tym emerytury i renty)
2 <input type="checkbox"/> Z małżonkiem/partnerem	2 <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych
3 <input type="checkbox"/> Z dziećmi	3 <input type="checkbox"/> Zasiłek dla niepełnosprawnych
4 <input type="checkbox"/> Z rodzicami	4 <input type="checkbox"/> Inne świadczenia socjalne
5 <input type="checkbox"/> Z przyjacielem (-ółmi)	5 <input type="checkbox"/> Utrzymywany(-a) przez kogoś
6 <input type="checkbox"/> Inne lub nie wie	6 <input type="checkbox"/> Inne dochody (w tym nielegalne lub nieoficjalne)
	7 <input type="checkbox"/> Bez dochodów (w tym żebractwo)

<b>7. Wykształcenie</b> <i>(nawet jeśli ankietowany nie uzyskał dyplomu):</i>				
1 <input type="checkbox"/> Podstawowe	2 <input type="checkbox"/> Gimnazjum	3 <input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe	4 <input type="checkbox"/> Średnie	5 <input type="checkbox"/> Wyższe

<b>8. Leczenie substytucyjne</b> <i>(z przepisn i pod nadzorem lekarza):</i>				
1 <input type="checkbox"/> Nie	2 <input type="checkbox"/> Tak, Metadon	3 <input type="checkbox"/> Tak, Subuxone	4 <input type="checkbox"/> Tak, Buprenorfina	5 <input type="checkbox"/> Inne

<b>9. Używanie drogą dożylną</b> <i>(nawet, jeśli tylko 1 raz):</i>	<b>Jeśli tak :</b>
1 <input type="checkbox"/> Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	2 <input type="checkbox"/> Tak, w przeszłości, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni
3 <input type="checkbox"/> Nigdy	4 <input type="checkbox"/> Nie wiem
	<b>10. Wiek w momencie pierwszego wstrzyknięcia:</b>  __ __

<b>11. Wstrzykiwanie w ciągu ostatnich 30 dni, wspólne</b> <i>(pożyczenie komuś / od kogoś lub używanie wspólne):</i>				
<i>Igły</i>	<i>Woda do przygotowywania</i>	<i>Woda do płukania</i>	<i>Łyżeczki (naczynia)</i>	<i>Waciki/Filtry</i>
1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie
<b>12. Inhalacje, palenie :</b>	<b>W ciągu ostatnich 30 dni</b>	<b>dzielenie się sprzętem</b> <i>(pożyczenie komuś / od kogoś lub używanie wspólne):</i>	<i>Łufka do palenia</i>	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie
<b>13. Wdychanie :</b>			<i>Słomka do wdychania</i>	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie
<b>14. Każda metoda zażywania :</b>			<i>Narzędzie (żyłeczka, nożyk, nóż itp.) do cięcia narkotyku, otwierania paczki</i>	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie

<b>15. HIV :</b>	1 <input type="checkbox"/> Nie wykonano testu    2 <input type="checkbox"/> Wykonano test → Data ostatniego testu: 1 <input type="checkbox"/> mniej niż 6 miesięcy    2 <input type="checkbox"/> od 6 miesięcy do roku 3 <input type="checkbox"/> więcej niż rok
a. Jeśli wykonano test, wynik jest: 1 <input type="checkbox"/> pozytywny    2 <input type="checkbox"/> negatywny    3 <input type="checkbox"/> niezany	b. Jeśli pozytywny, - wizyta u lekarza <u>w ciągu ostatnich 12 miesięcy z tą chorobą</u> : 1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie - leczenie przepisane na tę chorobę obecnie lub w przeszłości: 1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie

<b>16. Żółtaczka typu C :</b>	1 <input type="checkbox"/> Nie wykonano testu    2 <input type="checkbox"/> Wykonano test → Data ostatniego testu: 1 <input type="checkbox"/> mniej niż 6 miesięcy    2 <input type="checkbox"/> od 6 miesięcy do roku 3 <input type="checkbox"/> więcej niż rok
a. Jeśli wykonano test, wynik jest: 1 <input type="checkbox"/> pozytywny    2 <input type="checkbox"/> negatywny    3 <input type="checkbox"/> niezany	b. Jeśli pozytywny, - wizyta u lekarza <u>w ciągu ostatnich 12 miesięcy z tą chorobą</u> : 1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie - leczenie przepisane na tę chorobę obecnie lub w przeszłości: 1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie

**17. Używane substancje: wskazać substancje zażywane w ciągu ostatnich 30 dni.** (*Proszę zakreślić najpierw substancje zażywane (tak/nie), a następnie w przypadku „tak” wypełnić pozostałe pola.*)

Zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni		Heroina	Polska Heroina	Metadon	Buprenorfina	Kokaina / Crack	Amfetamina (speed)	MDMA, Ekstazy	Barbiturany*
		1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie
<b>a. Częstotliwość używania</b>									
Rzadziej niż raz na tydzień		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Od jednego do wielu razy w tygodniu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codziennie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Sposób(y) używania</b>									
Kilka odp. do wyboru	Doustnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wstrzyknięcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wdychanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inhalacja, palenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zażywanie w ciągu ostatnich 30 dni		<b>Benzodiazepiny**</b> 1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	<b>LSD, kwasy</b> 1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	<b>Rośliny halucynogenne***</b> 1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	<b>Marihuana - Haszysz</b> 1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	<b>Alkohol</b> 1 <input type="checkbox"/> tak 2 <input type="checkbox"/> nie	<b>Inne 1:</b> _____	<b>Inne 2:</b> _____	
<b>a. Częstotliwość używania</b>									
Rzadziej niż raz na tydzień		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Od jednego do wielu razy w tygodniu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codziennie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Sposób(y) używania</b>									
Kilka odp. do wyboru	Doustnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wstrzyknięcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wdychanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inhalacja, palenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Luminal®, Ewipen®, Weronal® itp. \*\* Relanium®, Rohypnol®, Valium®, Xanax®, itp. \*\*\* Grzyby, Salvia divinorum, DMT

**18. Spośród substancji wymienionych powyżej i używanych w ciągu ostatnich 30 dni :**

- a. jaka substancja, według uzależnionego, sprawia mu najwięcej problemów?: / \_\_\_\_\_ / (*jedna substancja z listy*).  
b. Jeśli zna Pan(i) uzależnionego, jaka substancja według Pana(i) (ankietera) sprawia uzależnionemu najwięcej problemów ?  
/ \_\_\_\_\_ /  
(*jedna substancja z listy*).

<b>19. Pozbawienie wolności (więzienie, areszt) w ciągu 12 ostatnich miesięcy :</b>	1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie	a. Jeśli tak, liczba pobytów w więzieniu w ciągu 12 miesięcy: _____
		b. Jeśli tak, liczba dni w więzieniu w ciągu 12 miesięcy : _____
<b>Jeśli tak, w czasie pobytu w więzieniu miało miejsce :</b>		
c. zażywanie narkotyków:	1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie	e. dzielenie się strzykawkami z innymi: 1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie
d. wstrzykiwanie narkotyków:	1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie	f. wdychanie (jakiegokolwiek substancji): 1 <input type="checkbox"/> tak    2 <input type="checkbox"/> nie

**20. Używanie narkotyków w 2008: cena ostatniego zakupu na nielegalnym rynku (w złotych) :**

<b>Heroina</b> 1 gram Brown sugar      Biała	<b>Polska Heroina «Kompot»</b> 1 cm <sup>3</sup>	<b>Amfetamina</b> 1 gram	<b>Marihuana</b> 1 gram	<b>Haszysz</b> 1 gram	<b>Kokaina</b> 1 gram	<b>Ekstazy</b> 1 tabletką	<b>LSD</b> 1 listek
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**21. Przedawkowanie (utrata przytomności po zażyciu jednej lub kilku substancji) :**

a. Uzależniony przedawkował **w ciągu ostatnich 12 miesięcy** :                      1  Tak                      2  Nie

b. **Jeśli tak**, jaką substancja(e) o to podejrzewano: 1 : \_\_\_\_\_ 2 : \_\_\_\_\_ 3 : \_\_\_\_\_

**22. Pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy** (co najmniej 1 noc w szpitalu, poza pogotowiem)                      1  Tak  
2  Nie

*Jeśli tak, dlaczego (kilka odpowiedzi do wyboru):*

1  Odwyk                      2  Problemy psychiatryczne                      3  HIV/żółtaczka typu C                      4  Inne, proszę  
specyfikować : \_\_\_\_\_

**23. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, uzależniony został przyjęty w ośrodku dla narkomanów:** 1  Tak                      2  Nie

Jeśli tak, ilość razy :                      1  < 3 razy                      2  3 do 10 razy                      3  > 10 razy

**Nieuczestniczący w badaniu**

Należy obowiązkowo wypełnić dla wszystkich uzależnionych (będących klientami programu redukcji szkód), którzy nie mogli wziąć udziału w badaniu

<b>A – Płeć :</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<b>B – Przybliżony wiek :</b>	<b>C – Obecnie wstrzykuje (w ciągu miesiąca):</b> 1 <input type="checkbox"/> Tak      2 <input type="checkbox"/> Nie      3 <input type="checkbox"/> Nie wiem	<b>D- Główna substancja sprawiająca problemy uzależnionemu (wg ankietera – wybrać z listy substancji z pytania 17) :</b> / _____ /	
<b>E – Powody niewypełnienia ankiety :</b>				
1 <input type="checkbox"/> Odmowa	2 <input type="checkbox"/> Uzależniony oświadcza, że udzielał odpowiedzi ankieterowi	3 <input type="checkbox"/> Brak czasu ankietera	4 <input type="checkbox"/> Stan psychofizyczny uzależnionego nie pozwolił mu na udzieleni odpowiedzi	5 <input type="checkbox"/> Inne _____