“Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie, 2009”

RAPORT KOŃCOWY

Badanie zostało zrealizowane w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny we współpracy z Poradnią Monar w Krakowie i Poradnią Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Gdańsku.

Badanie zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Raport opracowała: dr Magdalena Rosińska, kontakt: mrosinska@pzh.gov.pl

Spis treści:

Wstęp i cele badania ……. 3

Metodologia ……. 5

Wyniki: ……. 7

1. Podsumowanie głównych wyników ……. 7

2. Charakterystyka socjo-demograficzna badanej grupy ……. 10

3. Stan zdrowia respondentów w zakresie chorób zakaźnych oraz przebyte zabiegi medyczne lub nie medyczne, nie związane z przyjmowaniem narkotyków związane z naruszeniem ciągłości tkanek ……. 16

4. Historia przyjmowania narkotyków ……. 21

5. Przyjmowanie narkotyków podczas 30 dni poprzedzających wypełnienie ankiety ……. 28

6. Leczenie w związku z uzależnieniem/ używaniem narkotyków ……. 35

7. Zachowania seksualne ……. 40

8. Występowanie HIV wśród respondentów badania i oszacowane rozpowszechnienie HIV w populacji ……. 43

9. Występowanie przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród respondentów badania i oszacowane rozpowszechnienie przeciwciał przeciwko HCV w populacji ……. 47

10. Występowanie markerów zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) wśród respondentów badania i oszacowane rozpowszechnienie tych markerów w populacji ……. 52

Podsumowanie i omówienie wyników ……. 57

Załącznik 1. Szczegóły dotyczące rekrutacji ……. 64

WSTĘP I CELE BADANIA

Dożylne stosowanie narkotyków stanowi jedną z głównych dróg przenoszenia się chorób zakaźnych takich jak wirusowe zapalenia wątroby oraz HIV/AIDS. Choroby te występują w grupie użytkowników narkotyków znacznie częściej niż w populacji ogólnej. Częściej również występować mogą choroby związane ze stylem i warunkami życia, jak gruźlica, czy choroby przenoszone drogą płciową. Ze względu na indywidualne konsekwencje zdrowotne dla osób zakażonych, ale także skutki dla zdrowia publicznego monitorowanie szerzenia się chorób zakaźnych wśród osób wstrzykujących środki odurzające stanowi ważny element polityki przeciwdziałania narkomanii i jej skutkom, jak również profilaktyki i zwalczania wymienionych chorób zakaźnych. Profilaktyka tych zakażeń obejmuje działania typu redukcji szkód nakierowane na zmniejszenie częstości podejmowania przez osoby uzależnione najbardziej ryzykownych form przyjmowania narkotyków, zwłaszcza dzielenia się sprzętem do wstrzykiwania, ale także na promowanie stosowania zasad bezpiecznych kontaktów seksualnych. W wielu placówkach oferuje się również badania przesiewowe mające na celu wcześniejsze rozpoznanie zakażeń i co za tym idzie możliwość wdrożenia leczenia i skuteczniejszą kontrolę transmisji na dalsze osoby.

Wdrażanie programów prewencyjnych wymaga ciągłego monitorowania rozpowszechnienia patogenów. Ważną składową takich badań jest również monitorowanie częstości podejmowania zachowań ryzykownych i określenie ich wpływu na szerzenie się chorób zakaźnych, co umożliwi zaplanowanie odpowiednio ukierunkowanych działań profilaktycznych. Rozważa się tu głównie zachowania związane ze wstrzykiwaniem narkotyku, ale także podejmowanie aktywności seksualnej bez zabezpieczenia. Ryzykowne kontakty seksualne mogą przyczyniać się do wzrostu zakażeń w grupie osób wstrzykujących, ale jak wynika z poprzednich badań prawdopodobnie mają w tej grupie jedynie marginalny wpływ. Są natomiast bardzo istotne z punktu widzenia szerzenia się zakażeń poza tą grupę, ponieważ większość z tych osób posiada partnerów nie wstrzykujących narkotyków. Jednym z uznanych wskaźników podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych jest występowanie chorób przenoszonych drogą płciową.

Według danych zbiorczych dotyczących badań diagnostycznych w Polsce zakażenia HIV w ostatnich latach wykrywane są u około 10% - 12% badanych dożylnych użytkowników narkotyków[1]. Odsetek ten malał w pierwszej połowie lat 1990., by następnie wzrosnąć do wartości zbliżonych do notowanych na przełomie lat 1980.-1990. po 2000 roku. W ostatnich

[1] Dane Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH, niepublikowane

latach zarysowuje się powolna tendencja spadkowa. Niestety tego rodzaju dane nie były dotąd zbierane w stosunku do wirusowych zapaleń wątroby. W badaniach przeprowadzonych w latach 2004 – 2005 ogólnokrajowe oszacowanie rozpowszechnienia zakażenia wirusem HIV wyniosło 18,0% (9,2% – 26,8%), a HCV – 58,9% (48,6 – 69,1%). Zwraca również uwagę stosunkowo wysokie rozpowszechnienie tych patogenów w podgrupie osób poniżej 25 roku życia (HIV: 8,8% [0,0-19,9] HCV: 49,5% [39,1-61,9]), co jest wskaźnikiem ciągłej transmisji wirusów w populacji[2][3]. Są to odsetki dość wysokie w porównaniu do krajów Europy Zachodniej, choć z kolei w Europie Wschodniej są one jeszcze wyższe. Są to odsetki porównywalne do notowanych na początku lat 1990.

Diagnoza sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania chorób zakaźnych wymaga odpowiedniego doboru grupy badanej i jednolitej procedury rekrutacyjnej. W poprzednich badaniach realizowanych w latach 2004 – 2005 w województwach lubuskim, śląskim, mazowieckim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i lubelskim rozpowszechnienie różniło się pomiędzy grupami rekrutowanymi na ulicach, w placówkach niskoprogowych lub na oddziałach szpitalnych. W celu jak najlepszego ustalenia sytuacji epidemiologicznej opracowano obecnie metodę opartą na rekrutacji przez respondentów (respondent driven sampling, RDS), czyli metodę kuli śniegowej, do której stosuje się odpowiednie metody statystyczne[4]. Obecne badanie było pierwszym w Polsce, w którym zastosowana zostanie taka metoda – stanowiło więc jednocześnie pilotaż metody w warunkach polskich.

[2] Raporty z badań pt. "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, 2004" oraz "Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji ze szczególnym uwzględnieniem migracji pomiędzy krajami, 2005" dostępne w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

[3] Rosinska M, Stefanoff P. Socio-economic determinants of prevalence of HIV and HCV infections in injecting drug users in Poland. Poster na Sixth International Conference on Emerging Infectious Diseases, , 16-18 marca 2008, Atlanta, USA

[4] metoda została pierwotnie przedstawiona w *Douglas D. Heckathorn. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. Social Problems, 1997*. Pełną listę referencji można znaleźć na www.respondentdrivensampling.org

Cele badania:

1. Oszacowanie częstości występowania chorób przenoszonych drogą naruszenia ciągłości tkanek lub kontaktów seksualnych w populacji osób wstrzykujących narkotyki w wybranych miastach w Polsce.

2. Ocena częstości podejmowania przez respondentów zachowań ryzykownych oraz oszacowanie korelacji wskaźników behawioralnych z ryzykiem zakażeń.

3. Ocena wykonalności badań problemu chorób zakaźnych wśród użytkowników narkotyków w Polsce metodą RDS.

METODOLOGIA

Badania odbyły się w okresie od października 2008 do końca września 2009 na terenie Krakowa i Gdańska. Projekt został zrealizowany według schematu badania przekrojowego, w którego skład wchodziło wypełnienie anonimowego kwestionariusza z pytaniami zamkniętymi oraz badanie surowicy w kierunku HIV, wzw C, wzw B i kiły.

Rekrutacja uczestników: Rekrutacja odbyła się metodą rekrutacji przez respondentów. Początkowo do udziału w badaniu zaproszono po cztery osoby w każdym z ośrodków („zaczątki"). Osoby te zostały dobrane tak, by reprezentowały różne możliwe podgrupy według rozeznania osób pracujących w ośrodkach biorących udział w badaniu: osoby te były dobrane według płci i według głównego przyjmowanego narkotyku, w Krakowie dodatkowo wg pozostawania w leczeniu substytucyjnym. Każdej z tych osób przekazano po 3 kupony do rozdania wśród znajomych. Do badania były następnie włączane osoby zgłaszające się z kuponami i one również były proszone o rekrutację kolejnych uczestników za pomocą kuponów. Za udział w badaniu oraz za rekrutację kolejnych osób respondenci otrzymywali upominki. W przypadku nie zgłaszania się kolejnych osób do badania przy nie osiągniętej jeszcze zamierzonej liczbie respondentów włączano nowe osoby, które stawały się „zaczątkami".

Przyjęto następujące kryteria włączenia: 1/ Co najmniej raz w życiu wstrzyknięcie narkotyku; 2/ Przebywanie na stałe (podczas ostatnich 3 miesięcy) na terenie badanego województwa 3/ ukończone 18 lat.

Badania serologiczne: Badania serologiczne zostały wykonane w dwóch laboratoriach (Kraków – laboratorium Szpitala Zakonu Braci Bonifratrów, Gdańsk – laboratorium Bruss) za

pomocą zestawów komercyjnych. We wszystkich przypadkach badania w kierunku HIV wykonywano metodą immunoenzymatyczną, a wyniki dodatnie u osób, które nie wiedziały wcześniej o swoim zakażeniu były potwierdzane metodą Western-Blott w laboratoriach diagnostycznych. Oznaczenia przeciwciał przeciwko wzw C dokonywano przy pomocy testów III generacji o wysokiej czułości i specyficzności. Należy jednak wziąć pod uwagę, że u niewielkiego odsetka osób zakażonych (poniżej 1%), może dojść do rewersji przeciwciał pomimo trwania zakażenia. Może się to zdarzać częściej w przypadku genotypów innych niż 1b, które jak wiadomo z poprzednich badań dominują w grupie użytkowników narkotyków.
Oznaczono przeciwciała przeciwko antygenowi rdzeniowemu wzw B (HBc-Ab) całkowite, świadczące o obecnym lub przebytym zakażeniu oraz antygen powierzchniowy (HBs-Ag), świadczący o obecności wirusa w organizmie. Oznaczono również nieswoisty odczyn w kierunku kiły, VDRL.

Analiza statystyczna: Do analizy częstości rozpowszechnienia badanych patogenów, jak również częstości podejmowanych zachowań zastosowano metody opracowane specjalnie dla badań przeprowadzanych metodą rekrutacji przez respondentów (z zastosowaniem wag odpowiednich do liczebności sieci znajomych, którzy również spełniają kryteria włączenia do badania). Do porównań zmiennych w zależności od ich charakteru i rozkładu stosowano testy t-Studenta, Wilcoxona, chi-kwadrat i Fishera oraz regresję logistyczną z odpowiednimi wagami zgodnie ze sposobem rekrutacji. Zależności wielozmiennowe badano w oparciu o model regresji logistycznej. Przyjęto 5% poziom ufności dla testów statystycznych. Obliczenia wykonano używając pakietu SAS, wersja 9.1 oraz narzędzia RDSAT wersja 5.6 (Volz, E., Wejnert, C., Degani, I., and Heckathorn, D. D. 2007 Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 5.6. Ithaca, NY: Cornell University).

Problemy etyczne: Uczestnictwo w badaniu było całkowicie dobrowolne i anonimowe. Po uzyskaniu informacji, na czym będzie ono polegać, każdorazowo uczestnik wyrażał na nie zgodę w formie pisemnej. Badanie zostało zaakceptowane przez Komisję Etyczną działającą przy Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie.

WYNIKI

1. Podsumowanie głównych wyników badania

W poniższym podrozdziale podano odsetki wśród respondentów oraz oszacowane częstości występowania danych cech w populacji z 95% przedziałami ufności (podany w nawiasie zakres wartości, które są prawdopodobne dla danego odsetka w populacji).

W populacji użytkowników narkotyków, którzy co najmniej raz przyjęli narkotyk we wstrzyknięciu w badanych miastach 74,8% (64,0% - 85,0%) stanowią mężczyźni.

W badanej populacji osoby poniżej 25 roku życia stanowią 16,9% (12,1% - 24,6%).

W chwili badania dla 34,2% (25,6% - 44,0%) badanej populacji głównym zajęciem była praca lub nauka, a stabilny dochód (praca lub oszczędności własne lub rodziny albo renta) miało zapewnione 55,8% (44,3% - 69,4%) osób.

Około 34,3% (20,7% - 45,2%) użytkowników w obu miastach doświadczyła kiedykolwiek w życiu bezdomności, a 47,9% (35,2% - 56,4%) ma za sobą pobyty w placówkach penitencjarnych.

Odsetek aktualnie przyjmujących narkotyki dożylnie (w ciągu 30 dni przed badaniem) wśród uczestników badania w Gdańsku wyniósł 72,8% a w Krakowie 19,6%. Różnica w oszacowaniach dla populacji jest jeszcze większa – odpowiednio 67,7% i 8,3%.

Osoby, które przyjęły pierwszy narkotyk dożylnie nie dawniej niż dwa lata przed wypełnianiem ankiety stanowiły 22,5% badanych w Gdańsku, ale tylko 4,4% w Krakowie (oszacowania dla populacji odpowiednio 32,2% i 4,2%).

16,1% wszystkich respondentów dzieliło się igłami/strzykawkami w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, oszacowanie dla populacji użytkowników wyniosło 13,2% (8,2% - 19,9%).

8,8% wszystkich respondentów dzieliło się igłami/strzykawkami w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (oszacowanie dla populacji użytkowników narkotyków 4,7% (2,1% - 8,5%)).

Spośród aktualnych dożylnych użytkowników (osoby, które wstrzykiwały podczas ostatnich 30 dni przed wstrzyknięciem):

- 21% respondentów dzieliło się igłami, strzykawkami (oszacowanie dla populacji aktualnych użytkowników - 14,0%)
- 20% nie dzieliło się igłami/strzykawkami, ale dzieliło się innym sprzętem do wstrzyknięć (dla populacji – 29%)
- 53% nie dzieliło się żadnym sprzętem do wstrzyknięć (dla populacji – 57%)
- Pozostałe 6% respondentów nie pamiętało lub nie podało odpowiedzi.

Osoby, które dzieliły się sprzętem do wstrzyknięć podczas ostatnich 30 dni najczęściej robiły to z jedną osobą – bliskim przyjacielem lub stałym partnerem/partnerką.

Dwa główne źródła czystych igieł i strzykawek to apteki (90% respondentów) i punkty wymiany igieł i strzykawek (70% respondentów).

88,6% respondentów była lub jest leczona w związku z uzależnieniem.

33% respondentów z Krakowa było klientami programu metadonowego, a 10% przyjmowało inne leczenie substytucyjne podczas 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Wśród aktualnych użytkowników narkotyków dożylnych 62,3% korzystało podczas ostatnich 30 dni przed badaniem z punktów wymiany igieł i strzykawek.

Respondenci mieli typowo (mediana) 10 partnerów/partnerek seksualnych w ciągu całego życia i jednego/jedną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Seks w zamian za korzyści (pieniądze, narkotyki itp.) uprawiało kiedykolwiek w życiu 12,4% wszystkich respondentów – 9,0% mężczyzn i 22,9% kobiet.

Wśród respondentów z Krakowa 18,2% mężczyzn deklarowało kontakty seksualne z innymi mężczyznami, wśród respondentów z Gdańska 0,0%.

Kontakty seksualne z innym użytkownikiem narkotyków dożylnych deklarowało 74,1% respondentów, częściej kobiety (89,6%).

Około połowa respondentów podczas kontaktów seksualnych z przygodnymi partnerami w ciągu ostatnich 12 miesięcy stosowała zawsze lub często prezerwatywy.

Oszacowane rozpowszechnienie HIV w populacji dożylnych użytkowników narkotyków w obu badanych miastach wyniosło 10,3% (6,1% - 15,3%): 11,9% (6,6% - 20,6%) w Krakowie i 8,1% (3,1% - 13,9%) w Gdańsku.

Około 15% zakażonych HIV nie było świadomych swojego zakażenia.

53,1% użytkowników narkotyków badało się w kierunku HIV w ciągu ostatnich 3 lat, a 31,0% w ciągu ostatniego roku przed wypełnianiem ankiety.

Szacunkowa częstość występowania przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C (anty – HCV) świadczących o przebytym lub obecnym zakażeniu w populacji dożylnych użytkowników narkotyków w obu badanych miastach wyniosła 47,6% (34,2% - 56,7%): 57,8% (37,7% - 75,4%) w Krakowie i 34,2% (25,1% - 42,7%) w Gdańsku.

Około 30,6% osób z dodatnim wynikiem w kierunku HCV nie miało wcześniej rozpoznanego zakażenia HCV.

Szacunkowa częstość występowania przeciwciał przeciwko antygenowi rdzeniowemu wirusa zapalenia wątroby typu B (anty – HBc) świadczących o przebytym lub obecnym zakażeniu w populacji dożylnych użytkowników narkotyków w obu badanych miastach wyniosła 30,1% (21,2% - 37,8%): 33,3% (19,9% - 47,9%) w Krakowie i 26,4% (16,1% - 36,8%) w Gdańsku.

Oszacowane odsetki zaszczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w populacji wyniosły 52,9% (38,2% - 67,0%) ogółem, 40,4% (21,7% - 60,8%) w Krakowie i 75,7% (63,0% - 83,8%) w Gdańsku.

Szacunkowa częstość występowania reaktywnego testu nieswoistego w kierunku kiły (VDRL) w populacji dożylnych użytkowników narkotyków w obu badanych miastach wyniosła 0,3% (0,1% - 0,8%).

Szacunkowa częstość występowania zakażeń wśród użytkowników poniżej 25 roku życia wyniosła: anty- HIV – 2,2%, anty-HCV – 22,5%, anty-HBc - 17,8%.

Szacunkowa częstość występowania zakażeń wśród kobiet wyniosła: anty- HIV – 6,7%, anty-HCV – 75,8%, anty-HBc – 25,1%.

Szacunkowa częstość występowania zakażeń wśród mężczyzn wyniosła: anty- HIV – 11,7%, anty-HCV – 34,1%, anty-HBc -28,9 %.

Szacunkowa częstość występowania zakażeń wśród użytkowników, którzy po raz pierwszy wstrzyknęli narkotyk w ciągu dwóch lat poprzedzających badanie wyniosła: anty-HCV – 10,7%, anty-HBc – 26,5%.

2. Charakterystyka socjo-demograficzna badanej grupy

W trakcie trwania badania rekrutowano łącznie 193 osoby – 112 w Krakowie i 81 w Gdańsku. Rekrutacja zajęła 10 miesięcy w Gdańsku i 4 miesiące w Krakowie. W Gdańsku do udziału w badaniu włączono 8 osób, które pełniły rolę „zaczątków" (4 z nich nie rekrutowało kolejnych respondentów). W Krakowie były 3 zaczątki, z których każdy zrekrutował kolejne osoby. Szczegóły rekrutacji podano w załączniku 1.

Spośród włączanych osób było 48 kobiet (24,9%) i 145 mężczyzn (75,1%). Średnia wieku wyniosła 33,4 lata. Około 62% respondentów były to osoby w wieku 25 – 39 lat, 7% stanowiły osoby w wieku 50 lat i powyżej, a 15% osoby w wieku poniżej 25 roku życia. Średnia wieku w Krakowie (34,4 lat) była wyższa niż w Gdańsku (33,1 lat). Istotna różnica wieku pomiędzy Krakowem a Gdańskiem dotyczyła jednak jedynie mężczyzn (Tabela 1).
Badane osoby mieszkały odpowiednio w województwach pomorskim i małopolskim.
Poziom wykształcenia respondentów był podobny w Gdańsku i w Krakowie (Ryc. 1). Dominowały osoby z wykształceniem średnim lub zawodowym, duża grupa również zakończyła proces edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego. Szesnaścioro spośród uczestników badania było w trakcie nauki.

Tabela 1. Uczestnicy badania według płci i wieku.
Table 1. Study participants by gender and age group.

Grupa wiekowa (lata) Age group (years)	Gdańsk		Kraków		Razem	
	M Males	K Females	M Males	K Females	N	%
<20	1	-	1	-	2	1,04%
20-24	15	1	5	6	27	14,06%
25-29	26	4	17	4	51	26,56%
30-39	15	4	31	18	68	35,42%
40-49	7	3	15	5	30	15,63%
50+	3	1	8	2	14	7,29%
b.d.	1	-	-	-	1	-
Średnia wieku (lata)/mean age (years)	30,3	35,5	34,3	34,5	33,4	
Ogółem/Total	68	13	77	35	193	100%

Rycina 1. Uzyskany poziom wykształcenia wśród osób, które nie były w trakcie nauki podczas przeprowadzenia wywiadu.
Figure 1. Highest achieved education level among respondents who were not continuing their education at the time of the study.

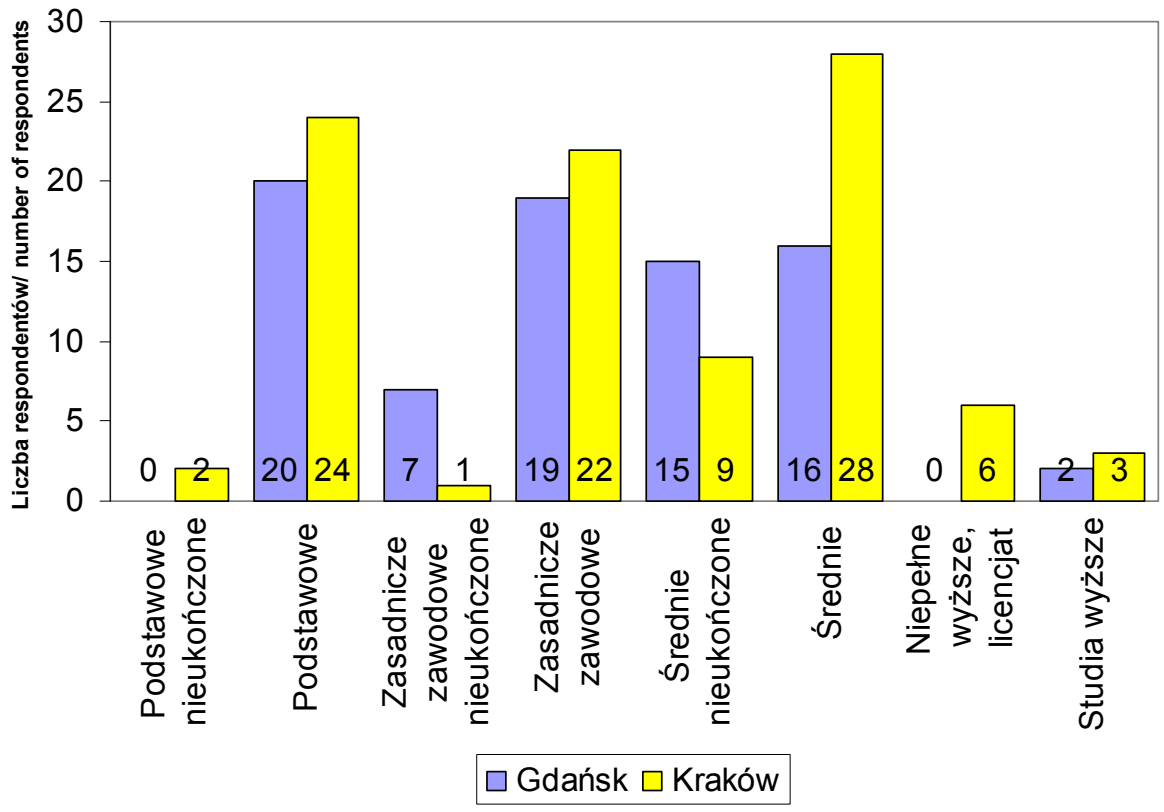


Tabela 2. Obecna sytuacja socjo - ekonomiczna uczestników badania
Table 2. Present socio-economic situation of the study participants

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Stały związek partnerski/ stable relationship	Nie/no	63	77,78%	70	62,50%	133	68,91%
	Tak/yes	18	22,22%	42	37,50%	60	31,09%
Posiadanie dzieci/ Having children	Nie/no	67	82,72%	64	57,14%	131	67,88%
	Tak/yes	14	17,28%	48	42,86%	62	32,12%
W kim obecnie mieszka/ living with whom*	Samodzielnie/alone	15	18,52%	23	20,54%	38	19,69%
	Rodzice, krewni/parents, relatives	51	62,96%	19	16,96%	70	36,27%
	Przyjaciele/ Friends	0	0,00%	1	0,89%	1	0,52%
	Dzieci/ children	1	1,23%	10	8,93%	11	5,70%
	Partner/partner	10	12,35%	22	19,64%	32	16,58%
	Przypadkowi ludzie/ casual acquitances	3	3,70%	40	35,71%	43	22,28%
	Bezdomny/ homeless (w ciągu ostatniego miesiąca/ within last month)	3	3,70%	12	10,71%	15	7,77%
Główne zajęcie/ main ocupation	Praca zarobkowa/ employment	14	17,95%	15	14,15%	29	15,76%
	Pomoc osobie bliskiej w działalności gospodarczej/ Helping a close person at own business	1	1,28%	3	2,83%	4	2,17%
	Renta, emerytura/ pension, retirement	42	53,85%	57	53,77%	99	53,80%
	Zajmowanie się domem/ housework	1	1,28%	1	0,94%	2	1,09%
	Nauka/ studying	7	8,97%	13	12,26%	20	10,87%
	Inne/ other	2	2,56%	6	5,66%	8	4,35%
	Bez stałego zajęcia/ no occupation	8	10,26%	11	10,38%	19	10,33%
Źródło utrzymania (ostatnie 6 m/cy)/ Source of income (last 6 months)	Praca lub własne oszczędności / work or own savings	27	33,33%	37	33,04%	64	33,16%
	Dochody lub oszczędności rodziców/ income of parents	23	28,40%	7	6,25%	30	15,54%
	Dochody partnera/ partner's income	1	1,23%		0,00%	1	0,52%
	Renta	9	11,11%	20	17,86%	29	15,03%
	Zasiłek/ welfare	2	2,47%	16	14,29%	18	9,33%
	Pomoc rodziny lub przyjaciół/ Help of family or friends	3	3,70%	15	13,39%	18	9,33%
	Nielegalne/illegal	12	14,81%	10	8,93%	22	11,40%
	Inne/other	4	4,94%	7	6,25%	11	5,70%

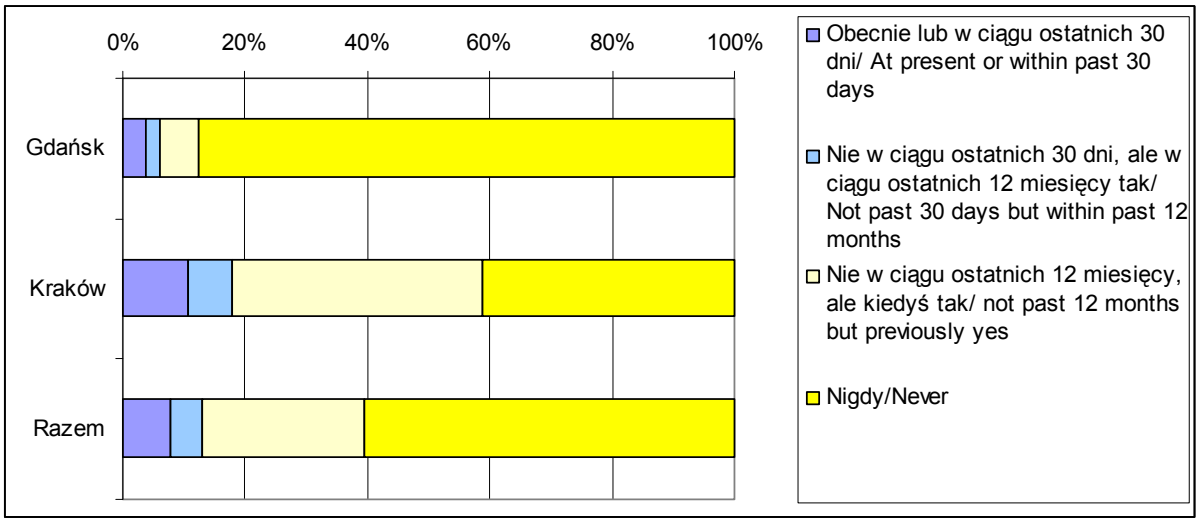
*dane mogą nie sumować się do 100% (możliwość zaznaczenia wielu odpowiedzi)/ data might not sum up to 100% (multiple choice question)

Prawie 70% respondentów nie deklarowało stałych związków partnerskich w momencie ankietowania, z tym, że rzadziej w takich związkach były osoby z Gdańska (22%). Posiadanie stałych związków było znacznie częstsze wśród kobiet (60,4% deklarowało stały związek) niż wśród mężczyzn (21,4%). Dzieci posiadało około 32% respondentów, większy odsetek w Krakowie (42,9%). Zwracają również uwagę różnice jeśli chodzi o osoby, z którymi

zamieszkują respondenci. W Gdańsku przeważająca większości (63%) mieszkała z rodzicami lub krewnymi podczas gdy w Krakowie respondenci często mieszkali z przypadkowymi ludźmi (36%), co dotyczyło często mieszkania w ośrodkach pomocowych lub hotelach. Duża część respondentów mieszkała sama (20%), a jedynie 17% z partnerką lub partnerem. Znaczący odsetek ankietowanych (8%) w trakcie badania (lub w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie) był bezdomny (zdefiniowane jako konieczność nocowania na ulicach lub w noclegowniach) (Tabela 2).

Pracę zarobkową jako główne zajęcie podawało jedynie 16% ankietowanych. Połowa respondentów była na rencie. Częste główne źródła utrzymania to: praca lub własne oszczędności (33%), dochody lub oszczędności rodziców (16%) i renta (15%). Do nielegalnych źródeł utrzymania przyznawało się około 11% respondentów. Część respondentów w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywało w ośrodkach rehabilitacyjnych lub zakładach karnych (kategoria „inne źródło utrzymania").

Rycina 2. Bezdomność wśród respondentów w Gdańsku i w Krakowie
Figure 2. Homelessness among participants in Gdańsk and Kraków



W badanej grupie wystąpiło duże zróżnicowanie pomiędzy Gdańskiem i Krakowem jeśli chodzi o zjawisko bezdomności. Ogółem bezdomności kiedykolwiek w życiu doświadczyło 39,4% respondentów, 59,0% w Krakowie i 12,4% w Gdańsku. Podobnie w ciągu ostatniego roku bezdomnych było 6,2% respondentów z Gdańska i 17,8% respondentów z Krakowa (Ryc. 2).

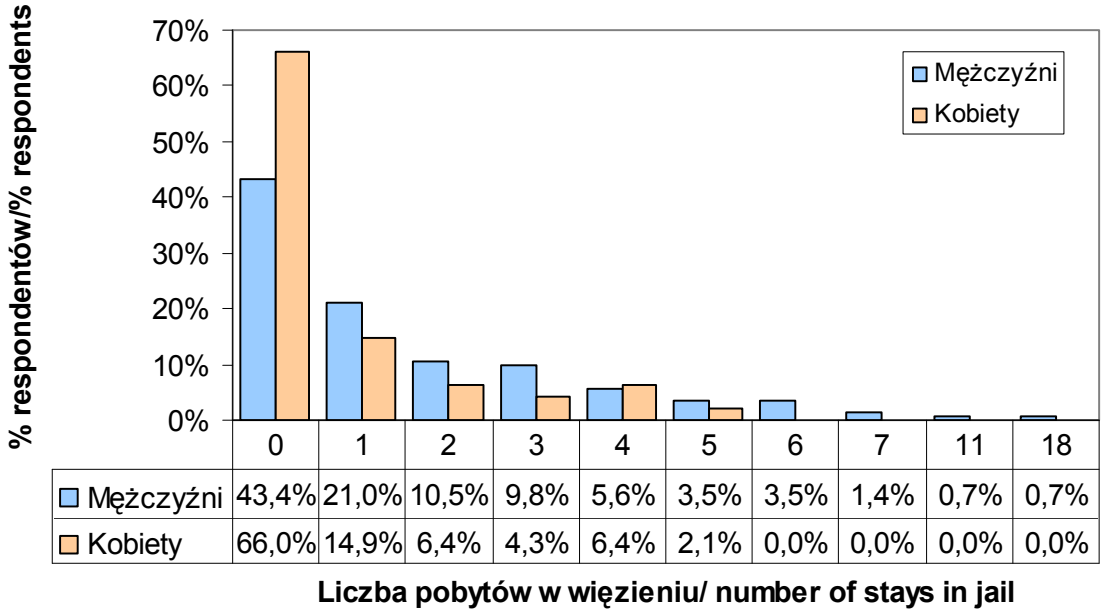
Tabela 3. Pobyty w placówkach penitencjarnych
Table 3. Jail sentences

	Gdańsk		Kraków		Razem	
	N	%	N	%	N	%
W ciągu ostatnich 12 miesięcy/ last 12 months	8	9,88%	11	10,19%	19	10,05%
Wcześniej niż 12 miesięcy temu/ Before 12 months	30	37,04%	46	42,59%	76	40,21%
Nigdy/ Never	43	53,09%	51	47,22%	94	49,74%
Bd	0	-	4*	-	4	-
Średnia licz. pobytów /mean no. of jail sentences	1,1		1,7		1,4	

*dwie osoby były w więzieniu, ale nie sprecyzowały, czy podczas ostatnich 12 miesięcy, czy wcześniej

Około 10% respondentów przebywało w placówkach penitencjarnych podczas 12 miesięcy przed wypełnianiem ankiety, a tylko połowa z nich nigdy nie przebywała w takich placówkach (66% kobiet i 42% mężczyzn) (Tabela 3, Rycina 3). Wielu spośród ankietowanych (31%) miało za sobą więcej niż jeden pobyt w placówkach penitencjarnych. Respondenci z Krakowa mieli za sobą średnio więcej pobytów w tego rodzaju placówkach niż respondenci z Gdańska (odpowiednio 1,7 i 1,1).

Rycina 3. Liczba pobytów w więzieniu wśród mężczyzn i kobiet.
Figure 3. Number of stays in jail among men and women



	0	1	2	3	4	5	6	7	11	18
Mężczyźni	43,4%	21,0%	10,5%	9,8%	5,6%	3,5%	3,5%	1,4%	0,7%	0,7%
Kobiety	66,0%	14,9%	6,4%	4,3%	6,4%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

W Tabeli 4 przedstawiono rozkład niektórych czynników socio-demograficznych oszacowany dla populacji użytkowników narkotyków – są to współczynniki skorygowane z uwzględnieniem prawdopodobieństwa rekrutacji przy stosowanej metodzie rekrutacji oraz z podaniem 95% przedziałów ufności (zakresu prawdopodobnych wartości odsetków). Rozkład pod względem płci i wieku jest zbliżony do rozkładu wśród respondentów. Według szacunków w populacji jest nieco więcej niż to by wynikało z rozkładu wśród respondentów użytkowników młodych poniżej 25 r.ż. (16,9%). Szacunkowo w populacji nieco większy odsetek osób, niż w badanej próbie pracuje lub uczy się, a nieznacznie mniej było kiedykolwiek w życiu bezdomna lub osadzona w placówkach penitencjarnych. Natomiast więcej osób niż wynikałoby to z badanej próby posiada stabilne dochody, pochodzące z pracy lub oszczędności własnych, rodziców lub partnera bądź renty (55,8% w porównaniu do 64%) – co wynika z większego udziału niż jest to szacowane dla populacji osób pobierających rentę.

Tabela 4. Oszacowany rozkład wybranych czynników społeczno – demograficznych w populacji.
Table 4. Estimated population distribution of selected socio-demographical factors.

		Częstość w populacji
Płeć/ sex	M	74,8% (64,0% - 85,0%)
	K/F	25,2% (15,0% - 36,0%)
Wiek/ age	<25 lat/years	16,9% (12,1% - 24,6%)
	>=25 lat/years	83,1% (75,5% - 88,0%)
Wykształcenie / education	Podstawowe/zawodowe/średnie niepełne	69,6% (58,8% - 79,6%)
	Średnie/ wyższe	30,4% (20,4% - 41,2%)
Główne zajęcie/ Main occupation	Praca lub nauka/ work or study*	34,2% (25,6% - 44,0%)
	Inne lub brak/ other or none	65,8% (56,0% - 74,4%)
Stabilny dochód/ stable income	Tak/yes	55,8% (44,3% - 69,4%)
	Nie/no	44,2% (30,8% - 55,6%)
Bezdomność/homelessness	Nigdy/ never	65,7% (54,9% - 79,3%)
	Kiedykolwiek/ ever	34,3% (20,7% - 45,2%)
Pobyty w placówkach penitencjarnych/ jail sentences	Kiedykolwiek/ ever	47,9% (35,2% - 56,4%)

*w tym praca w pełnym lub niepełnym wymiarze, praca “na czarno”, pomoc w prowadzeniu działalności, prowadzenie domu
**praca lub oszczędności własne, rodziców lub partnera bądź renta

3. Stan zdrowia respondentów w zakresie chorób zakaźnych oraz przebyte zabiegi medyczne lub nie medyczne, nie związane z przyjmowaniem narkotyków związane z naruszeniem ciągłości tkanek.

Badane choroby zakaźne, zwłaszcza wirusowe zapalenia wątroby B i C, jak wskazują dane epidemiologiczne, mogą przenosić się w placówkach służby zdrowia przy nie zachowanych procedurach medycznych, jak również w gabinetach kosmetycznych, szczególnie w trakcie zabiegów związanych z przerwaniem ciągłości skóry. W tabeli 5 podsumowano ilu spośród respondentów miało wykonywane zabiegi medyczne i nie medyczne związane z największym ryzykiem zakażenia HCV i HBV. Większość badanych przebywała co najmniej raz w życiu w szpitalach (155/176, 88,1%), gdzie miała wykonywane zabiegi chirurgiczne, wstrzyknięcia lub transfuzje. Pojedyncze osoby były poddawane dializom. Prawie dwie trzecie badanych miało również wykonane zabiegi upiększające związane z przerwaniem ciągłości skóry (tatuaże, piercing, scaring).

Tabela 5. Zabiegi, którym poddawani byli respondenci, kiedykolwiek w życiu
Table 5. Procedures done to the respondents ever in lifetime

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%*	N	%*	N	%*
Tatuaże, piercing, scaring/ tatoo, piercing, scaring	Nie/no	27	33,33%	45	40,18%	72	37,31%
	Tak/yes	54	66,67%	67	59,82%	121	62,69%
Zabieg chirurgiczny/ Burgery	Nie/no	8	26,67%	49	44,55%	57	40,71%
	Tak/yes	22	73,33%	61	55,45%	83	59,29%
Dializa/ dialisis	Nie/no	37	97,37%	109	98,20%	146	97,99%
	Tak/yes	1	2,63%	2	1,80%	3	2,01%
Transfuzja/transfusion	Nie/no	36	90,00%	93	84,55%	129	86,00%
	Tak/yes	4	10,00%	17	15,45%	21	14,00%
Zastrzyki, kroplówki w szpitalu/ injections, iv lines in hospital	Nie/no	4	8,33%	27	24,11%	31	19,38%
	Tak/yes	44	91,67%	85	75,89%	129	80,63%

* przy wyliczaniu odsetków nie uwzględniano respondentów, którzy udzielili odpowiedzi „nie pamiętam".

Tabela 6 przedstawia zabiegi medyczne w ciągu ostatniego pół roku przed badaniem. Łącznie (nie uwzględniając hospitalizacji na oddziałach detoksykacyjnych) hospitalizowanych było 14,8% (26/176), z czego mniej więcej połowa wiązała się z zabiegami chirurgicznymi. Zwraca uwagę znacznie częstsze korzystanie z opieki ambulatoryjnej wśród osób rekrutowanych w Gdańsku. Korzystali oni z zabiegów dentystycznych, przyjmowali zastrzyki w warunkach ambulatoryjnych i mieli wykonywane drobne zabiegi chirurgiczne 2 – 3 – krotnie częściej niż respondenci z Krakowa. Z kolei z danych przedstawionych w tabeli 7

wynika, że u znacznie większego odsetka respondentów w Krakowie, niż w Gdańsku rozpoznano choroby zakaźne – zarówno zakażenia wirusami zapalenia wątroby B i C i wirusem HIV, jak i ostre choroby zakaźne – zapalenie wątroby typu A i choroby przenoszone drogą płciową.

Tabela 6. Potencjalne narażenia medyczne w ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie.
Table 6. Potential medical exposure wihin 6 months prior to the survey

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Zabieg chirurgiczny/Surgery	Nie/no	27	90,00%	103	93,64%	130	92,86%
	Tak/yes	3	10,00%	7	6,36%	10	7,14%
Transfuzja/transfusion	Nie/no	39	97,50%	110	100%	149	99,33%
	Tak/yes	1	2,50%		0,00%	1	0,67%
Zastrzyki, kroplówki w szpitalu/ injections, iv lines in hospital	Nie/no	43	89,58%	101	90,18%	144	90,00%
	Tak/yes	5	10,42%	11	9,82%	16	10,00%
Hospitalizacja bez powyższych zabiegów/ hospitalisation without above procedures	Nie/no	20	86,96%	68	97,14%	88	94,62%
	Tak/yes	3	13,04%	2	2,86%	5	5,38%
Zabiegi dentystyczne/dental procedures	Nie/no	14	17,95%	75	66,96%	89	46,84%
	Tak/yes	64	82,05%	37	33,04%	101	53,16%
Zastrzyki kroplówki w przychodni/ injections iv lines in outpatient clinics	Nie/no	13	26,00%	81	72,32%	94	58,02%
	Tak/yes	37	74,00%	31	27,68%	68	41,98%
Drobne zabiegi w ambulatorium/ small surgery in outpatient clinic	Nie/no	19	63,33%	100	90,91%	119	85,00%
	Tak/yes	11	36,67%	10	9,09%	21	15,00%

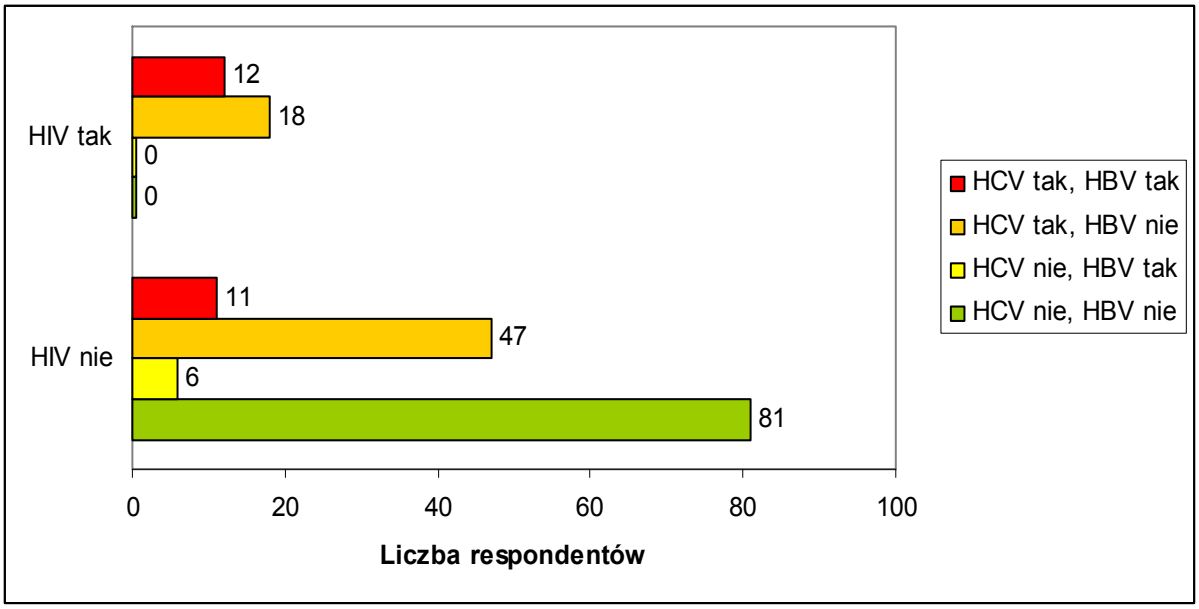
* przy wyliczaniu odsetków nie uwzględniano respondentów, którzy udzielili odpowiedzi „nie pamiętam”.

Wśród 175 respondentów, którzy odpowiedzieli na pytania dotyczące rozpoznanych zakażeń wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz wirusem HIV 12 (6,9%) miało rozpoznane wszystkie te zakażenia. Wszyscy, u których rozpoznano zakażenie wirusem HIV mieli również rozpoznane zakażenie wirusem HCV. 81 osób (46,3%) deklarowało, że nie rozpoznano u nich żadnej z tych infekcji.

Tabela 7. Rozpoznane choroby zakaźne, według wiedzy respondentów
Table 7. Self-reported diagnosed infectious diseases

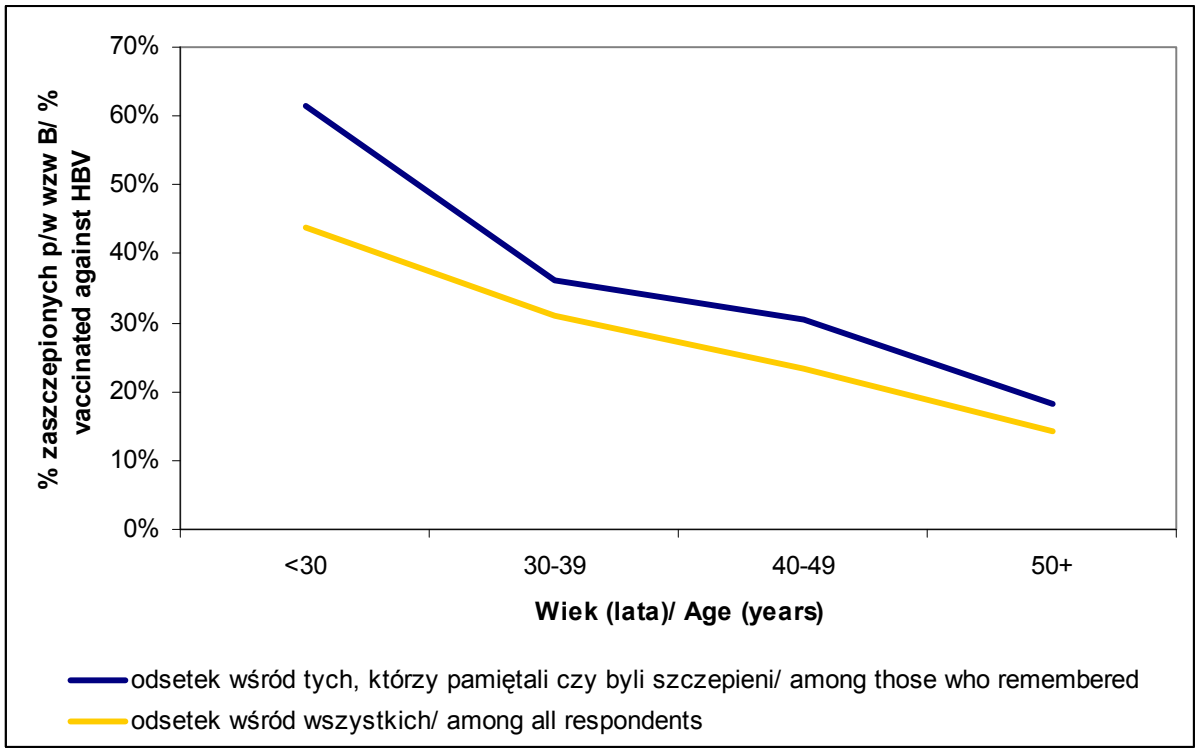
		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Zakażenie HIV lub AIDS	Nie/no	71	88,75%	83	75,45%	154	81,05%
	Tak/yes	9	11,25%	27	24,55%	36	18,95%
WZW A	Nie/no	75	97,40%	96	89,72%	171	92,93%
	Tak/yes	2	2,60%	11	10,28%	13	7,07%
WZW B	Nie/no	70	89,74%	82	78,85%	152	83,52%
	Tak/yes	8	10,26%	22	21,15%	30	16,48%
WZW C	Nie/no	53	68,83%	37	34,26%	90	48,65%
	Tak/yes	24	31,17%	71	65,74%	95	51,35%
Inne choroby przenoszone drogą płciową	Nie/no	73	97,33%	104	93,69%	177	95,16%
	Tak/yes	2	2,67%	7	6,31%	9	4,84%

Rycina 4. Rozpoznane współzakażenia wirusami zapalenia wątroby B i C (HBV i HCV) oraz wirusem HIV.
Figure 4. Self-reported co-infections with HBV, HCV and HIV



65 osób (33,7%) pamiętało, że było zaszczepionych przeciwko wzw B. Pozostali albo nie byli szczepieni (43,5%) albo nie pamiętali, czy byli szczepieni, czy nie (22,8%). Rzadziej byli szczepieni ankietowani z Krakowa (26,8% osób) niż z Gdańska (43,2% osób). Oszacowane odsetki szczepienia w populacji wyniosły 52,9% (38,2% - 67,0%) ogółem, 40,4% (21,7% - 60,8%) w Krakowie i 75,7% (63,0% - 83,8%) w Gdańsku. Odsetek zaszczepionych spadał istotnie wraz z wiekiem (Ryc. 5). Trudno to tłumaczyć rutynowo wykonywanymi szczepieniami 14- latków, gdyż objęły one jedynie grupę w wieku 23 lata i poniżej.

Rycina 5. Stan zaszczepienia przeciwko wzw B według wiedzy respondentów w zależności od wieku.
Figure 5. Self reported immunization status against HBV by age group.



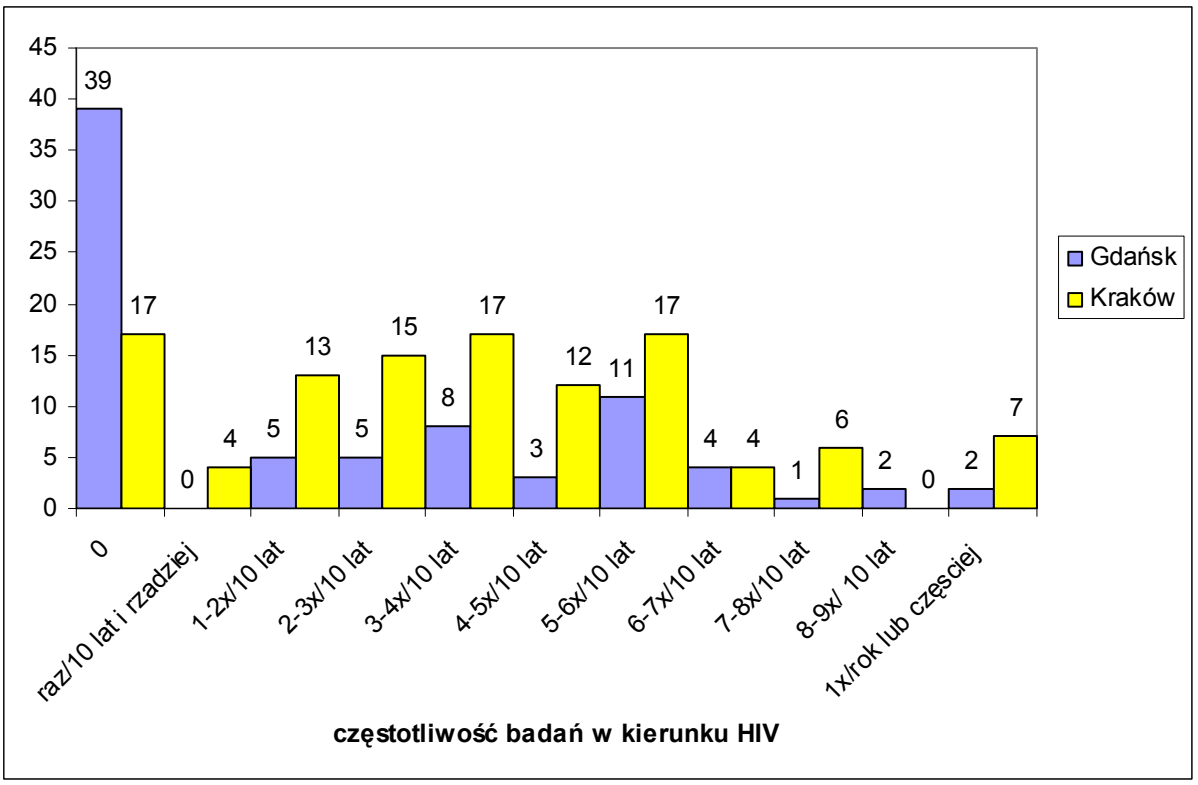
Respondenci zostali zapytani o historię testowania w kierunku HIV. Kiedykolwiek w życiu było badanych około ¾ respondentów, 60% w Gdańsku i prawie 90% w Krakowie. Większość wytycznych zaleca okresowe badanie między innymi w kierunku HIV dożylnych użytkowników narkotyków. W ciągu roku poprzedzającego ankietę badało się około 1/3 respondentów, a w ciągu trzech lat przed ankietą mniej więcej połowa (Tabela 8).
Odsetki osób badanych w kierunku HIV w populacji są jednak znacznie wyższe (około dwukrotnie) w Krakowie niż w Gdańsku.

Wśród osób, które badały się w kierunku HIV połowa badała się częściej niż raz na 3-4 lata.
Wśród osób, które deklarują, że są zakażone HIV 30/36 (83%) jest pod opieką poradni specjalistycznej.

Tabela 8. Testowanie w kierunku HIV
Table 8. Testing for HIV

Odsetki wśród respondentów		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Kiedykolwiek w życiu/ ever	Nie/no	32	40,00%	13	11,93%	45	23,81%
	Tak/yes	48	60,00%	96	88,07%	144	76,19%
W ciągu ostatniego roku/ within past year	Nie/no	53	68,83%	68	63,55%	121	65,76%
	Tak/yes	24	31,17%	39	36,45%	63	34,24%
W ciągu ostatnich 3 lat/ within 3 years priori to the study	Nie/no	42	54,55%	47	43,93%	89	48,37%
	Tak/yes	35	45,45%	60	56,07%	95	51,63%
Oszacowane odsetki w populacji							
Kiedykolwiek w życiu						69,5% (59,2% - 76,5%)	
Podczas ostatnich 36 miesięcy		35,6% (28,5% - 44,1%)		67,7% (54,5% - 80,7%)		53,1% (44,1% - 64,0%)	
Podczas ostatnich 12 miesięcy		19,9% (13,2% - 28,2%)		40,4% (25,1% - 61,5%)		31,0% (21,7% - 44,3%)	

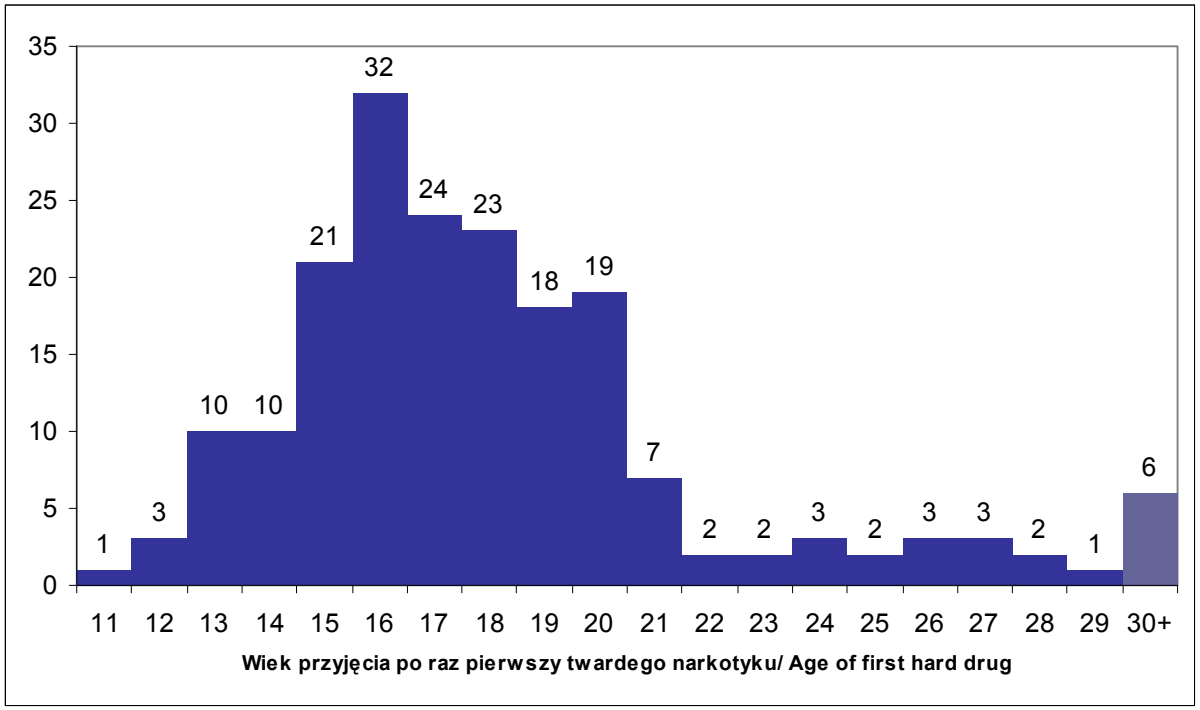
Rycina 6. Częstotliwość testowania w kierunku HIV wśród respondentów w Gdańsku i w Krakowie
Figure 6. Frequency of HIV testing among respondents in Gdańsk and Kraków



4. Historia przyjmowania narkotyków

Większość ankietowanych po raz pierwszy po twardy narkotyk (opiaty, amfetamina, kokaina lub każdy przyjęty dożylnie) sięgnęła w wieku 16-18 lat (Ryc. 7), ale wiek ten wahał się w badanej grupie od 11 do 44 lat, średnio 18,3 podobnie w Gdańsku i w Krakowie (odpowiednio 18,7 i 18,0).

Rycina 7. Rozkład wieku przyjęcia pierwszego twardego narkotyku.
Figure 7. Distribution of the age at taking of the first hard drug



Najczęściej historia przyjmowania twardych narkotyków rozpoczynała się od przyjęcia amfetaminy (43,5% respondentów) lub opiatów (51,8%), choć odsetki te znacząco różniły się pomiędzy mieszkańcami województwa małopolskiego i pomorskiego – w pomorskim większość rozpoczynała od amfetaminy, podczas gdy w małopolskim od opiatów. Wśród opiatów najczęściej wymieniane były heroina (40%) i kompot (31%).

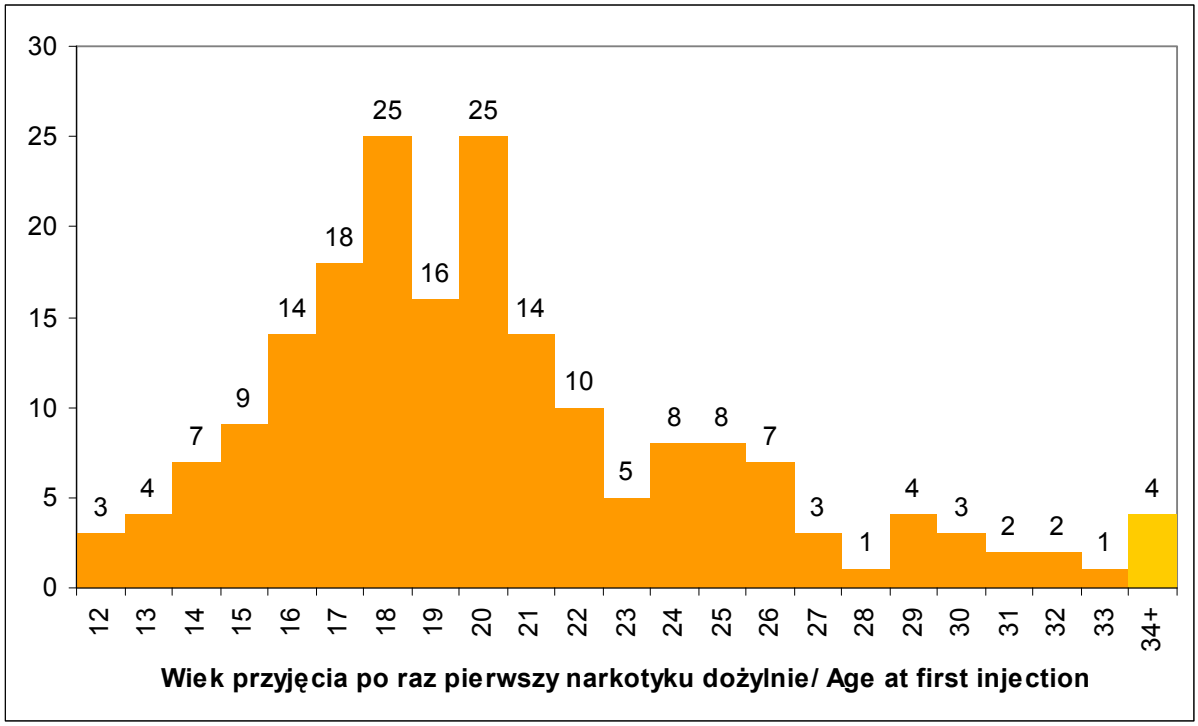
Przeważająca większość rozpoczynała wstrzykiwanie narkotyków od opiatów (81%), najczęściej heroiny (53,5%) lub kompotu (28,7%). W Krakowie stosunkowo częściej niż w Gdańsku pierwszym narkotykiem przyjmowanym dożylnie była amfetamina – w przypadku 21,43% badanych w porównaniu do 12,35% w Gdańsku. Z kolei w Gdańsku amfetamina była

znacznie częściej niż w Krakowie pierwszym w życiu twardym narkotykiem (dla 58,02% respondentów w Gdańsku i 33,04% w Krakowie).

Tabela 9. Pierwszy twardy narkotyk przyjęty przez respondentów i pierwszy narkotyk przyjęty przez respondentów dożylnie
Table 9. First hard drug taken by the respondents and the first drug injected by the respondents

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Pierwszy twardy narkotyk/ First hard drug	AMFETAMINA	47	58,02%	37	33,04%	84	43,52%
	OPIATY	30	37,04%	70	62,50%	100	51,81%
	KOKAINA	4	4,94%	2	1,79%	6	3,11%
	Inne		0,00%	2	1,79%	2	1,04%
	b.d.		0,00%	1	0,89%	1	0,52%
Pierwszy narkotyk przyjęty dożylnie/ First injected drug	AMFETAMINA	10	12,35%	24	21,43%	34	17,62%
	OPIATY	71	87,65%	86	76,79%	157	81,35%
	KOKAINA		0,00%	1	0,89%	1	0,52%
	Inne		0,00%	1	0,89%	1	0,52%

Rycina 8. Rozkład wieku w momencie pierwszego wstrzyknięcia narkotyku
Figure 8. Distribution of age at first injection



Wiek pierwszego wstrzyknięcia narkotyku wahał się od 12 do 44 lat, ale większość respondentów zrobiła to w wieku 17-20 lat. Średnia wieku przy pierwszej iniekcji wyniosła 20,4 lata (21,5 w Gdańsku i 19,6 w Krakowie). Kobiety przyjęły pierwszy twardy narkotyk oraz pierwszy narkotyk w iniekcji nieco później niż mężczyźni – pierwszy twardy narkotyk średnio w wieku 19,3 lat (mężczyźni 17,9 lat) a pierwszy narkotyk w iniekcji średnio w wieku 21,3 lat (mężczyźni 20,1 lat).

Średni czas pomiędzy przyjęciem pierwszego twardego narkotyku, a przyjęciem narkotyku w iniekcji wyniósł 2,2 lata i był istotnie dłuższy wśród respondentów z Gdańska (2,9 lat) niż wśród respondentów z Krakowa (1,8 lat), a porównywalny pomiędzy kobietami i mężczyznami zarówno w Gdańsku jak i w Krakowie. Dla ponad połowy respondentów przyjęcie pierwszego twardego narkotyku nastąpiło w tym samym roku co pierwsze wstrzyknięcie narkotyku. Zwraca jednak uwagę, że około 20% respondentów przyjęło pierwszy twardy narkotyk w 5 lub więcej lat po przyjęciu pierwszego narkotyku twardego, a dla pojedynczych osób czas ten wyniósł nawet ponad 10 lat (Rycina 9)

Rycina 9. Czas, który upłynął pomiędzy przyjęciem pierwszego twardego narkotyku a przyjęciem pierwszego narkotyku w iniekcji.
Figure 9. Time between first time use of a hard drug and first injection.

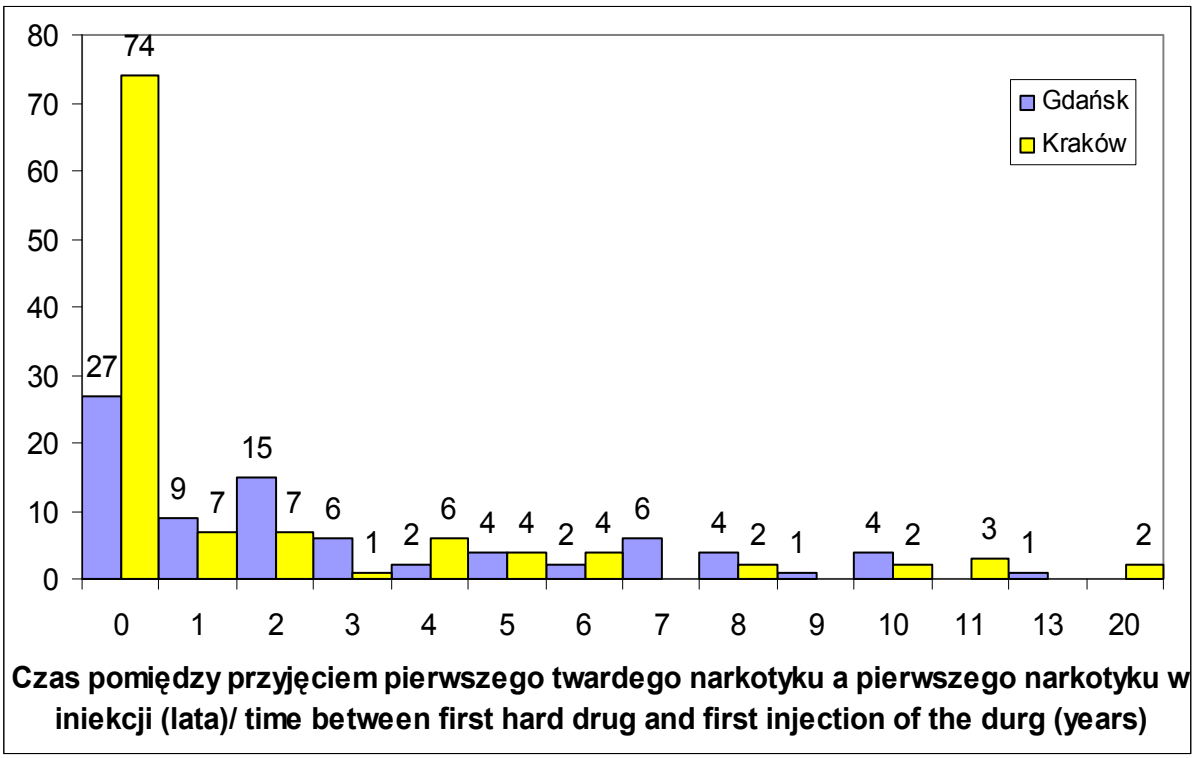


Tabela 10. Czas pierwszej i ostatniej iniekcji
Table 10. Time of the first and the last injection

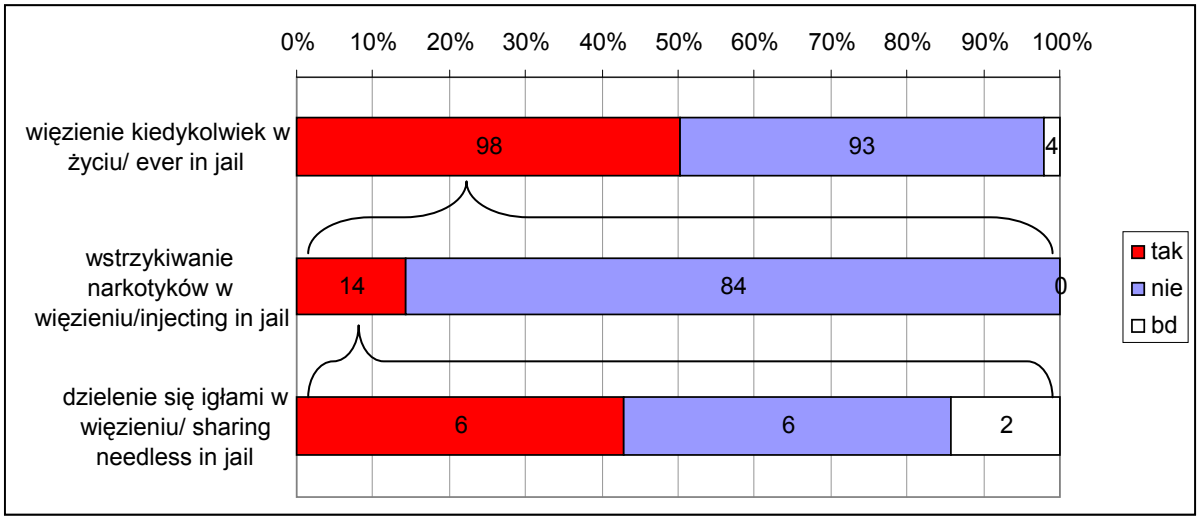
Odsetki wśród respondentów		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Pierwsza iniekcja/ First injection	W ciągu ostatnich 30 dni/last 30 days	2	2,47%		0,00%	2	1,04%
	30 dni do 6 miesięcy temu/30days – 6 months ago	1	1,23%	3	2,68%	4	2,07%
	6 do 12 miesięcy temu/ 6 – 12 months ago	6	7,41%	1	0,89%	7	3,63%
	1 rok do 2 lat temu/ 1-2 years ago	10	12,35%	1	0,89%	11	5,70%
	2 – 5 lat temu/ 2-5 years ago	24	29,63%	11	9,82%	35	18,13%
	6 – 10 lat temu/ 6 -10 years ago	10	12,35%	25	22,32%	35	18,13%
	10 lub więcej lat temu/ 10 or more years ago	26	32,10%	61	54,46%	87	45,08%
	Nie pamiętam/Do not remember	2	2,47%	10	8,93%	12	6,22%
Ostatnia iniekcja/ Last injection	W ciągu ostatnich 30 dni/last 30 days	59	72,84%	22	19,64%	81	41,97%
	30 dni do 6 miesięcy temu/30days – 6 months ago	8	9,88%	23	20,54%	31	16,06%
	6 do 12 miesięcy temu/ 6 – 12 months ago		0,00%	17	15,18%	17	8,81%
	1 rok do 2 lat temu/ 1-2 years ago	4	4,94%	15	13,39%	19	9,84%
	2 – 5 lat temu/ 2-5 years ago	2	2,47%	15	13,39%	17	8,81%
	6 – 10 lat temu/ 6 -10 years ago	4	4,94%	13	11,61%	17	8,81%
	10 lub więcej lat temu/ 10 or more years ago	2	2,47%	4	3,57%	6	3,11%
	Nie pamiętam/dont remember	2	2,47%	3	2,68%	5	2,59%
Oszacowane odsetki w populacji							
Pierwsza iniekcja mniej niż 2 lata temu/ recent injectors		32,2% (20,3% - 46,3%)		4,2% (1,1% - 8,9%)		16,5% (10,5% - 26,0%)	
Ostatnia iniekcja w ciągu ostatniego miesiąca/ current injector		67,7% (56,2% - 78,9%)		8,3% (4,8% - 15,1%)		33,2% (24,3% - 46,7%)	

W Tabeli 10 przedstawiono szczegóły dotyczące czasu pierwszej i ostatniej przed wypełnianiem ankiety iniekcji. Należy zauważyć, że wśród badanych było 12,4% tzw. niedawnych użytkowników dożylnych (recent injectors) (wg definicji osoby, które przyjęły pierwszy narkotyk dożylnie nie dawniej niż dwa lata przed wypełnianiem ankiety). Stanowili oni 23,46% badanych w Gdańsku, ale tylko 4,46% w Krakowie (oszacowania dla populacji odpowiednio 32,2% i 4,2%). Bardzo liczną grupę stanowiły również osoby, które rozpoczęły przyjmowanie narkotyków dożylnie przed 10 laty lub jeszcze dawniej.

Biorąc pod uwagę datę ostatniej iniekcji – ponad 40% ankietowanych należało do grupy osób aktualnie przyjmujących narkotyki dożylnie (current injectors) (wg definicji osoby, które wstrzykiwały narkotyk w ciągu ostatnich 30 dni). I tu również wystąpiły różnice pomiędzy uczestnikami badania w Gdańsku (72,8% osób aktualnie przyjmujących narkotyki dożylne) a respondentami z Krakowa (19,6%). Ponad 20% ankietowanych po raz ostatni wstrzyknęło narkotyk ponad 2 lata przed wypełnieniem ankiety. Większość z nich to mieszkańcy Krakowa. Różnice te najprawdopodobniej odzwierciedlają sposób rekrutacji i rozszerzanie się badania na odizolowane podgrupy osób aktualnie biorących, osób, które zakończyły swoją karierę dożylnego przyjmowania narkotyków, osób, które niedawno rozpoczęły wstrzykiwanie narkotyku itp. Różnice w oszacowaniach dla populacji są jeszcze większe – jedynie 8,3% osób, które choć raz przyjęły narkotyk we wstrzyknięciu w Krakowie aktualnie wstrzykują narkotyki w porównaniu do 67,7% w Gdańsku.

W przybliżeniu 88% ankietowanych podaje, że zdarzyły się im okresy, kiedy przyjmowali narkotyki dożylnie codziennie lub prawie codziennie (podobnie w Krakowie i w Gdańsku). Okresy „ciągów" trwały łącznie średnio około 5 lat, z tym, że dłużej wśród ankietowanych z Krakowa, którzy z reguły mieli dłuższą historię przyjmowania narkotyków. Średnia liczba wstrzyknięć podczas okresów codziennego przyjmowania narkotyków wyniosła około 3 wstrzyknięcia.

Rycina 10. Pobyty w więzieniu, wstrzykiwanie narkotyków oraz dzielenie się sprzętem w więzieniach.
Figure 1. Jail sentences, injecting drugs and equipment sparing in jails.



Rycina 10 podsumowuje przyjmowanie narkotyków w więzieniach. Spośród osób, które kiedykolwiek w życiu były osadzone w więzieniach lub innych jednostkach penitencjarnych 14,3% przyjmowało tam narkotyki drogą dożylną. Odsetek ten był wyższy wśród mężczyzn (16,1%) niż wśród kobiet (5,9%). Zwiększał się również wraz z liczbą osadzeń – wśród osób, które przebywały w placówkach penitencjarnych 1-2 razy wyniósł 10,9%, a wśród tych, którzy byli w więzieniach 3 lub więcej razy – 19,1%. Spośród tych, którzy wstrzykiwali narkotyki w więzieniach około połowa dzieliła się igłami lub strzykawkami.

Ponad połowa respondentów w swoim życiu dzieliła się sprzętem do wstrzykiwania narkotyku (igły strzykawki). Odsetek ten był znacząco wyższy w Krakowie (73,6%) niż w Gdańsku (35,5%).

Tabela 11. Dzielenie się sprzętem do wstrzyknięć (igły, strzykawki).
Table 11. Sharing injecting equipment (needles, syringes)

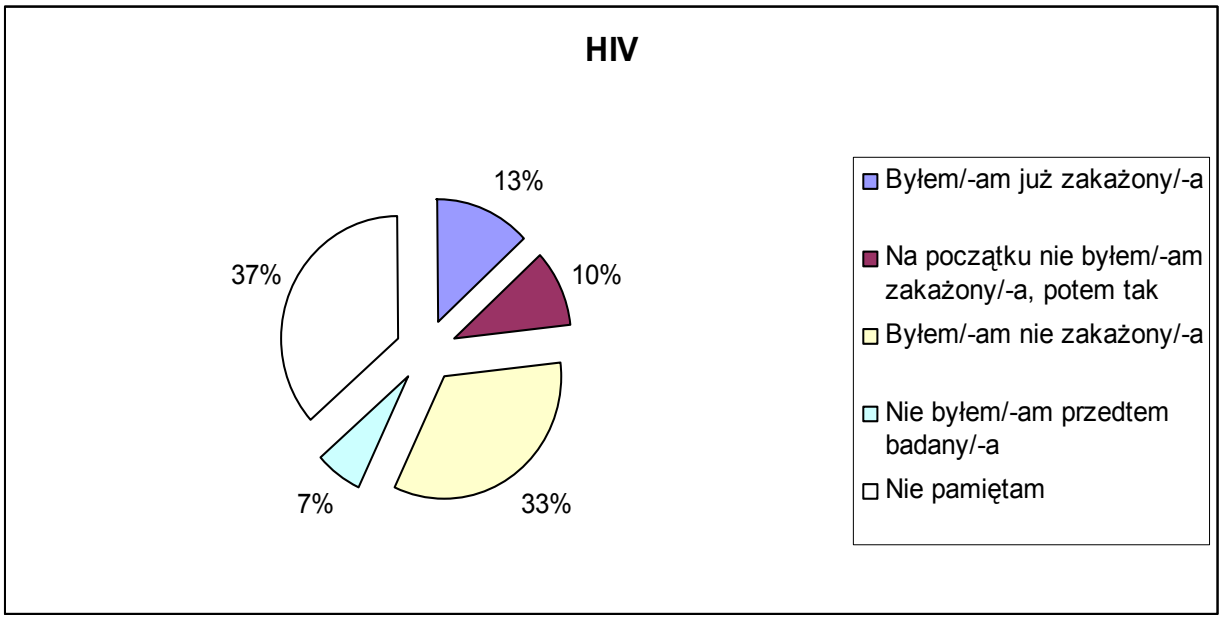
Dzielenie się sprzętem do wstrzykiwania:		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Kiedykolwiek w życiu/ ever	Tak/yes	27	35,53%	81	73,64%	108	58,06%
	Nie/no	49	64,47%	29	26,36%	78	41,94%
W ciągu ostatniego roku/ within past year	Tak/yes	8	10,53%	22	20,00%	30	16,13%
	Nie/no	68	89,47%	88	80,00%	156	83,87%
Kiedykolwiek z osobą zakażoną HIV/ever with a person infected with HIV	Tak/yes	2	2,90%	28	28,00%	30	17,75%
	Nie/no	67	97,10%	72	72,00%	139	82,25%
Kiedykolwiek z osobą zakażoną wzw/ever with a person infected with hepatitis virus	Tak/yes	2	2,86%	32	32,32%	34	20,12%
	Nie/no	68	97,14%	67	67,68%	135	79,88%

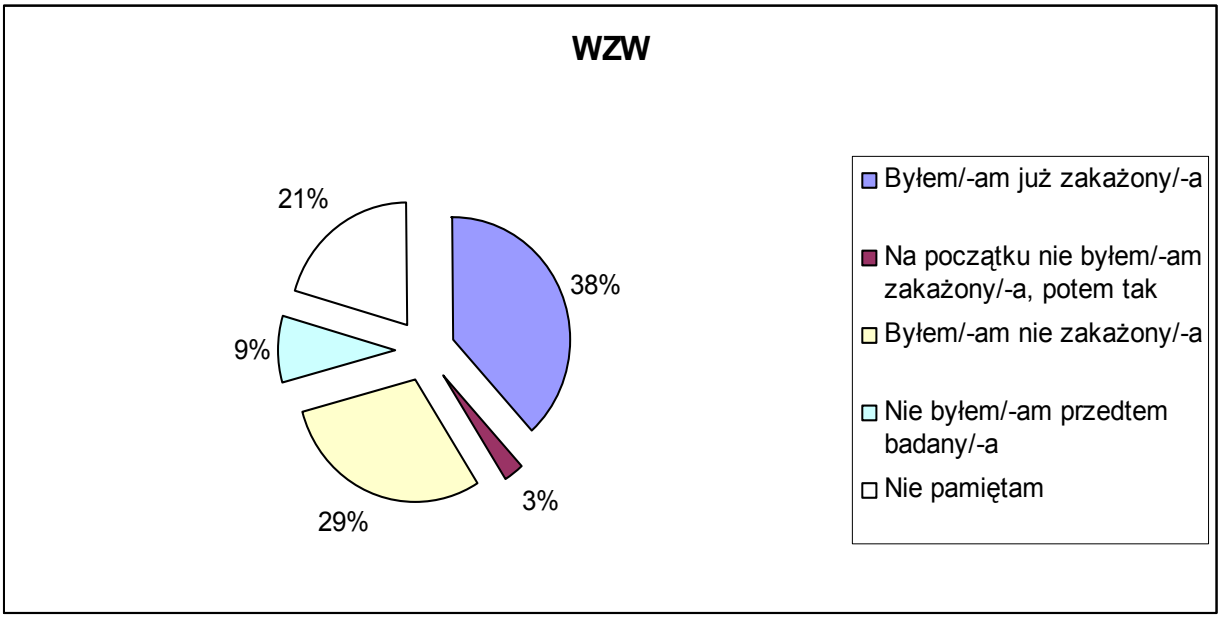
Znacznie więcej respondentów z Krakowa odpowiedziało również, że dzieliło się sprzętem z osobami, o których wiedzieli, że są zakażone wirusami HIV lub zapalenia wątroby. Należy jednak zauważyć, że grupa rekrutowana w Krakowie i Gdańsku różniła się pod względem długości kariery narkotykowej, jak również okresu kalendarzowego, kiedy wstrzykiwali (w Krakowie w dużym odsetku respondenci wstrzykiwali narkotyki nawet przed 10 laty). Spore różnice występowały również w odsetku osób z rozpoznanymi chorobami zakaźnymi.

Wyniki dotyczące statusu serologicznego osób, które dzieliły się sprzętem do wstrzykiwania z osobami zakażonymi dotyczą w zasadzie jedynie mieszkańców Krakowa (Rycina 11). Większość z tych, którzy dzielili sprzęt z zakażonymi HIV nie była wówczas zakażona HIV

lub nie była wcześniej badana w kierunku HIV. W przypadku wzw duża część respondentów wcześniej już wiedziała o swoim zakażeniu.

Rycina 11. Status serologiczny wśród osób, które dzieliły się sprzętem do wstrzyknięć z osobami, o których wiedziały, że są zakażone odpowiednio HIV lub wzw.
Figure 11. Serological status of the persons who shared injecting equipement with persons known to be infected with HIV or hepatitis virus respectively.





Porównując jak często osoby, które w ogóle dzieliły się igłami/strzykawkami, robiły to z osobami, o których wiedziały, że są zakażone HIV, widać że częściej robiły to osoby, które

już wiedziały, że są zakażone tym wirusem (Tabela 12) (29,17% vs 16,44%; p=0,0356). W przypadku zakażenia wirusem zapalenia wątroby nie zaobserwowano takiej różnicy (p=0,5504).

Tabela 12. Status serologiczny a dzielenie się sprzętem z osobami zakażonymi wśród osób, które wstrzykiwały używanym sprzętem.
Table 12. Serological status and sparing equipment with persons infected among respondents, who ever shared equipment

Dzielenie się sprzętem z osobą zakażoną HIV/ equipment sharing with HIV positive person		Status HIV wg respondentów w momencie dzielenia się sprzętem/ Reported HIV status at the time of equipment sharing				
		HIV+	HIV-	Nie badany/Not tested	Nie pamięta/ Not remembered	Razem/ Total
Tak/ yes	N	7	12	7	26	7
	%	29,17%	16,44%	63,64%	24,07%	29,17%
Nie/ no	N	9	52	3	64	9
	%	37,50%	71,23%	27,27%	59,26%	37,50%
Nie pamięta/ not remember	N	8	9	1	18	8
	%	33,33%	12,33%	9,09%	16,67%	33,33%
Razem/total		24	73	11	108	24
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dzielenie się sprzętem z osobą zakażoną wzw/ equipment sharing with person infected with hepatitis		Status wzw wg respondentów w momencie dzielenia się sprzętem/ Reported hepatitis status at the time of equipment sharing				
		hep+	hep-	Nie badany/Not tested	Nie pamięta/ Not remembered	Razem/ Total
Tak/ yes	N	13	11	3	6	33
	%	40,63%	39,29%	14,29%	22,22%	30,56%
Nie/ no	N	18	13	13	14	58
	%	56,25%	46,43%	61,90%	51,85%	53,70%
Nie pamięta/ not remember	N	1	4	5	7	17
	%	3,13%	14,29%	23,81%	25,93%	15,74%
Razem/total		32	28	21	27	108
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

5. Przyjmowanie narkotyków podczas 30 dni poprzedzających wypełnienie ankiety

Respondenci zostali zapytani o stosowanie w ciągu ostatnich 30 dni wszystkich substancji psychoaktywnych wyłączając te stosowane ze wskazań medycznych w tym w ramach leczenia substytucyjnego. Łącznie substancje takie przyjmowało 113 osób (58,6% wszystkich respondentów), w tym 69 (85,2%) respondentów z Gdańska oraz 44 (39,3%) z Krakowa. W tabeli 13 przedstawione są podstawowe substancje psychoaktywne stosowane przez respondentów podczas 30 dni poprzedzających badanie.

Dla większości respondentów z Gdańska podstawową substancją przyjmowaną podczas 30 dni poprzedzających badanie była heroina (prawie 80% badanych), podczas gdy w Krakowie – alkohol (38%) lub amfetamina (31%).

Tabela 13. Podstawowe substancje psychoaktywne stosowane przez respondentów w ciągu 30 dni poprzedzających badanie.
Table 13. Basic drug taken by the respondents during 30 days before the survey.

	Gdańsk		Kraków		Razem/total	
	N	%	N	%	N	%
HEROINA / heroine	55	79,71%	3	7,14%	58	52,25%
KOMPOT / homemade opiates	5	7,25%	3	7,14%	8	7,21%
INNE OPIATY / other opiates	2	2,90%	4	9,52%	6	5,41%
AMFETAMINA /amphetamine	4	5,80%	13	30,95%	17	15,32%
KOKAINA / cocaine	2	2,90%	0	0,00%	2	1,80%
THC	1	1,45%	1	2,38%	2	1,80%
ALKOHOL/ alcohol	0	0,00%	16	38,10%	16	14,41%
BENZODIAZEPINY / benzodiazepines		0,00%	2	4,76%	2	1,80%
RAZEM/TOTAL	69	100,00%	42*	100,00%	111	100,00%

* dwie osoby z Krakowa nie podały podstawowej substancji

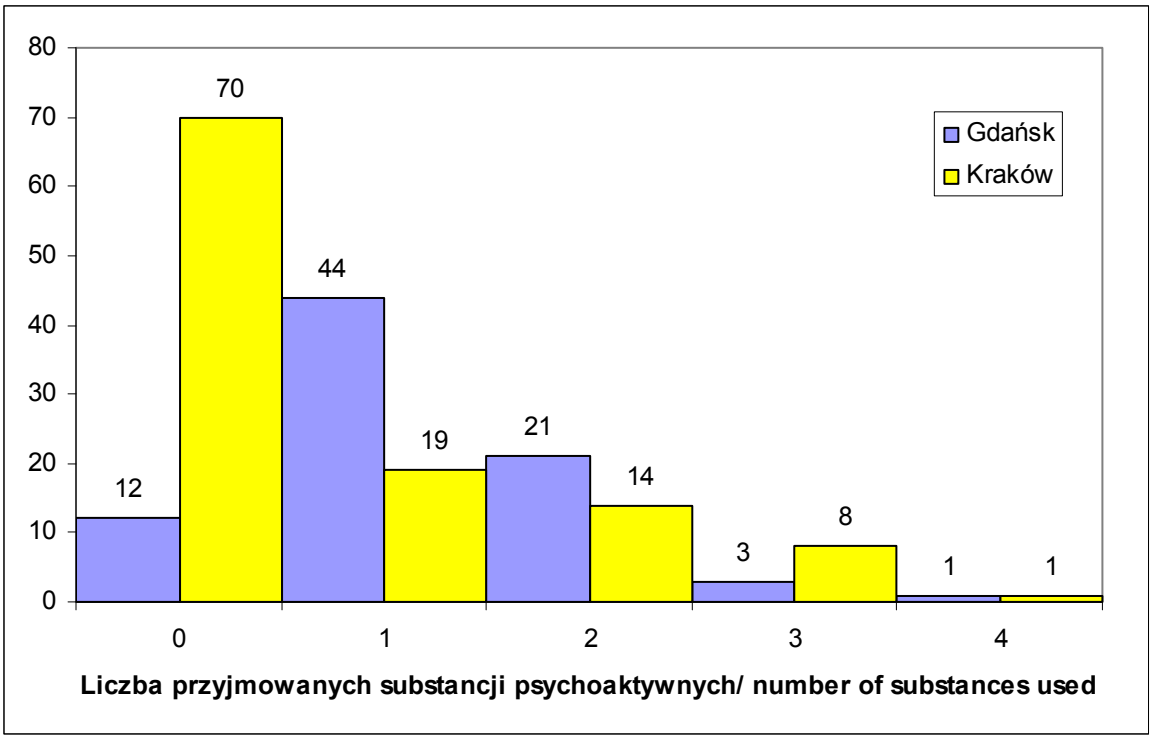
Tabela 14. Oszacowany rozkład podstawowych substancji psychoaktywnych przyjmowanych w ciągu ostatnich 30 dni.
Table 14. Estimated distribution of the basic substances taken during last 30 days.

	Gdańsk	Kraków	Razem
Rozkład w całej populacji osób, które choć raz przyjęły narkotyk dożylnie:			
Opiaty	71,0% (59,9% - 81,7%)	3,6% (1,4% - 8,7%)	29,5% (19,7% - 45,1%)
Amfetamina	6,8% (1,7% - 12,9%)	3,9% (1,8% - 8,3%)	5,5% (2,5% - 9,0%)
Alkohol	-	17,5% (6,6% - 36,5%)	10,7 % (3,6% - 21,5%)
Inne	6,6% (1,9% - 13,1%)	0,5% (0,2% - 1,7%)	3,1% (0,6% - 6,7%)
Nie przyjmowały w tym okresie	15,8% (8,4% - 23,5%)	74,6% (53,5% - 84,8%)	51,3% (33,8% - 61,6%)
Rozkład wśród osób, które przyjmowały substancje psychoaktywne w tym okresie:			
Opiaty	84,3%	14,2%	60,6%
Amfetamina	8,1%	15,4%	11,3%
Alkohol	0,0%	68,9%	22,0%
Inne	7,8%	2,0%	6,4%

Według oszacowań zrobionych dla populacji (Tabela 14) W Krakowie odsetek osób, które nie przyjmowały żadnych substancji psychoaktywnych w ciągu 30 dni przed badaniem, jest jeszcze większy – prawie trzy czwarte. Skorygowane wartości są również mniejsze dla opiatów i amfetaminy, zaś dla prawie dwóch trzecich populacji, która przyjmowała substancje psychoaktywne w ciągu 30 dni podstawową substancją był alkohol.

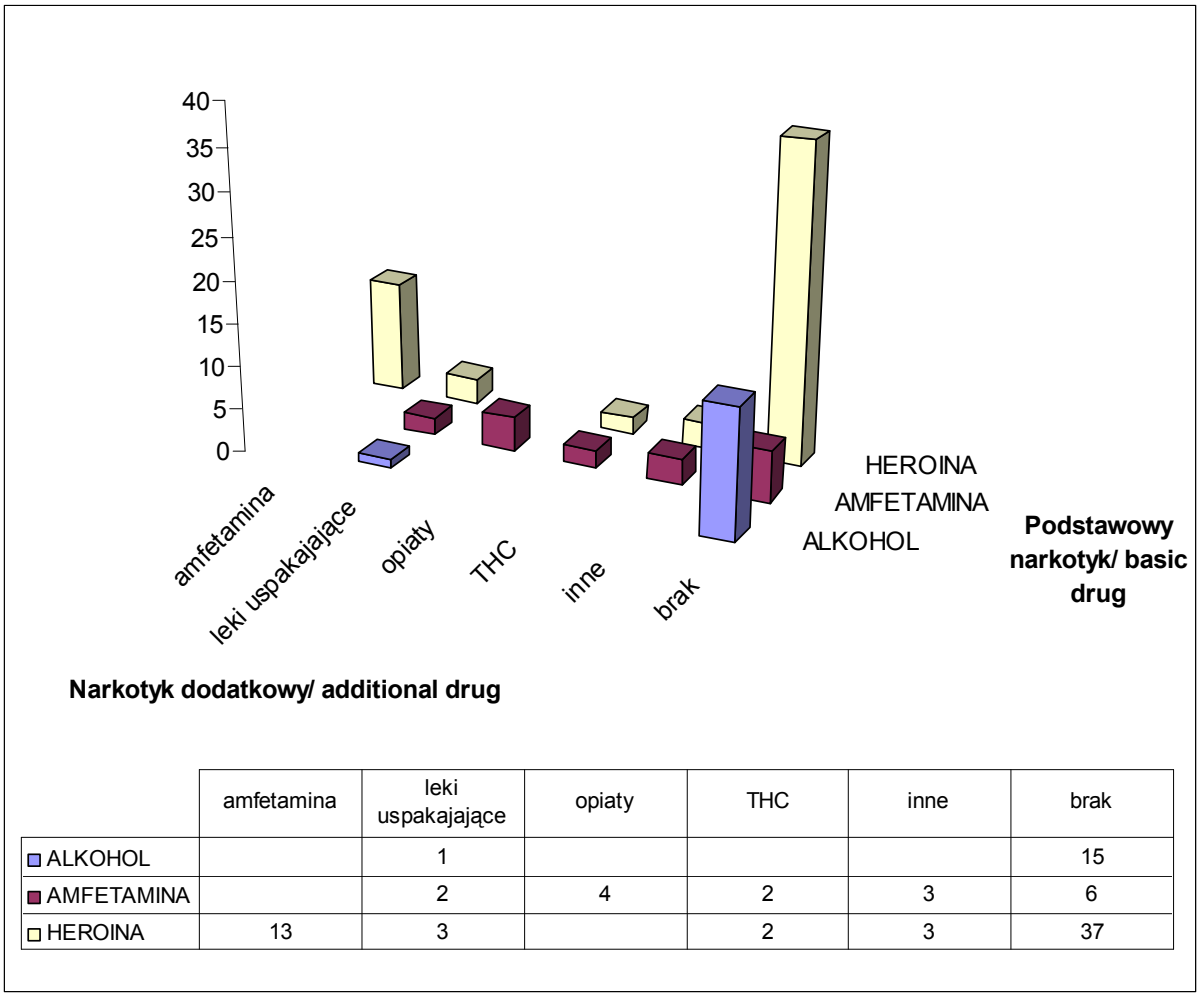
Spośród osób, które przyjmowały narkotyk podczas tych 30 dni większość przyjmowała tylko jedną substancję psychoaktywną. Trzy lub więcej substancji przyjmowało około 12% respondentów.

Rycina 12. Liczba substancji psychoaktywnych przyjmowanych przez respondentów w Gdańsku i w Krakowie podczas 30 dni poprzedzających badanie
Figure. 12 Number of psychoactive substances used by the respondents in Gdańsk and Krakow during 30 days preceding the study.



Odsetek respondentów, którzy przyjmowali więcej niż jedną substancję, zależał od tego, jaka była podstawowa substancja przyjmowana przez respondentów. Rycina 13 przedstawia dodatkowe substancje wśród osób przyjmujących jako substancję podstawową heroinę, amfetaminę lub alkohol. Osoby, które przyjmowały podstawowo amfetaminę w 65% przyjmowały także inne substancje. Osoby przyjmujące heroinę w 36% przyjmowały również inny narkotyk – najczęściej amfetaminę. Respondenci pijący alkohol w praktyce nie przyjmowali innych substancji psychoaktywnych.

Rycina 13. Przyjmowanie dodatkowych substancji psychoaktywnych według podstawowej substancji przyjmowanej przez ostatnich 30 dni przed badaniem
Figure 13. Additional substances used during the 30 days preceding the study by the basic substance used.



	amfetamina	leki uspakajające	opiaty	THC	inne	brak
ALKOHOL		1				15
AMFETAMINA		2	4	2	3	6
HEROINA	13	3		2	3	37

Tabela 15. Droga przyjmowania podstawowej substancji przyjmowanej podczas 30 dni poprzedzającej badanie.
Table 15. Route of administration of the basic substance taken during the 30 days preceding the study

	Gdańsk		Kraków		ogółem/total	
	N	%	N	%	N	%
W iniekcji/ injection*	58	84,06%	22	50,00%	80	70,80%
Palenie/ smoking	4	5,80%	1	2,27%	5	4,42%
Wąchanie/inhalation*	17	24,59%	2	4,55%	19	16,81%
Jedzenie, picie/ eating, drinking	2	2,90%	17	38,64%	19	16,81%
Bd./no data	-	0,00%	2	4,55%	2	1,77%
Ogółem/total	69	100,00%	44	100,00%	113	100,00%

*12 respondentów z Gdańska (17,39%) przyjmowało podstawowy narkotyk (heroinę) zarówno w iniekcji jak i przez inhalację

Respondenci najczęściej przyjmowali narkotyk podstawowy drogą iniekcji, częściej w Gdańsku niż w Krakowie. W Gdańsku ponadto była stosunkowo duża grupa (12 osób, 17%) przyjmująca heroinę zarówno w inhalacjach, jak i w iniekcji. Z kolei w Krakowie dużą grupę stanowiły osoby pijące alkohol jako podstawową substancję psychoaktywną.

Tabela 16. Iniekcje i dzielenie się sprzętem podczas 30 dni poprzedzających badanie
Table 16. Injections and equipment sharing during the 30 days preceding the study

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Iniekcje podczas ostatnich 30 dni/injecting during last 30 days	Tak/yes	59	72,84%	22	19,64%	81	41,97%
	Nie/no	22	27,16%	88	78,57%	110	56,99%
	Bd / no data		0,00%	2	1,79%	2	1,04%
Częstość iniekcji podczas ostatnich 30 dni/frequency of injections during lat 30 days	4x dzień lub więcej, praktycznie codziennie	3	5,08%	6	27,27%	9	11,11%
	2-3x dziennie, praktycznie codziennie	38	64,41%	5	22,73%	43	53,09%
	Mniej więcej raz dziennie	8	13,56%		0,00%	8	9,88%
	4-6 razy w tygodniu		0,00%	2	9,09%	2	2,47%
	2-3 razy w tygodniu	3	5,08%	1	4,55%	4	4,94%
	Mniej więcej raz w tygodniu	3	5,08%	1	4,55%	4	4,94%
	Rzadziej niż raz w tygodniu	3	5,08%	7	31,82%	10	12,35%
	Nie pamiętam	1	1,69%		0,00%	1	1,23%
Dzielenie się igłami/strzykawkami podczas ostatnich 30 dni/ needle, syringe sharing last 30 days	Tak/yes	11	13,58%	6	5,36%	17	8,81%
	Nie/no	70	86,42%	106	94,64%	176	91,19%
Dzielenie się igłami/strzykawkami podczas ostatnich 30 dni wśród osób, które w tym czasie wstrzykiwały narkotyk/ needle, syringe sharing last 30 days among those who injected during this time	Tak/yes	11	18,64%	6	27,27%	17	20,99%
	Nie/no	48	81,36%	16	72,73%	64	79,01%
Częstość dzielenia się igłami/strzykawkami podczas ostatnich 30 dni/ frequency needle, syringe sharing last 30 days	4x dzień lub więcej, praktycznie codziennie	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	2-3x dziennie, praktycznie codziennie	1	1,23%	2	1,79%	3	1,55%
	Mniej więcej raz dziennie	2	2,47%		0,00%	2	1,04%
	4-6 razy w tygodniu	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	2-3 razy w tygodniu	1	1,23%		0,00%	1	0,52%
	Mniej więcej raz w tygodniu	1	1,23%		0,00%	1	0,52%
	Rzadziej niż raz w tygodniu	-	0,00%	1	0,89%	1	0,52%
	Nie pamiętam	6	7,41%	3	2,68%	9	4,66%

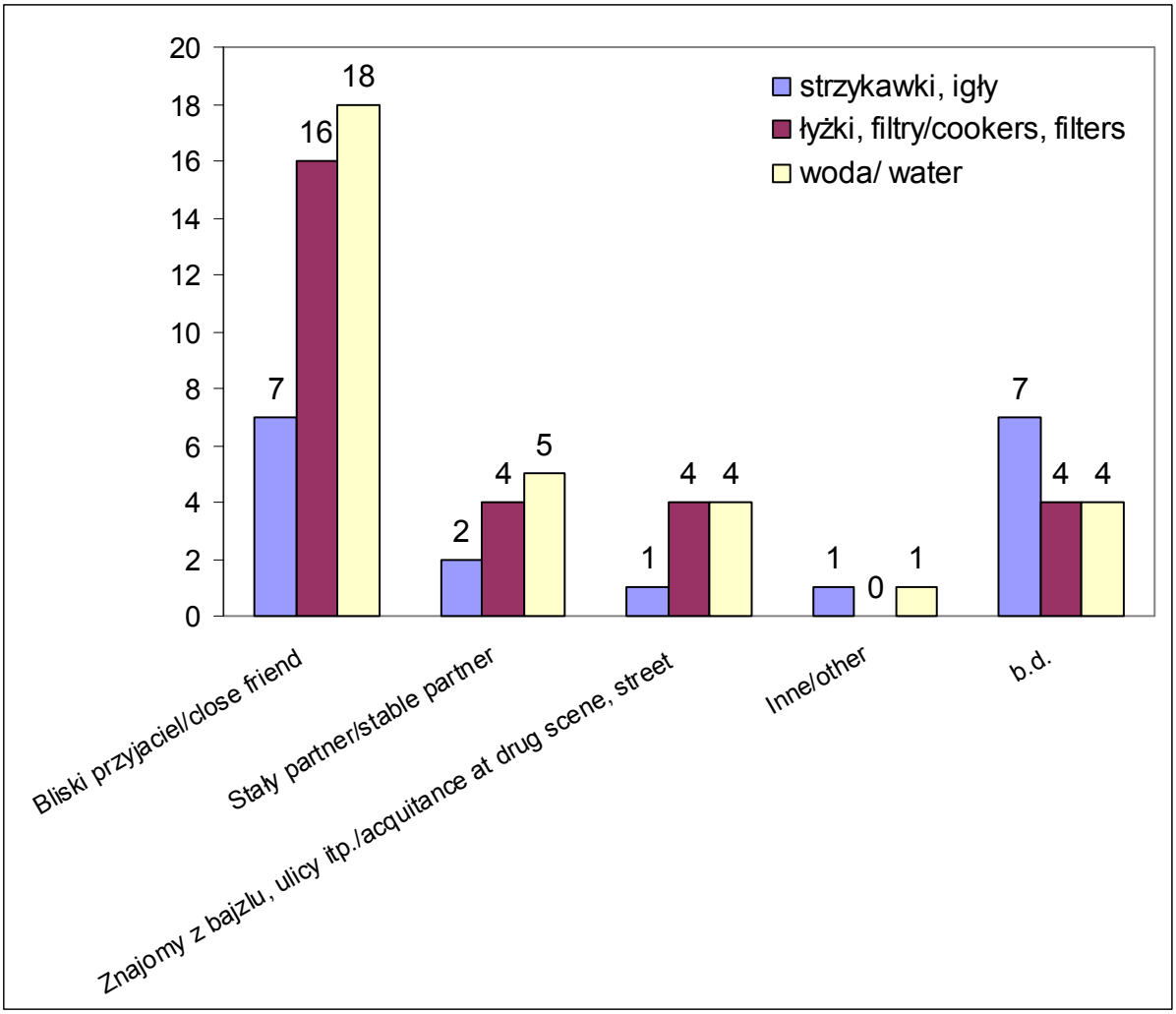
		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Używanie wspólnych filtrów/łyżek w ciągu ostatnich 30 dni, wśród osób, które wstrzykiwały w ciągu ostatnich 30 dni i nie dzieliły się igłami lub strzykawkami/ sharing cookers/filters among respondents who injected last 30 days and did not share needles/syringes	Nie, wtedy zawsze swoje / no, in these situations always had own	38	79,17%	10	62,50%	48	75,00%
	Tak, czasami, ale częściej swoje/ yes, sometimes, but more often had own	7	14,58%	3	18,75%	10	15,63%
	Tak, często/ yes often	-	0,00%	2	12,50%	2	3,13%
	Tak, zawsze/ yes always	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	Nie pamiętam/ not remember	3	6,25%	1	6,25%	4	6,25%
Używanie wspólnych pojemników/wody w ciągu ostatnich 30 dni, wśród osób, które wstrzykiwały w ciągu ostatnich 30 dni i nie dzieliły się igłami lub strzykawkami/ sharing water among respondents who injected last 30 days and did not share needles/syringes	Nie, wtedy zawsze swoje / no, in these situations always had own	38	79,17%	9	56,25%	47	73,44%
	Tak, czasami, ale częściej swoje/ yes, sometimes, but more often had own	8	16,67%	3	18,75%	11	17,19%
	Tak, często/ yes often		0,00%	2	12,50%	2	3,13%
	Tak, zawsze/ yes always	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	Nie pamiętam/ not remember	2	4,17%	2	12,50%	4	6,25%

Podczas 30 dni przed badaniem 42% respondentów wstrzykiwało narkotyk, większy odsetek w Gdańsku (72,8%) niż w Krakowie (19,6%). Wśród tych, którzy wstrzykiwali, 75% robiło to codziennie, najczęściej 2-3 razy dziennie (tabela 16). Spośród wszystkich respondentów 8,8% dzieliło się igłami/strzykawkami podczas 30 dni. Biorąc pod uwagę jedynie tych, którzy wstrzykiwali w tym okresie – 21%, więcej w Krakowie niż w Gdańsku. Zwraca uwagę, że spośród respondentów, którzy nie dzielili się igłami lub strzykawkami, duża część (15/64 osoby, które pamiętały szczegóły wstrzyknięć, 25,86%) używała wspólnie z innymi łyżek/filtrów lub wody/pojemników na wodę, w tym 15,5% (9/58) zarówno łyżek/filtrów jak i wody/pojemników na wodę, a po 3 osoby tylko łyżek/filtrów albo tylko wody/pojemników na wodę.

Spośród osób, które nie dzieliły się igłami/strzykawkami w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem 67% nie używało również wspólnie innego sprzętu do wstrzyknięć (łyżki, filtry, pojemniki) ani wody wraz z innymi użytkownikami narkotyków. Około 53% wszystkich

respondentów, którzy stosowali narkotyk we wstrzyknięciu w ciągu 30 dni poprzedzających badanie nie dzieliło się żadnym sprzętem do iniekcji.

Rycina 14. Osoby, od których respondenci otrzymywali sprzęt (wspólnie używali).
Figure 14. Sources of used injecting equipment (shared equipment).



Szacowane wartości skorygowane odsetka populacji dzielącego się sprzętem do wstrzyknięć są nieco niższe – 4,7% (2,1% - 8,5%) populacji dzieliło się igłami/strzykawkami, 9,8% (2,9% - 9,1%) nie dzieliło się igłami/strzykawkami, ale dzieliło się innym sprzętem, 19,1% nie dzieliło się żadnym sprzętem do wstrzyknięć, a 70,4% nie wstrzykiwało narkotyku podczas ostatnich 30 dni poprzedzających badanie. Wśród osób, które wstrzykiwały – 14,0% dzieliło się igłami/strzykawkami, 29,2% nie dzieliło się igłami/strzykawkami, ale dzieliło się innym sprzętem, a 56,8% nie dzieliło się żadnym sprzętem do wstrzyknięć.

Spośród osób, które dzieliły się sprzętem podczas 30 dni przed badaniem 9/17 (53%) dzieliło się z jedną osobą, a 6 nie pamiętało z iloma osobami. Najwyższą deklarowaną liczbą partnerów przy wstrzykiwaniu było 10 (jeden respondent).

Respondenci używany sprzęt najczęściej brali od bliskich przyjaciół lub partnerów. Część również od przypadkowo spotkanych znajomych. Respondenci nie otrzymywali używanego sprzętu od przygodnych partnerów, dealerów, współwięźniów lub nieznanych osób.
Spośród osób, które dzieliły się igłami lub strzykawkami podczas 30 dni poprzedzających badanie większość nie stosowała dezynfekcji sprzętu środkami na bazie chloru (8/12 osób, 5 osób nie podało, czy stosowało takie środki).
Dwa główne źródła czystego sprzętu dla respondentów zarówno w Gdańsku jak i w Krakowie to apteki oraz punkty wymiany igieł i strzykawek. W aptekach zaopatruje się 90% respondentów. W punkcie wymiany igieł i strzykawek – prawie 80% respondentów w Gdańsku i prawie połowa w Krakowie.

Tabela 17. Główne źródła czystego sprzętu wśród osób, które wstrzykiwały w ciągu 30 dni przed badaniem.
Table 17. Main sources of clean equipment among persons who injected during 30 days priori to the study.

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Punkt wymiany igieł strzykawek/needle syringe exchange	Nie/no	12	20,34%	12	54,55%	24	29,63%
	Tak/ yes	47	79,66%	10	45,45%	57	70,37%
Apteka/ pharmacy	Nie/no	6	10,17%	2	9,09%	8	9,88%
	Tak/ yes	53	89,83%	20	90,91%	73	90,12%
Inna osoba, która też wstrzykuje narkotyki/ other drug user	Nie/no	50	84,75%	20	90,91%	70	86,42%
	Tak/ yes	9	15,25%	2	9,09%	11	13,58%
Przyjaciel nie z problemu/ friend not drug user	Nie/no	59	100,00%	20	90,91%	79	97,53%
	Tak/ yes	-	0,00%	2	9,09%	2	2,47%
Dealer	Nie/no	59	100,00%	21	95,45%	80	98,77%
	Tak/ yes	-	0,00%	1	4,55%	1	1,23%

6. Leczenie w związku z uzależnieniem/ używaniem narkotyków

88,6% respondentów było lub jest leczona w związku z uzależnieniem, a ponad połowa pozostawała w leczeniu podczas wypełniania ankiety. Skorygowane oszacowania dla

populacji były zbliżone: nigdy nie leczyło się 13,6% osób (8,2% - 19,6%), ponad rok temu 17,0% (10,9% - 23,2%), w ciągu ostatniego roku, ale nie obecnie 22,7% (15,9% - 31,2%), a obecnie z leczenia korzysta 46,7% (33,7% - 58,9%).

Odsetek pozostających obecnie w leczeniu znacznie różnił się pomiędzy respondentami z Gdańska i z Krakowa (odpowiednio 19,75% i 75,89%), w obu miastach ponad połowa respondentów była leczona w ciągu roku poprzedzającego badanie (60% w Gdańsku i 83% w Krakowie). Respondenci korzystali jednak z różnych form pomocy.

Tabela 18. Leczenie w związku z uzależnieniem w czasie badania.
Table 18. Addiction treatment at the time of the study.

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Leczenie uzależnienia ogółem	W trakcie leczenia	16	19,75%	85	75,89%	101	52,33%
	W ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale obecnie nie	33	40,74%	8	7,14%	41	21,24%
	Ostatnio ponad rok temu	15	18,52%	14	12,50%	29	15,03%
	Nigdy	17	20,99%	5	4,46%	22	11,40%
Leczenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem:							
Oddział detoksykacyjny	Nie/no	25	30,86%	90	80,36%	115	59,59%
	Tak/ yes	56	69,14%	22	19,64%	78	40,41%
Ośrodek rehabilitacyjny	Nie/no	55	67,90%	69	61,61%	124	64,25%
	Tak/ yes	26	32,10%	43	38,39%	69	35,75%
Punkt konsultacyjny, poradnia	Nie/no	53	65,43%	88	78,57%	141	73,06%
	Tak/ yes	28	34,57%	24	21,43%	52	26,94%
Program metadonowy	Nie/no	81	100,00%	75	66,96%	156	80,83%
	Tak/ yes	-	0,00%	37	33,04%	37	19,17%
Inne leczenie substytucyjne	Nie/no	80	98,77%	101	90,18%	181	93,78%
	Tak/ yes	1	1,23%	11	9,82%	12	6,22%

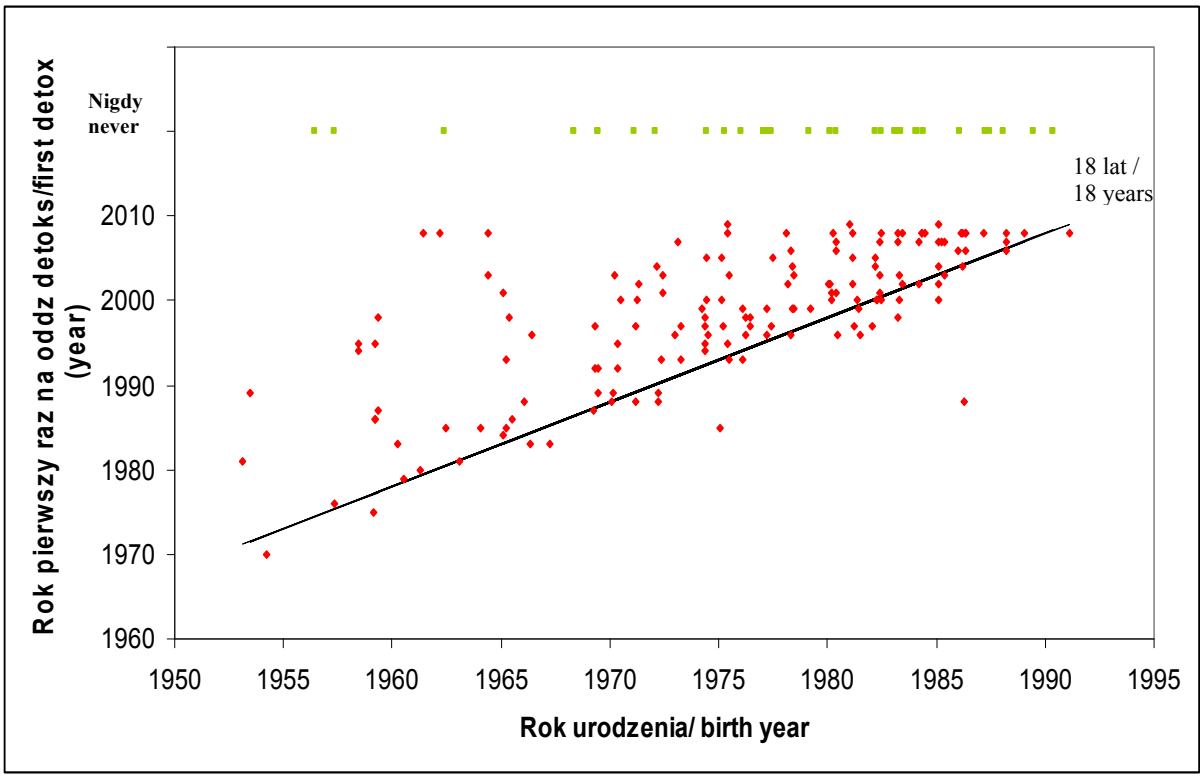
Leczenie substytucyjne było dostępne dla respondentów z Krakowa, wśród których korzystało z niego 43% (metadon i bunandol). Około 1/3 respondentów w obu miastach było w ośrodkach rehabilitacyjnych i 1/3 w Gdańsku a 1/5 w Krakowie – było pacjentami poradni lub

punktów konsultacyjnych. Większa różnica dotyczyła pobytów w oddziałach detoksykacyjnych, w których przebywało prawie 70% respondentów z Gdańska i prawie 20% respondentów z Krakowa.

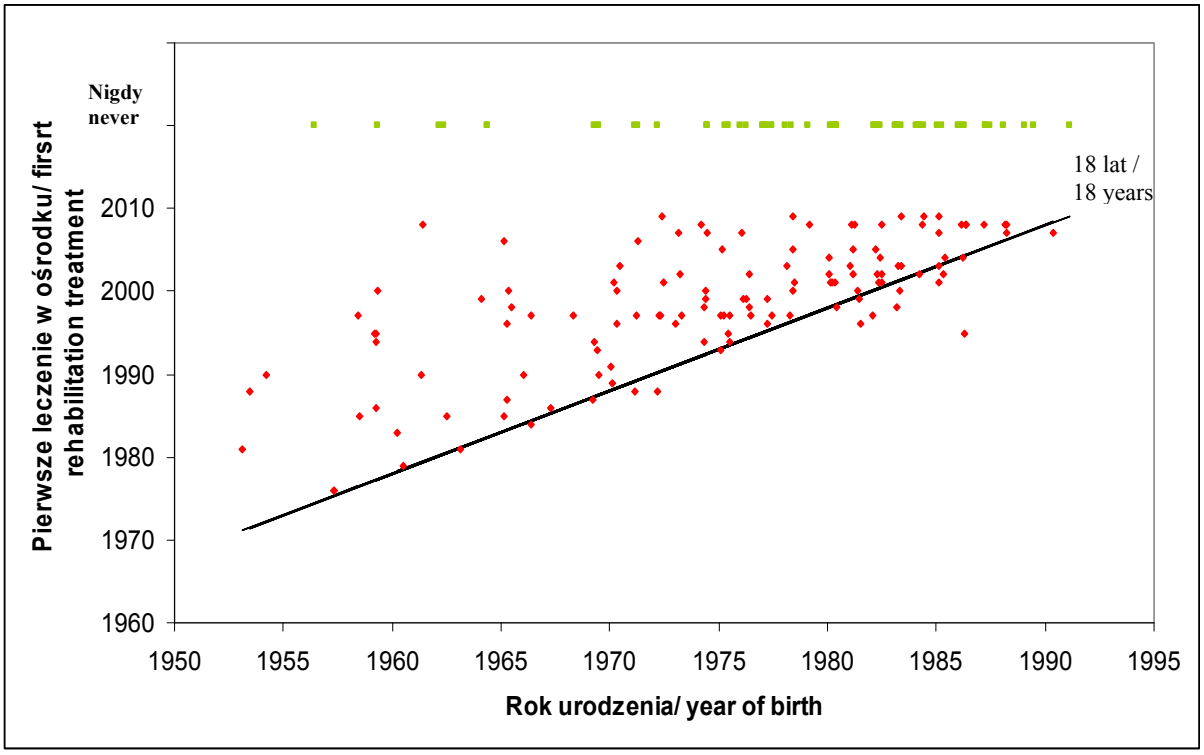
W ciągu swojego życia na oddziałach detoksykacyjnych przebywało 82,9% respondentów. Większość respondentów po raz pierwszy przebywała na takim oddziale w wieku powyżej 18 roku życia. Wydaje się jednakże, że w ostatnich latach (osoby urodzone w latach 1980.) ta granica wieku może przesuwać się do wieku 16, 17 lat (ryc. 15).

Respondenci mniej więcej w podobnym wieku odbywali swoje pierwsze leczenie w ośrodkach rehabilitacyjnych (Ryc. 16). I w tym przypadku minimalny wiek pierwszego pobytu w ośrodkach zmniejszył się wśród osób urodzonych w latach 1980. Łącznie 66,8% respondentów ma za sobą pobyty w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Rycina 15. Rok pierwszego pobytu na oddziale detoksykacyjnym wg roku urodzenia respondentów.
Figure 15. Year of the first detoxication treatment by the year of birth



Rycina 16. Rok pierwszego pobytu na oddziale rehabilitacyjnym wg roku urodzenia respondentów.
Figure 16. Year of the first rehabilitation treatment by the year of birth



W tabeli 19 przedstawiono korzystanie z punktów wymiany igieł i strzykawek. Zarówno w Gdańsku, jak i w Krakowie około 1/3 respondentów nigdy nie korzystało z punktów wymiany igieł i strzykawek (37,5% szacunkowo dla populacji). Większość respondentów z Gdańska robiła to w ciągu miesiąca przed badaniem (53%) w porównaniu do mniej niż 10% respondentów z Krakowa. W części może to być wyjaśnione przez fakt, że mniejszy odsetek respondentów z Krakowa wstrzykiwało narkotyki w tym okresie. Jednakże nawet biorąc pod uwagę tylko tych, co wstrzykiwali w ciągu ostatnich 30 dni, więcej respondentów z Gdańska (71%) niż z Krakowa (45%) korzystało z tych punktów.

Osoby, dla których głównym źródłem czystych igieł/strzykawek był punkt wymiany rzadziej dzieliły się igłami/strzykawkami (18,2% w porównaniu do 33,3%). Podobną tendencję można było zauważyć zarówno wśród respondentów z Krakowa (22,2% w porównaniu do 36,4%) jak i Gdańska (odpowiednio 17,4% i 30,0%). Zwraca jednak uwagę, że osoby te używając własnych igieł/strzykawek dzieliły się innym sprzętem do wstrzyknięć, tak, że odsetek osób, które nie dzieliły się żadnym sprzętem do wstrzyknięć był porównywalny w grupie klientów punktów wymiany i wśród pozostałych użytkowników (odpowiednio 56,4% i 57,1%).

Tabela 19. Korzystanie z punktów wymiany igieł i strzykawek
Table 19. Using needle syringe exchange units

	Gdańsk		Kraków		Razem/total	
	N	%	N	%	N	%
Ostatnio wymieniał/a igły i strzykawki/ last exchanging needles syringes:						
w ciągu ostatnich 30 dni/last 30 days	43	53,09%	11	9,82%	54	27,98%
>30 dni – 12 miesięcy temu/ >30 days – 12 months ago	2	2,47%	20	17,86%	22	11,40%
>12 miesięcy temu/ >12 months ago	9	11,11%	47	41,96%	56	29,02%
Nigdy/ never	27	33,33%	33	29,46%	60	31,09%
b.d./no data	-	0,00%	1	0,89%	1	0,52%
Ostatnio wymieniał/a igły i strzykawki/ last exchanging needles syringes (oszacowania dla populacji):						
w ciągu ostatnich 30 dni/last 30 days	Brak możliwości estymacji		4,1% (1,6%-7,4%)		21,6% (14,5% - 31,8%)	
>30 dni – 12 miesięcy temu/ >30 days – 12 months ago			21,9% (6,5% - 38,6%)		12,8% (3,8% - 23,2%)	
>12 miesięcy temu/ >12 months ago			38,4% (22,3% - 56,5%)		28,1% (16,1% - 38,6%)	
Nigdy/ never			35,6% (23,1% - 52,5%)		37,5% (28,8% - 49,2%)	
Korzystanie z punktów wymiany igieł i strzykawek wśród osób, które wstrzykiwały podczas ostatnich 30 dni/ using needle syringe exchange by respondents who injected during last 30 days						
Korzystał/a w ciągu ostatnich 30 dni	42*	71,19%	10	45,45%	52	64,20%
Nie korzystała w ciągu ostatnich 30 dni	17	28,81%	12	54,55%	29	35,80%

*5 osób odpowiedziało, że punkty były ich głównym źródłem czystego sprzętu, ale z nich nie korzystali (możliwe, że nie korzystali bezpośrednio)

7. Zachowania seksualne

W ciągu całego życia respondenci mieli od 1 do 1500 partnerów/partnerek seksualnych, średnio 25,5 (mediana 10), a w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem średnio 1,9 (mediana 1). Liczby te były porównywalne wśród mężczyzn i wśród kobiet. Średnia liczba partnerów w ciągu życia w Krakowie była wyższa (33,9) niż w Gdańsku (14,3) z uwagi na stosunkowo duży odsetek osób, którzy mieli ponad 20 partnerów (34,8%), a nawet 100 i więcej partnerów (5,4%). Typowo jednak liczba partnerów była w obu miastach podobna (Gdańsk mediana 8, Kraków mediana 10). Średnia liczba partnerów w ciągu ostatniego roku była podobna w Gdańsku (1,8) i Krakowie (1,9).

Wśród ankietowanych 12,4% osób podaje, że kiedykolwiek uprawiało seks w zamian za korzyści (pieniądze lub narkotyki lub inne), z czego 2,6% w ciągu roku przed badaniem. Seks w zamian za korzyści istotnie częściej uprawiały kobiety (22,9% w ciągu życia, 4,2% w ciągu ostatnich 12 miesięcy) niż mężczyźni (odpowiednio 9,0% i 2,1%). Uprawianie seksu z osobą tej samej płci w zasadzie dotyczyło jedynie mieszkańców Krakowa, wśród których 19,6% miało w ciągu życia takie doświadczenie – w tym 18,2% mężczyzn i 22,9% kobiet. Wśród respondentów z Gdańska żaden mężczyzn nie deklarował kontaktów homoseksualnych w przeszłości.

Respondenci często utrzymywali kontakty seksualne z innymi użytkownikami narkotyków – 74,1% wszystkich respondentów miało kiedykolwiek w życiu partnera lub partnerkę, którzy również wstrzykiwali narkotyki. Dotyczyło to 89,6% kobiet i 69,0% mężczyzn. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie seks z innym użytkownikiem narkotyków uprawiał co czwarty respondent – 24,1% mężczyzn i 29,2% kobiet. Seks z innym użytkownikiem narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy uprawiały również osoby, które nie wstrzykiwały już w tym czasie narkotyków, choć rzadziej niż osoby, które w tym czasie wstrzykiwały narkotyki (odpowiednio 13,6% i 31,0%).

Tabela 20. Partnerzy seksualni respondentów
Table 20. Sexual partners of the study participants

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Liczba partnerów w ciągu życia/ liftime number of partners	0 – 5	24	29,63%	24	21,43%	48	24,87%
	6 – 10	29	35,80%	34	30,36%	63	32,64%
	11 – 19	9	11,11%	11	9,82%	20	10,36%
	20+	17	20,99%	39	34,82%	56	29,02%
	b.d./ ND	2	2,47%	4	3,57%	6	3,11%
Liczba partnerów w ciągu ostatnich 12 miesięcy/ number of partners last 12 months	0	13	16,05%	16	14,29%	29	15,03%
	1	38	46,91%	64	57,14%	102	52,85%
	2 – 4	22	27,16%	19	16,96%	41	21,24%
	5+	8	9,88%	9	8,04%	17	8,81%
	b.d./ND		0,00%	4	3,57%	4	2,07%
Seks w zamian za korzyści/ sex in exchange for benefis	W ciągu ostatnich 12 m-cy/ last 12 months	-	0,00%	5	4,46%	5	2,59%
	>12 m-cy temu/ >12months ago	6	7,41%	13	11,61%	19	9,84%
	Nigdy/never	75	92,59%	94	83,93%	169	87,56%
Seks z osobą tej samej płci/ homosexual sex	W ciągu ostatnich 12 m-cy/ last 12 months		0,00%	5	4,46%	5	2,59%
	>12 m-cy temu/ >12months ago	1	1,23%	17	15,18%	18	9,33%
	Nigdy/never	80	98,77%	90	80,36%	170	88,08%
Seks z osobą wstrzykującą narkotyki/ sex with a injecting drug user	W ciągu ostatnich 12 m-cy/ last 12 months	15	18,52%	34	30,36%	49	25,39%
	>12 m-cy temu/ >12months ago	16	19,75%	78	69,64%	94	48,70%
	Nigdy/never	50	61,73%		0,00%	50	25,91%

Oszacowany rozkład w populacji:

Liczba partnerów w ciągu ostatnich 12 miesięcy/ number of partners last 12 months	0	15,9% (9,7% - 22,7%)
	1	51,0% (38,5% - 61,6%)
	2 – 4	24,5% (15,0% - 36,6%)
	5+	8,7% (5,1% - 13,3%)
Seks w zamian za korzyści/ sex in exchange for benefis	W ciągu ostatnich 12 m-cy/ last 12 months	3,4% (0,7% - 6,5%)
	>12 m-cy temu/ >12months ago	13,7% (4,7% - 25,8%)
	Nigdy/neper	82,9% (71,2% - 92,8%)
Seks z osobą tej samej płci/ homosexual sex	W ciągu ostatnich 12 m-cy/ last 12 months	1,2% (0,4% - 2,6%) / wśród mężczyzn 0,9%
	>12 m-cy temu/ >12months ago	9,8% (4,0% - 14,5%) / wśród mężczyzn 8,4%
	Nigdy/never	89,0% (83,6% - 95,2%)
Seks z osobą wstrzykującą narkotyki/ sex with a injecting drug user	W ciągu ostatnich 12 m-cy/ last 12 months	26,4% (14,2% - 37,8%)
	>12 m-cy temu/ >12months ago	41,1% (26,2% - 54,2%)
	Nigdy/never	32,4% (22,5% - 48,4%)

Tabela 21. Stosowanie prezerwatyw w ciągu ostatnich 12 miesięcy
Table 21. Using condoms during the past 12 months

		Gdańsk		Kraków		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Ze stałym partnerem(ką)/ with stable partner	Nigdy lub rzadko/ never or rarely	11	39,29%	32	45,71%	43	43,88%
	Czasami/ sometimes	5	17,86%	9	12,86%	14	14,29%
	Często/ often	2	7,14%	6	8,57%	8	8,16%
	Zawsze/ always	8	28,57%	22	31,43%	30	30,61%
	b.d./ ND	2	7,14%	1	1,43%	3	3,06%
Z przygodnym partnerem(ką)/ with a casual partner	Nigdy lub rzadko/ never or rarely	5	11,11%	14	33,33%	19	21,84%
	Czasami/ sometimes	11	24,44%	7	16,67%	18	20,69%
	Często/ often	1	2,22%	6	14,29%	7	8,05%
	Zawsze/ always	28	62,22%	9	21,43%	37	42,53%
	b.d./ ND		0,00%	6	14,29%	6	6,90%

Oszacowania częstości zachowań seksualnych dla populacji były zbliżone do obserwowanych wśród respondentów. W populacji nieco większy odsetek osób uprawiał seks w zamian za korzyści, a mniejszy miał partnerów/partnerki wśród użytkowników narkotyków.

42% respondentów posiadało przygodnych partnerów seksualnych podczas 12 miesięcy poprzedzających badanie. Zwraca uwagę duży, szczególnie wśród respondentów z Krakowa (około połowy) odsetek osób, które nie stosowały regularnie prezerwatyw w takich sytuacjach (tabela 21) (kategorie nigdy/rzadko i czasami).

8. Występowanie HIV wśród respondentów badania i oszacowane rozpowszechnienie HIV w populacji

Łącznie u 35 osób potwierdzono zakażenie wirusem HIV, dla 8 nie udało się przeprowadzić badania w kierunku HIV. Wyniki badań laboratoryjnych dość dobrze odpowiadały wiedzy respondentów dotyczącej serostatusu HIV (tabela 22). Spośród osób, u których nie udało się przeprowadzić badania laboratoryjnego 4 (3 z Krakowa i 1 z Gdańska) podały, że są zakażone HIV, stąd można wnioskować, że w badanej grupie było najprawdopodobniej 39 osób zakażonych tym wirusem (częstość występowania 20,2%), w tym 31 w Krakowie (częstość występowania 27,7%) i 8 w Gdańsku (częstość występowania 9,9%). Łącznie 6 osób zakażonych nie znało swojego statusu serologicznego (15,4% zakażonych).

Tabela 22. Status HIV według wiedzy badanego oraz wynik laboratoryjny badania w kierunku HIV.
Table 22. Self reported HIV status and the result of HIV laboratory test.

		Gdańsk		Kraków		Razem	
Status HIV wg wiedzy badanego	Wynik laboratoryjny	N	%	N	%	N	%
	b.d./ND	1	1,23%	3	2,68%	4	2,07%
	+	6	7,41%	23	20,54%	29	15,03%
+	-	2	2,47%	1	0,89%	3	1,55%
	b.d./ND	1	1,23%	2	1,79%	3	1,55%
	+		0,00%	2	1,79%	2	1,04%
-	-	36	44,44%	64	57,14%	100	51,81%
	b.d./ND	-	0,00%	1	0,89%	1	0,52%
Nie pamięta/ Not	+	-	0,00%	1	0,89%	1	0,52%
remember	-	2	2,47%	-	0,00%	2	1,04%
	+	1	1,23%	2	1,79%	3	1,55%
Nie badany/ not tested	-	32	39,51%	13	11,61%	45	23,32%

W poniższej analizie uwzględniono jedynie osoby, dla których znany był wynik badania laboratoryjnego.

Z uwagi na nieliczną grupę respondentów w wieku poniżej 25 r.ż. wyniki dotyczące rozpowszechnienia HIV w tej grupie nie są miarodajne. Wśród respondentów z Krakowa zakażenie HIV było wykrywane znacznie częściej niż w przypadku respondentów z Gdańska. W Gdańsku HIV wykrywano rzadziej wśród mężczyzn niż wśród kobiet, natomiast w Krakowie częstość ta była porównywalna.

Tabela 23. Liczba wyników dodatnich i rozpowszechnienie HIV, dla mężczyzn i kobiet w grupach wiekowych

Table 23. Number of positive tests and prevalence of HIV among males and females by age group .

Płeć/ Gender	Grupa wiekowa (lata)/ Age group (years)	Gdańsk		Kraków		Razem	
		Liczba	rozpowszechnienie	liczba	rozpowszechnienie	liczba	rozpowszechnienie
Kobiety/ Females	<25	0	0,00%	1	16,67%	1	14,29%
	>=25	1	8,33%	8	29,63%	9	23,08%
	Razem/ total	1	7,69%	9	27,27%	10	21,74%
Mężczyźni/ Males	<25	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	>=25	6	12,24%	19	27,94%	25	21,37%
	Razem/ total	6	9,09%	19	26,03%	25	17,99%
Ogółem/ total	<25	0	0%	1	9,09%	1	3,57%
	>=25	7	11,48%	27	28,4%	34	21,79%
	Razem/ total	7	8,86%	28	26,42%	35	18,92%

Biorąc pod uwagę sposób rekrutacji oszacowane rozpowszechnienie HIV w populacji dożylnych użytkowników narkotyków w Gdańsku i Krakowie wyniosło 10,3% (6,1% - 15,3%). Zwraca uwagę duża różnica pomiędzy współczynnikiem surowym (18,9%) a oszacowaniem (10,3%) wynikająca z różnic w liczebności sieci znajomych pomiędzy osobami zakażonymi a nie zakażonymi, zwłaszcza wśród respondentów powyżej 25 roku życia. W skorygowanych oszacowaniach nadal rozpowszechnienie HIV jest wyższe w Krakowie niż w Gdańsku (11,9% w porównaniu do 8,1%), ale różnica ta jest znacznie mniejsza i nieistotna statystycznie. Tabela 24 przedstawia rozpowszechnienie HIV wg wybranych czynników społecznych i demograficznych, które były związane z niższym lub wyższym rozpowszechnieniem HIV w wynikach poprzednich projektów[5]. Szacowane rozpowszechnienie HIV było znacznie niższe wśród osób poniżej 25 roku życia – 2,2%, i niższe wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Bardziej niż z niedawnym początkiem wstrzykiwania niższe rozpowszechnienie HIV wiązało się z ogólnie krótszym okresem wstrzykiwania (okresem pomiędzy pierwszą a ostatnią iniekcją). Dwoma najważniejszymi czynnikami socjologicznymi związanymi z wyższym rozpowszechnieniem HIV były: doświadczenie w życiu bezdomności oraz pobyty w więzieniu. Niestety niska liczebność próby uniemożliwia szczegółową analizę czynników socjo-demograficznych w odniesieniu

[5] badania realizowane w latach 2004 – 2005 w województwach lubuskim, śląskim, mazowieckim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i lubelskim. Raporty dostępne w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii

do występowania HIV. Wydaje się jednak, że podobnie jak w poprzednich badaniach zakażenia HIV wiążą się silnie z gorszym usytuowaniem społeczno – ekonomicznym.

Tabela 24. Oszacowane rozpowszechnienie HIV w populacji użytkowników narkotyków w Gdańsku i w Krakowie
Table 24. Estimated HIV prevalence in injecting drug users population in Gdansk and in Krakow

Grupa		Oszacowane rozpowszechnienie HIV/ estimated HIV prevalence	Wartość p
Ogółem /Total		10,3% (6,1% - 15,3%)	
Miasto/city	Gdańsk	8,1% (3,1% - 13,9%)	0,1725
	Kraków	11,9% (6,6% - 20,6%)	
Płeć/ sex	Kobiety	6,7%	0,4688
	mężczyźni	11,7%	
Wiek / age	<25 lat	2,2%	0,1441
	>=25 lat	12,0%	
Wiek – test na trend liniowy		-	0,0157
Aktualne wstrzykiwanie narkotyków/ current IDU	Tak/ yes	11,3%	0,8947
	Nie/ no	10,1%	
Niedawny początek wstrzykiwania (<2 lata temu) / recent injector	Tak/ yes	Brak możliwości estymacji	0,1595
	Nie / no	Brak możliwości estymacji	
Łączny czas wstrzykiwania narkotyków/total time of injecting	<10 lat/ years	1,8%	<0,0001
	>=10 lat/ years	31,0%	
Łączny czas wstrzykiwania narkotyków – test na trend liniowy		-	<0,0001
Wykształcenie średnie lub wyższe/ secondary or higher education	Tak/ yes	8,1%	0,5714
	Nie / no	10,6%	
Stabilny dochód/ stable income*	Tak/ yes	Brak możliwości estymacji	0,8113
	Nie / no	Brak możliwości estymacji	
Główne zajęcie – praca lub nauka/ main activity: work or study**	Tak/ yes	8,1%	0,3866
	Nie / no	10,8%	
Bezdomność kiedykolwiek w życiu / ever homeless	Tak/ yes	19,1%	0,0027
	Nie / no	5,8%	
Więzienie kiedykolwiek / ever in jail	Tak/ yes	16,6%	0,0498
	Nie / no	6,6%	

*praca lub oszczędności swoje, rodziców lub partnera bądź renta
**praca na pełen lub część etatu, również „na czarno", prowadzenie domu, pomoc bliskiej osobie w prowadzeniu prywatnej działalności lub nauka
Brak możliwości estymacji wynika ze zbyt małej liczebności próby przez co jedna z grup rekrutuje tylko wewnątrz tej grupy.

Tabela 25. Czynniki związane w rozpowszechnieniem HIV w analizie wieloczynnikowej.
Table 25. Multivariate risk factors associated with HIV prevalence.

		Iloraz szans / odds ratio	95% przedział ufności		wartość p
Grupa wieku (lata)/ age group (years)	<25	1,00	ref.		0,2915
	25 - 34	1,26	0,08	21,01	
	>=35	0,46	0,03	8,51	
Płeć/sex	kobieta	0,66	0,16	2,66	0,5477
	mężczyzna	1,00	ref.		
Miejsce badania/ study site	Krakow	1,00	ref.		0,9533
	Gdańsk	1,04	0,29	3,74	
Bezdomność / homelessnes	nigdy	1,00	ref.		0,0076
	kiedykolwiek	5,58	1,58	19,72	
Czas używania narkotyków we wstrzyknięciach / total time of injectin use	< 10 lat	1,00	ref.		<0,0001
	>=10 lat	25,57	5,50	118,90	

W analizie wielozmiennowej istotny związek z wyższym rozpowszechnieniem HIV miały dwa czynniki: całkowity czas dożylnego użytkowania narkotyków (czas od pierwszej do ostatniej iniekcji) oraz doświadczenie bezdomności kiedykolwiek w życiu. Były to istotne czynniki nawet biorąc poprawkę na wiek badanych. Spośród zmiennych, które okazały się nieistotne statystycznie, w szczególności należy wymienić miejsce badania, a także deklarowany fakt dzielenia się kiedykolwiek igłami/strzykawkami.

9. Występowanie przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród respondentów badania i oszacowane rozpowszechnienie przeciwciał przeciwko HCV w populacji

W obecnym badaniu wykonano laboratoryjne oznaczenia przeciwciał przeciwko HCV. Ich obecność świadczy o kontakcie z wirusem, ale u osoby badanej mogło dojść do eliminacji wirusa. W poprzednich badaniach w populacji użytkowników narkotyków materiał genetyczny wirusa wykrywano w około ¾ próbek dodatnich w kierunku przeciwciał przeciwko HCV, zatem znaczna większość osób z dodatnim badaniem w kierunku przeciwciał była przewlekle zakażona HCV, co wiąże się w dużym odsetku z postępującą chorobą wątroby jak i możliwością zakażania kolejnych osób. Z kolei u części osób, które wyeliminowały zakażenie może dojść do zaniku przeciwciał w surowicy.

Ogółem u 111 (57,5%) respondentów wykryto przeciwciała anty-HCV. Ponad 70% respondentów potrafiło trafnie określić swój status – zakażony lub nie zakażony HCV. Spośród osób zakażonych 77 (69,4%) miało wcześniej rozpoznane zakażenie HCV (tabela 26), w tym 58 (spośród 76 zakażonych, 76,3%) w Krakowie i 19 (spośród 35 zakażonych, 54,3%) w Gdańsku.

Tabela 26. Wcześniejsze rozpoznanie wzw C według wiedzy badanego oraz wynik laboratoryjny badania w kierunku HCV.
Table 26. Self reported HCV status and the result of HCV laboratory test.

		Gdańsk		Kraków		Razem	
Wcześniejsze rozpoznanie HCV	Wynik laboratoryjny	N	%	N	%	N	%
Nie/ no	b.d./ND	1	1,23%	1	0,89%	2	1,04%
	+	12	14,81%	15	13,39%	27	13,99%
	-	40	49,38%	21	18,75%	61	31,61%
Tak/ yes	b.d./ND	1	1,23%	6	5,36%	7	3,63%
	+	19	23,46%	58	51,79%	77	39,90%
	-	4	4,94%	7	6,25%	11	5,70%
Nie wiadomo/ Not known	b.d./ND	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
	+	4	4,94%	3	2,68%	7	3,63%
	-	-	0,00%	1	0,89%	1	0,52%
RAZEM/total		81	100,0%	112	100,0%	193	100,0%

Częstość występowania anty-HCV była większa wśród respondentów z Krakowa, zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet, w starszej i młodszej grupie wieku (tab. 27). Zwraca

uwagę większy odsetek zakażonych wśród kobiet, niż wśród mężczyzn w Krakowie (74,3% w porównaniu do 64,9% wśród mężczyzn).

Tabela 27. Liczba wyników dodatnich i rozpowszechnienie anty-HCV, dla mężczyzn i kobiet w grupach wiekowych.
Table 27. Number of positive tests and prevalence of anti-HCV among males and females by age group .

Płeć/ Gender	Grupa wiekowa (lata)/ Age group (years)	Gdańsk		Kraków		Razem	
		Liczba	Rozpowszechnienie	liczba	Rozpowszechnienie	Liczba	Rozpowszechnienie
Kobiety/ Females	<25	-	0,00%	4	66,67%	4	57,14%
	>=25	6	50,00%	22	75,86%	28	68,29%
	Razem/ total	6	46,15%	26	74,29%	32	66,67%
Mężczyźni/ Males	<25	3	18,75%	2	33,33%	5	22,73%
	>=25	25	49,02%	48	67,61%	73	59,84%
	Razem/ total	29	42,65%	50	64,94%	79	54,48%
Ogółem/ total	<25	3	17,65%	6	50,00%	9	31,03%
	>=25	31	49,21%	70	70,00%	101	61,96%
	Razem/ total	35	43,21%	76	67,86%	111	57,51%

Podobnie jak w przypadku rozpowszechnienia zakażeń wirusem HIV współczynniki oszacowane dla populacji są niższe (częstość występowania HCV – 47,6%). Częstość występowania HCV jest o 70% wyższa w Krakowie i ponad dwukrotnie wyższa wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Wśród osób, które zaczęły przyjmować narkotyk w iniekcji w ciągu 2 lat przed badaniem rozpowszechnienie HCV było znacznie niższe – 10,7%. Wśród osób poniżej 25 roku życia rozpowszechnienie osiąga poziom 22,5%. Oba te wskaźniki świadczą o niedawnej transmisji wirusa. Ponadto praca i posiadanie stabilnego dochodu było związane z nieco niższym rozpowszechnieniem anty-HCV. Bezdomność, osadzenia w placówkach penitencjarnych ani posiadanie tatuaży nie wiązało się z wyższym rozpowszechnieniem anty-HCV. Rozpowszechnienie było niższe wśród osób aktualnie wstrzykujących narkotyki, ale wynika to z faktu, że byli to głównie respondenci z Gdańska.

Tabela 28. Oszacowane rozpowszechnienie anty-HCV w populacji użytkowników narkotyków w Gdańsku i w Krakowie
Table 28. Estimated anti-HCV prevalence in injecting drug users population in Gdansk and in Krakow

Grupa		Oszacowane rozpowszechnienie anty-HCV/ estimated anti-HCV prevalence	Wartość p
Ogółem /Total		47,6% (34,2% - 56,7%)	
Miasto/city	Gdańsk	34,2% (25,1% - 42,7%)	0,0033
	Kraków	57,8% (37,7% - 75,4%)	
Płeć/ sex	Kobiety	75,8%	<0,0001
	Mężczyźni	34,1%	
Wiek / age	<25 lat	22,5%	0,0034
	>=25 lat	52,7%	
Aktualne wstrzykiwanie narkotyków/ current IDU	Tak/ yes	38,7%	0,1390
	Nie/ no	52,5%	
Niedawny początek wstrzykiwania (<2 lata temu) / recent injector	Tak/ yes	10,7%	0,0014
	Nie / no	54,6%	
Łączny czas wstrzykiwania narkotyków/total time of injecting	<10 lat/ years	30,1%	<0,0001
	>=10 lat/ years	89,5%	
Wykształcenie średnie lub wyższe/ secondary or higher education	Tak/ yes	67,9%	0,0005
	Nie / no	37,8%	
Stabilny dochód/ stable income*	Tak/ yes	44,5%	0,2288
	Nie / no	51,4%	
Główne zajęcie – praca lub nauka/ main activity: work or study**	Tak/ yes	38,4%	0,0398
	Nie / no	55,8%	
Bezdomność kiedykolwiek w życiu / ever homeless	Tak/ yes	44,1%	0,6355
	Nie / no	48,8%	
Więzienie kiedykolwiek / ever in jail	Tak/ yes	45,2%	0,5615
	Nie / no	48,9%	
Tatuaże	Tak/ yes	42,5%	0,1167
	Nie / no	53,3%	
Hospitalizacje kiedykolwiek w życiu	Tak/yes	77,2%	0,0572
	Nie/no	12,6%	

*praca lub oszczędności swoje, rodziców lub partnera bądź renta
**praca na pełen lub część etatu, również „na czarno", prowadzenie domu, pomoc bliskiej osobie w prowadzeniu prywatnej działalności lub nauka

Tabela 29. Czynniki związane w rozpowszechnieniem anty-HCV w analizie wieloczynnikowej.
Table 29. Multivariate risk factors associated with anty-HCV prevalence.

		Iloraz szans / odds ratio	95% przedział ufności		Wartość p
Grupa wiekowa (lata)/age group (years)	<25	0,29	0,02	5,18	0,3959
	>=25	1,00	ref.		
Płeć/sex	Kobiety/ female	49,28	6,27	387,07	0,0002
	Mężczyźni/ male	1,00	ref.		
Miejsce badania/ study site	Gdańsk	0,30	0,06	1,48	0,1391
	Kraków	1,00	ref.		
Czas używania narkotyków we wstrzyknięciach/ total time of injecting use	< 10 lat/years	1,00	ref.		0,0015
	>=10 lat/ years	16,20	2,89	90,89	
Dzielenie się igłami/ strzykawkami / needle, syringe sharing	Kiedykolwiek/ ever	5,51	1,08	28,08	0,0401
	Nigdy/ never	1,00	ref.		
Okresy codziennego przyjmowania narkotyku / periods of everyday use	Kiedykolwiek/ ever	49,08	3,26	739,04	0,0049
	Nigdy/ never	1,00	ref.		
Zabieg chirurgiczny / surgical procedure	Kiedykolwiek/ ever	7,51	1,39	40,54	0,0191
	Nigdy/ never	1,00	ref.		

Podobnie, jak w przypadku rozpowszechnienia HIV różnica pomiędzy dwoma miastami w rozpowszechnieniu anty-HCV po uwzględnieniu innych czynników jest mniejsza i nieistotna statystycznie.

Na rozpowszechnienie HCV wpływ mają czynniki związane z ekspozycją poprzez wstrzykiwanie narkotyków (czas używania we wstrzyknięciach, dzielenie się igłami/strzykawkami, okresy codziennego przyjmowania). Pozostała również duża istotna różnica pomiędzy kobietami i mężczyznami, co wymaga dalszych badań. Badając związek w rozpowszechnieniu anty-HCV osobno wśród osób, które mają dzieci i wśród osób, które nie mają dzieci: dla osób które nie mają dzieci różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami jest nieistotna statystycznie i znacznie mniejsza (iloraz szans 1,9; 95% przedział ufności 0,8-4,6; wartość p 0,1634) w porównaniu do osób, które mają dzieci (iloraz szans 27.1; 95% przedział

ufności 2.8 - 262.7; wartość p 0,0044). Może to sugerować związek wyższego rozpowszechnienia anty-HCV z historią reprodukcyjną. Ponadto zwraca uwagę, że czynnikiem istotnie związanym z wyższym rozpowszechnieniem anty-HCV jest bycie poddanym zabiegowi chirurgicznemu w przeszłości.

Niestety ze względu na niską liczebność próby niektóre oszacowania dotyczące różnic pomiędzy grupami (ilorazy szans) są bardzo nieprecyzyjne.

10. Występowanie markerów zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) wśród respondentów badania i oszacowane rozpowszechnienie tych markerów w populacji

W obecnym badaniu oznaczane były dwa markery wirusowego zapalenia wątroby typu B: przeciwciała przeciwko antygenowi rdzeniowemu wirusa (anty-HBc), których obecność świadczy o obecnym lub przebytym wzw B (przeciwciała poszczepienne są skierowane przeciwko innemu antygenowi wirusa) i test na obecność antygenu powierzchniowego wirusa (HBsAg) świadczącą o trwającym zakażeniu. Rzadko zakażenie HBV wykrywa się metodami biologii molekularnej przy braku antygenu HBs w surowicy, jednak takie oznaczenia nie były wykonywane w obecnym badaniu. Zwykle w stabilnej sytuacji epidemiologicznej rozpowszechnienie zakażenia HBV (mierzone odsetkiem osób z antygenemią HBs) utrzymuje się w granicach 10% rozpowszechnienia przeciwciał anty-Hbc.

Łącznie przeciwciała przeciwko antygenowi rdzeniowemu HBV (anty-HBc) wykryto u 80 osób. Około 55% respondentów określiło swój status zgodnie z wynikami badań laboratoryjnych. Spośród łącznej liczby 80 osób, które miały kontakt z wirusem (dodatni test w kierunku anty-HBc) 63 (78,8%) nie miało w przeszłości rozpoznanego wzw B lub nie pamiętało tego faktu: 46 (spośród 59 osób z wynikiem dodatnim, 78,0%) w Krakowie i 17 (spośród 21 osób z wynikiem dodatnim, 81,0%) w Gdańsku.

Tabela 30. Wcześniejsze rozpoznania wirusowego zapalenia wątroby typu B według wiedzy badanego oraz wynik laboratoryjny badania w kierunku przeciwciał przeciwko HBc (anty-HBc).
Table 30. Self reported HBV status and the result of anti-HBc laboratory test.

		Gdańsk		Kraków		Razem	
Wcześniejsze rozpoznanie wzw B	Wynik laboratoryjny	N	%	N	%	N	%
	+	17	21,25%	39	37,50%	56	30,43%
Nie/no	-	53	66,25%	38	36,54%	91	49,46%
	+	4	5,00%	13	12,50%	17	9,24%
Tak/ yes	-	4	5,00%	6	5,77%	10	5,43%
	+	-	0,00%	7	6,73%	7	3,80%
Nie wiadomo/ Not known	-	2	2,50%	1	0,96%	3	1,63%

Częstość występowania anty-Hbc wyniosła 43,5% a antygenu HBs (świadczącego o przewlekłym zakażeniu) – 3,2%. Wskaźniki te były wyższe wśród uczestników badania w

Krakowie. Częstość występowania anty-HBc była wyższa w starszej grupie wiekowej. Jeśli chodzi o występowanie HBsAg to nie wykazano różnic według wieku, ale może wynikać to ze zbyt małej liczby uczestników badania w tej grupie wieku (tabela 31 i 32).

Tabela 31. Liczba wyników dodatnich i rozpowszechnienie anty-HBc, dla mężczyzn i kobiet w grupach wiekowych

Table 31. Number of positive tests and prevalence of anti-HBc among males and females by age group .

Płeć/ Gender	Grupa wiekowa (lata)/ Age group (years)	Gdańsk		Kraków		Razem	
		Liczba	rozpowszechnienie	liczba	rozpowszechnienie	liczba	Rozpowszechnienie
Kobiety/ Females	<25	0		0		0	
	>=25	3	25,00%	13	50,00%	16	42,11%
	Razem/ total	3	23,08%	13	40,63%	16	35,56%
Mężczyźni/ Males	<25	1	6,25%	2	40,00%	3	14,29%
	>=25	16	32,00%	44	65,67%	60	51,28%
	Razem/ total	18	26,87%	46	63,89%	64	46,04%
Ogółem/ total	<25	1	5,88%	2	18,18%	3	10,71%
	>=25	19	30,65%	57	61,29%	76	49,03%
	Razem/ total	21	26,25%	59	56,73%	80	43,48%

Tabela 32. Liczba wyników dodatnich i rozpowszechnienie HBsAg, dla mężczyzn i kobiet w grupach wiekowych

Table 32. Number of positive tests and prevalence of HBsAg among males and females by age group .

Płeć/ Gender	Grupa wiekowa (lata)/ Age group (years)	Gdańsk		Kraków		Razem	
		Liczba	rozpowszechnienie	liczba	rozpowszechnienie	liczba	Rozpowszechnienie
Płeć	Kobiety/ Females	-	0,00%	1	3,03%	1	2,17%
	Mężczyźni/ Males	2	2,99%	3	4,11%	5	3,57%
Wiek	<25	-	0,00%	1	9,09%	1	3,57%
	>=25	2	3,23%	3	3,16%	5	3,18%
Razem/ total		2	2,50%	4	3,77%	6	3,23%

Tabela 33. Oszacowane rozpowszechnienie anty-HBc w populacji użytkowników narkotyków w Gdańsku i w Krakowie
Table 33. Estimated anti-HBc prevalence in injecting drug users population in Gdansk and in Krakow

Grupa		Oszacowane rozpowszechnienie naty-HBc/ estimated anti-HBc prevalence	Wartość p
Ogółem /Total		30,1% (21,2% - 37,8%)	
Miasto/city	Gdańsk	26,4% (16,1% - 36,8%)	0,2721
	Kraków	33,3% (19,9% - 47,9%)	
Płeć/ sex	Kobiety	25,1%	0,4247
	mężczyźni	28,9%	
Wiek / age	<25 lat	17,8%	0,1564
	>=25 lat	31,0%	
Aktualne wstrzykiwanie narkotyków/ current IDU	Tak/ yes	24,0%	0,3084
	Nie/ no	32,5%	
Niedawny początek wstrzykiwania (<2 lata temu) / recent injector	Tak/ yes	26,5%	0,2608
	Nie / no	31,2%	
Łączny czas wstrzykiwania narkotyków/total time of injecting	<10 lat/ years	15,6%	<0,0001
	>=10 lat/ years	70,8%	
Wykształcenie średnie lub wyższe/ secondary or higher education	Tak/ yes	30,8%	0,3762
	Nie / no	50,8%	
Stabilny dochód/ stable income*	Tak/ yes	33,6%	0,4844
	Nie / no	27,0%	
Główne zajęcie – praca lub nauka/ main activity: work or study**	Tak/ yes	32,8%	0,7520
	Nie / no	31,8%	
Bezdomność kiedykolwiek w życiu / ever homeless	Tak/ yes	37,8%	0,1521
	Nie / no	26,5%	
Więzienie kiedykolwiek / ever in jail	Tak/ yes	37,9%	0,0283
	Nie / no	25,4%	
Liczba partnerów seksualnych w życiu/ lifetime number of sexual partners	0-5	20,0%	
	6-10	39,0%	
	11-19	52,6%	
	20+	30,3%	0,1812
Zaszczepienie przeciwko wzw B	Tak/ yes	21,5%	
	Nie / no	48,1%	0,0002

*praca lub oszczędności swoje, rodziców lub partnera bądź renta
**praca na pełen lub część etatu, również „na czarno", prowadzenie domu, pomoc bliskiej osobie w prowadzeniu prywatnej działalności lub nauka

Oszacowane dla populacji rozpowszechnienie anty-HBc wyniosło 30,1%, 26,4% w Gdańsku i 33,3% w Krakowie. Z kolei rozpowszechnienie HBsAg - 2,0% (0,6% - 3,8%): 2,0% (1,0% - 4,7%) w Gdańsku i 2,3% (0,4% - 5,0%) w Krakowie.

Oszacowane rozpowszechnienie anty-HBc było porównywalne wśród kobiet i wśród mężczyzn, mniejsze wśród niedawnym użytkowników dożylnych (26,5%) oraz wśród osób <25 r.ż. (17,8%). W odróżnieniu do rozpowszechnienia anty-HCV rozpowszechnienie jest mniejsze w grupie <25 r.ż. niż w grupie niedawnych użytkowników dożylnych. Podobnie jak w przypadku zakażeń wirusem HIV wyższe rozpowszechnienie anty-HBc wiązało się z doświadczeniem bezdomności oraz pobytami w więzieniach, ale może być to wynikiem starszego wieku osób, które mają za sobą takie doświadczenia. Rozpowszechnienie anty-HBc rośnie również wraz z całkowitą liczbą partnerów seksualnych.

Tabela 34. Czynniki związane w rozpowszechnieniem anty-HBc w analizie wieloczynnikowej.
Table 34. Multivariate risk factors associated with anty-HBc prevalence.

		Iloraz szans / odds ratio	95% przedział ufności		Wartość p
Grupa wiekowa (lata)/age group (years)	<25	3,16	0,70	14,37	0,1361
	>=25	1,00	Ref.		
Płeć/sex	Kobiety/ female	0,50	0,12	2,01	0,3263
	Mężczyźni/ male	1,00	Ref.		
Miejsce badania/ study site	Gdańsk	1,48	0,47	4,66	0,5083
	Kraków	1,00	Ref.		
Zaszczepienie przeciwko wzw B	Tak/yes	1,00	Ref.		0,0977
	No/nie	2,74	0,83	9,03	
Czas używania narkotyków we wstrzyknięciach/ total time of injecting use	< 10 lat/years	1,00	Ref.		<0,0001
	>=10 lat/ years	54,75	12,42	241,44	
Wykształcenie średnie lub wyższe/ secondary or higher education	Tak/ yes	1,00	Ref.		0,0337
	Nie / no	5,54	1,14	26,93	

Z analizy wieloczynnikowej wynika, że spośród czynników związanych z wyższym rozpowszechnieniem kluczowy jest łączny czas wstrzykiwania narkotyków. Przeciwciała przeciwko HBc były też częściej wykrywane wśród osób z podstawowym lub zawodowym wykształceniem. Deklarowany stan zaszczepienia był granicznie istotny statystycznie. Nieistotne okazały się zaś różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami, w grupach wiekowych oraz pomiędzy Krakowem a Gdańskiem – wynikały one z różnej charakterystyki

respondentów pod względem czasu przyjmowania narkotyków w iniekcjach oraz stopnia zaszczepienia w obu miastach.

Dla wskaźnika aktualnego zakażenia (obecności antygenu HBs) z uwagi na niską liczbę wyników dodatnich nie było możliwe dokonanie podobnie szczegółowej analizy.

W obecnym badaniu przeprowadzono również przesiewowe badania w kierunku kiły. Spośród wszystkich respondentów dodatni odczyn kiłowy świadczący najczęściej o aktywnym zakażeniu wykryto u 2 osób (po jednej w Krakowie i w Gdańsku). Oszacowana na tej podstawie częstość występowania kiły wyniosła 0,3% (0,1% - 0,8%). Jest to odczyn nieswoisty i przy tak małej liczbie wyników dodatnich nie można wykluczyć, że były to wyniki fałszywie dodatnie.

PODSUMOWANIE I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie przeprowadzono według takiej samej procedury rekrutacji w Krakowie i Gdańsku. Z założenia metody niezależnie od charakterystyki osób, które są „zaczątkami" łańcuchów przy dostatecznie dużej liczbie fal osiągany jest tzw. stan równowagi, który umożliwia wyciąganie wniosków dotyczących badanej populacji. W badanej próbie najważniejszą cechą, wobec której nie została w Krakowie osiągnięta równowaga jest pozostawanie w leczeniu substytucyjnym – około 10% różnica pomiędzy procentem respondentów w leczeniu substytucyjnym a proporcji odpowiadającej równowadze. Stąd też w interpretacji niektórych wyników należy wziąć pod uwagę, że dla respondentów Krakowa mogą one być nieco przesunięte w kierunku wartości typowych dla klientów leczenia substytucyjnego (np. wiek, czas od pierwszej iniekcji, aktualnie przyjmowane substancje psychoaktywne itp.).

Zwracają uwagę różnice socjo-demograficzne badanej grupy w Krakowie i w Gdańsku. Respondenci w Gdańsku wydawali się lepiej zintegrowani społecznie niż osoby, które wzięły udział w badaniu w Krakowie (rzadziej były bezdomne, rzadziej przebywały w więzieniach, częściej znajdują oparcie ekonomiczne we własnej rodzinie, częstsze korzystanie z opieki dentystycznej, ambulatoryjnej). Zwraca uwagę jednak, że w czasie prowadzenia badania pracowało podobnie wiele respondentów w obu miastach. Wiązało się to ze średnio mniejszą siecią znajomych obecnych lub byłych dożylnych użytkowników narkotyków wśród respondentów w Gdańsku.
Respondenci częściej znajdują oparcie (zamieszkanie, utrzymanie) u rodziców i krewnych niż we własnych związkach partnerskich.

Zwraca uwagę częstsze korzystanie z opieki ambulatoryjnej medycznej i dentystycznej przez uczestników badania w Gdańsku. Z kolei respondenci z Krakowa byli istotnie częściej diagnozowani w kierunku przewlekłych chorób zakaźnych – wzw B i C oraz HIV. Badania w kierunku HIV wykonywali średnio czterokrotnie w życiu – większość częściej niż raz na 3 lata. W wytycznych opublikowanych niedawno przez EMCDDA[6] zaleca się, by badania w kierunku HIV wykonywać wśród użytkowników narkotyków dożylnych nawet z częstością 1 – 2 razy w roku. W obecnym badaniu pomimo, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed wypełnieniem ankiety w kierunku HIV badał się jedynie co trzeci respondent, a co drugi w

[6] Blystad H, Wiessing L. Guidance on Provider-initiated Voluntary Medical Examination, Testing and Counselling for Infectious Diseases in Injecting Drug Users. Pre-final unedited version 5.5. Lisbon, EMCDDA, 2009.

ciągu 3 poprzedzających lat, nie zdiagnozowane pozostawały tylko nieliczne zakażenia HIV. Wydaje się więc, że dwukrotne badanie w ciągu roku przy stosunkowo małej dynamice szerzenia się HIV wśród użytkowników narkotyków jak w badanych miastach nie ma uzasadnienia. Z drugiej strony około 30% użytkowników (więcej w Gdańsku) nie była nigdy w życiu badana w kierunku HIV. Racjonalnym celem wydaje się zatem dążenie do objęcia rutynowymi badaniami w kierunku chorób zakaźnych większego odsetka użytkowników i powtarzanie tych badań co najmniej raz na 3 lata.

Świadomość swojego statusu pod względem zakażenia HIV była znacznie wyższa niż zakażenia HCV, a zwłaszcza HBV, w przypadku którego prawie 80% osób, które miały kontakt z wirusem nie miało świadomości tego faktu. Jest to dość nieoczekiwane ze względu na to, że wzw typu B przebiega w większości przypadków objawowo, z żółtaczką i powinno zostać rozpoznane w ostrej fazie. Istnieje więc potrzeba zwrócenia większej uwagi na badania w kierunku wirusów zapalenia wątroby, jak również zwiększenie dostępności leczenia zapaleń wątroby. W badaniach brytyjskich szybkie rozpoznawanie zakażenia HCV i leczenie osób zakażonych okazało się najefektywniejszym środkiem ograniczającym szerzenie się wirusa w populacji użytkowników dożylnych. W przypadku wzw B, choć w Krakowie, a zwłaszcza w Gdańsku odsetek zaszczepionych był znacznie wyższy niż w poprzednio badanych lokalizacjach (53% respondentów w porównaniu do 19% -20% w poprzednich badaniach – w latach 2004 – 2005) nadal powinno się dążyć do objęcia szczepieniami większej grupy użytkowników narkotyków.
Poznanie swojego statusu jeśli chodzi od przewlekłe zakażenia ma służyć zarówno objęciu opieką osób zakażonych jak i zahamowanie dalszego szerzenia się infekcji. Przytoczone dane potwierdzają, że w przypadku wirusa HIV, osoby, których wyniki były ujemne około 2-krotnie rzadziej dzielą się sprzętem z osobami, o których wiedzą, że są zakażone. Natomiast w przypadku wirusowych zapaleń wątroby częstość dzielenia się sprzętem nie zależy od świadomości własnego serostatusu w porównaniu do statusu osoby wspólnie używającej igieł/strzykawek. Wyniki te sugerują konieczność weryfikacji sposobu przekazywania informacji dotyczących zagrożeń ze strony wirusowych zapaleń wątroby. Z kolei osobom zakażonym HIV warto zwrócić uwagę, że ze względu na częste współistnienie zakażenia HIV i wzw, dzieląc się igłami z drugą osobą HIV+ mogą zakazić się również wirusem wzw, a ponadto może dojść do nadważenia innym typem wirusa, co przyspiesza progresję choroby.

Zwracają uwagę różnice pomiędzy Gdańskiem a Krakowem w historii przyjmowania narkotyków oraz w obecnie przyjmowanych przez nich narkotykach. W Gdańsku dominowali użytkownicy opiatów (głównie heroiny), a w Krakowie – osoby w leczeniu substytucyjnym, które albo nie przyjmowały żadnych dodatkowych substancji psychoaktywnych albo piły alkohol. W odróżnieniu od poprzednio badanych miejsc w Gdańsku oraz w Krakowie większość osób przyjmowała jedynie jedną substancję psychoaktywną (w poprzednich badaniach około 2/3 przyjmowało 2 lub więcej, a 1/3 trzy lub więcej substancji psychoaktywnych).

Dzielenie się sprzętem do wstrzyknięć kiedykolwiek w życiu odzwierciedla w dużej mierze długość kariery narkotykowej, stąd spodziewanym wynikiem jest znacznie wyższa wartość tego wskaźnika w Krakowie niż w Gdańsku. Jeśli chodzi o dzielenie się igłami/strzykawkami w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed wypełnianiem ankiety to respondenci obecnego badania robili to rzadziej niż w poprzednio badanych lokalizacjach (16,1% w porównaniu do 22% - 28% w poprzednich badaniach)[7]. Dotyczy to zwłaszcza respondentów z Gdańska. W Krakowie w ciągu 12 miesięcy przed badaniem sprzętem dzieliło się 20,0% respondentów, co wydaje się dość dużym odsetkiem biorąc pod uwagę, że liczną grupę stanowiły osoby, które pozostawały w leczeniu substytucyjnym. Odsetek aktualnych użytkowników dożylnych wśród respondentów w Krakowie wyniósł niecałe 20% (oszacowanie dla populacji 8,3%) w porównaniu do 73% w Gdańsku (oszacowanie dla populacji 68%)(w poprzednio badanych lokalizacjach odsetki te wynosiły około 50% - 60%). Niski odsetek w Krakowie można przypisać leczeniu substytucyjnego dużego odsetka respondentów. Jednak spośród osób aktualnie przyjmujących narkotyki dożylnie większy niż w Gdańsku odsetek dzielił się sprzętem do wstrzyknięć (27,3% w porównaniu do 18,6%). Ankietowani nawet przy wstrzykiwaniu własną igłą i strzykawką często dzielili się innym sprzętem. Choć do zakażeń HIV dochodzi w takich sytuacjach stosunkowo rzadko, sprzyjają one szerzeniu się wirusów HBV i HCV. Co jednak potencjalnie ogranicza dynamikę szerzenia się zakażeń, to fakt, że dzielą się ze stosunkowo nielicznym gronem innych użytkowników. Podczas ostatnich 30 dni najczęściej była to jedna, bliska osoba. Z badań w innych krajach wynika, że szczególnym zagrożeniem szerzenia się zakażeń jest użytkowanie „biesiadne" z dużą liczbą osób dzielących sprzęt i narkotyki. Reasumując respondenci stosunkowo często dzielą się sprzętem do wstrzyknięć nawet znając swój status co do przewlekłych zakażeń i warto zwrócić uwagę

[7] Badania realizowane w latach 2004 – 2005 w województwach lubuskim, śląskim, mazowieckim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i lubelskim

na konieczność posiadania osobnego sprzętu nawet wśród bliskich sobie osób (podobnie jak szczoteczki do zębów, golarki itp.).

Większość respondentów zarówno w Krakowie jak i w Gdańsku była w przeszłości leczona w związku z uzależnieniem (ogółem prawie 90% badanej populacji), ponad 70% (nieco więcej w Krakowie niż w Gdańsku) korzystało z jakiejś formy leczenia podczas 12 miesięcy przed badaniem. Należy zatem stwierdzić, że badana populacja pozostaje w ścisłym kontakcie ze służbą zdrowia stwarzając duży potencjał profilaktyki chorób zakaźnych, która poza pracą nad zmianą zachowań powinna obejmować również szczepienia (wzw B, wzw A, tężec/błonica) oraz badania przesiewowe w kierunku zakażeń wirusami przenoszonymi przez krew, gruźlicy, chorób przenoszonych drogą płciową.

Zwraca uwagę różnica pomiędzy Gdańskiem a Krakowem w częstości przebywania na oddziałach detoksykacyjnych – w ciągu 12 miesięcy przed wypełnieniem ankiety przebywało tam 69% respondentów z Gdańska oraz 20% respondentów z Krakowa. Z dużym prawdopodobieństwem ma to związek z objęciem istotnej części osób uzależnionych od opiatów leczeniem substytucyjnym w Krakowie.

Respondenci aktualnie wstrzykujący narkotyki z reguły zaopatrywali się w sprzęt do wstrzyknięć albo w aptekach albo w punktach wymiany igieł/strzykawek (częściej w Gdańsku 71% w porównaniu do 45% w Krakowa). Z kolei 37,5% respondentów nigdy nie wymieniało igieł/strzykawek w takich punktach. Punkty stanowią więc bardzo ważne źródło czystego sprzętu dla osób wstrzykujących narkotyki, ale z punktu widzenia profilaktyki chorób zakaźnych przenoszonych przez krew jako jedyne źródło czystego sprzętu nie byłyby wystarczające. Dane wskazują jednak, że duża część respondentów nie ma problemów z zaopatrywaniem się w igły/strzykawki w aptekach. Klienci punktów rzadziej jednak dzielili się igłami i strzykawkami, niż pozostała grupa, co trzeba interpretować ostrożnie ze względu na inne możliwe różnice pomiędzy tymi grupami.

Najistotniejszym z narażeń seksualnych jest uprawianie seksu z innymi użytkownikami narkotyków, zwłaszcza, że dotyczy to również osób, które nie dzieliły się sprzętem lub przestały wstrzykiwać narkotyki. Wśród respondentów z Krakowa do szerzenia się chorób zakaźnych mogą również przyczyniać się stosunki seksualne pomiędzy mężczyznami. Duży, bo 42,5%, odsetek respondentów nie stosuje regularnie prezerwatyw podczas uprawiania

seksu z przygodnymi partnerami (odpowiedzi nigdy/rzadko i czasami), co wskazuje na konieczność wzmożenia promocji bezpieczniejszego seksu.

W obecnym badaniu oprócz częstości występowania przewlekłych zakażeń wśród respondentów badania (współczynniki surowe) oszacowano częstość występowania w populacji użytkowników w badanych lokalizacjach (oszacowania dla populacji, współczynniki skorygowane). Konieczność obliczenia współczynników skorygowanych wynika z faktu braku możliwości pobrania próby losowej, dla której odpowiednie są współczynniki surowe, z populacji użytkowników narkotyków. W obecnym badaniu rekrutację prowadzono metodą rekrutacji przez respondentów. Dla takiego sposobu rekrutacji zostały opracowane odpowiednie metody statystyczne pozwalające przy odpowiednio długich „łańcuchach" rekrutacji na uzyskanie poprawnego metodologicznie przybliżenia statystycznego częstości występowania w populacji[8].
Skorygowane rozpowszechnienie zakażenia wirusem HIV wyniosło 10,3% w porównaniu do współczynnika surowego 18,9%. Wskazuje to jak ważne są odpowiednie metody rekrutacji i analizy danych. Oszacowane rozpowszechnienie HIV w grupie użytkowników narkotyków jest nadal stosunkowo wysokie na tle krajów Europy Środkowej i Zachodniej. Wyższe odsetki notuje się w na południowym zachodzie Europy (zwłaszcza w Hiszpanii, ponad 30%, Portugalii) oraz w Estonii, gdzie w wielu badaniach potwierdzono odsetki ponad 50%. Rozpowszechnienie podobne do obserwowanego w Polsce – rzędu kilkunastu procent notuje się również we Włoszech, Irlandii i Francji. Kilkunastoprocentowe lub wyższe rozpowszechnienie HIV występuje w też na niektórych obszarach/miastach krajów Europy Wschodniej, jak Białoruś, Łotwa, Ukraina, Rosja. Odsetki te wykazują jednak dużą zmienność na poziomie lokalnym. Z drugiej strony w Europie Środkowej i Północnej odsetki te są z reguły niższe – poniżej 5%, niekiedy poniżej 1% badanych.

W poprzednich badaniach w Polsce obserwowano również znaczne różnice pomiędzy województwami dotyczące rozpowszechnienia HIV. Wśród osób zbadanych w woj. pomorskim w 2002 r. (badanie objęło również osoby na stałe zamieszkałe poza tym województwem) rozpowszechnienie przeciwciał anty-HIV wyniosło aż 29% (15% wśród osób rekrutowanych na ulicy), w Warszawie (osoby rekrutowane na ulicy i w placówkach niskoprogowych) - 16%, w woj. śląskim (osoby rekrutowane na ulicy i w placówkach

[8] Patrz przypis nr 4

niskoprogowych) - 13%, a w woj. lubuskim 8% (7% wśród osób rekrutowanych na ulicy i w placówkach niskoprogowych), we Wrocławiu 31,5% (36,9% osoby rekrutowane w placówce niskoprogowej), w woj. lubelskim 29,5% (37,3% w placówce niskoprogowej) a w województwie warmińsko-mazurskim 2,4% (0,0% wśród rekrutowanych w placówce niskoprogowej).
W przypadku zakażeń wirusem HIV w Polsce, zwłaszcza w miejscach, gdzie rozpowszechnienie było bardzo wysokie w dużej mierze mamy do czynienia z zakażeniami, do których doszło w latach 90-tych, niemniej jednak w grupie użytkowników poniżej 25 r.ż. wciąż obserwuje się zakażenia HIV, które z dużym prawdopodobieństwem zostały nabyte w niedalekiej przeszłości. W obecnym badaniu rozpowszechnienie HIV w tej grupie wyniosło 2,2% (współczynnik surowy 3,2%), co jest wartością porównywalną do notowanej wśród respondentów z Warszawy, Śląska i województwa lubuskiego (3,2%) i znacznie niższą w porównaniu do województw dolnośląskiego (30,9%) i lubelskiego (20,0%).

Czynnikami niezależnie związanymi z częstością występowania HIV (w analizie wieloczynnikowej) są okresy bezdomności i całkowity czas wstrzykiwania narkotyków. Jest to zbieżne z wcześniejszymi badaniami w innych lokalizacjach w Polsce. W każdej z nich pomimo znacznych różnic w charakterystyce populacji użytkowników narkotyków wyższe rozpowszechnienie HIV wiązało się z gorszą sytuacją społeczno-ekonomiczną, a zwłaszcza z bezdomnością oraz z całkowitym czasem wstrzykiwania narkotyków. Mniej istotne zaś, podobnie do obecnego badania okazywały się deklarowane przez respondentów zachowania ryzykowne związane z wstrzykiwaniem (np. dzielenie się sprzętem). W profilaktyce HIV zatem szczególnie istotne jest przerwanie wstrzykiwania oraz lepsza integracja społeczna.

W przypadku HCV mediana z różnych badań w latach 1996 – 2002 przeprowadzonych w krajach europejskich wyniosła 65,8%. Obecnie w większości krajów rozpowszechnienie waha się w granicach 20% - 70%, ale z reguły na poziomie lokalnym znajdują się miejsca, gdzie przekracza ono 80%, a niekiedy nawet 90% badanych. Rozpowszechnienie HCV było szczególnie wysokie na Litwie, Łotwie i w Estonii, rzędu 80%. W poprzednich badaniach w Polsce rozpowszechnienie anty-HCV wahało się w granicach 43,7% w województwie lubuskim do 64,0% we Wrocławiu. Odsetek wyników dodatnich notowanych w Krakowie (67,9%) jest więc jak dotychczas najwyższy spośród różnych lokalizacji w Polsce. Skorygowane rozpowszechnienie anty-HCV w obu miastach mieści się w granicach obserwowanych powszechnie w Europie.

Rozpowszechnienie anty-HCV w odróżnieniu od rozpowszechnienia HIV wiązało się z większą potencjalną ekspozycją na krew (dłuższy okres wstrzykiwania, okresy codziennego wstrzykiwania, dzielenie się sprzętem), a status społeczno-ekonomiczny miał tu mniejsze znaczenie. Wynik ten potwierdza również wyniki uzyskane w poprzednich badaniach. Wyniki badania wskazują również na potencjalną ekspozycję w warunkach szpitalnych (wyższe rozpowszechnienie związane z zabiegiem chirurgicznym w przeszłości, wyższe rozpowszechnienie wśród kobiet, które mają dzieci). Wymaga to na pewno dalszych badań.

Stosunkowo mniej badań jest dostępnych na terenie Europy dotyczących rozpowszechnienia zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV). Z reguły notowane wartości rozpowszechnienia przeciwciał przeciwko HBc wahały się w granicach kilka – kilkanaście procent do 40%, choć w niektórych lokalizacjach przekraczały 70%. W Polsce jak dotąd odnotowywano wyższe wartości – od 24% (województwo warmińsko-mazurskie) do 55% (województwo dolnośląskie). Może to być jednak związane z ogólną sytuacją epidemiologiczną wzw B w Polsce, w której było wielokrotnie więcej zachorowań na wzw B niż w krajach Europy Zachodniej przed podjęciem w połowie lat 90. intensywnej polityki szczepień. W poprzednich badaniach wysokie było również rozpowszechnienie anty-Hbc w populacji użytkowników <25 r.ż. (22% - 53%).

W obecnym badaniu odsetek zaszczepionych przeciwko wzw B wśród młodszych użytkowników jest wysoki: >60% wśród osób <25 r.ż. Biorąc pod uwagę, że odwrotnie niż w przypadku zakażeń HCV, rozpowszechnienie anty-Hbc jest niższe w grupie wyróżnionej na podstawie wieku (która obejmuje osoby wstrzykujące nawet od 12 roku życia) niż w grupie wyróżnionej na podstawie niedawnego początku użytkowania dożylnego (26,5%) można z dużym prawdopodobieństwem efekt ten przypisać większemu poziomowi zaszczepienia respondentów w młodszym wieku. Niemniej biorąc pod uwagę stopień zaszczepienia populacji ogólnej w tym wieku (>95% w grupie 14 – 23 lata) oraz częsty kontakt z wirusem już w najmłodszej grupie wieku (w grupie osób <25 r.ż. już ponad 17% osób miało kontakt z wirusem HBV) należy uznać, że osoby te są zaszczepione w niedostatecznym stopniu.

Najważniejszym czynnikiem związanym z częstszym kontaktem z HBV w przeszłości (obecność przeciwciał przeciwko antygenowi rdzeniowemu anty-Hbc) jest łączny czas przyjmowania narkotyków drogą iniekcji. Choć deklarowany stan zaszczepienia jest związany z niższym rozpowszechnieniem anty-HBc zastanawia fakt, że wciąż szacunkowo ponad 20% zaszczepionych było lub jest zakażonych HBV. Może to wynikać z błędu ankiety, ale też może zwracać uwagę na zbyt późne szczepienie przeciwko HBV.

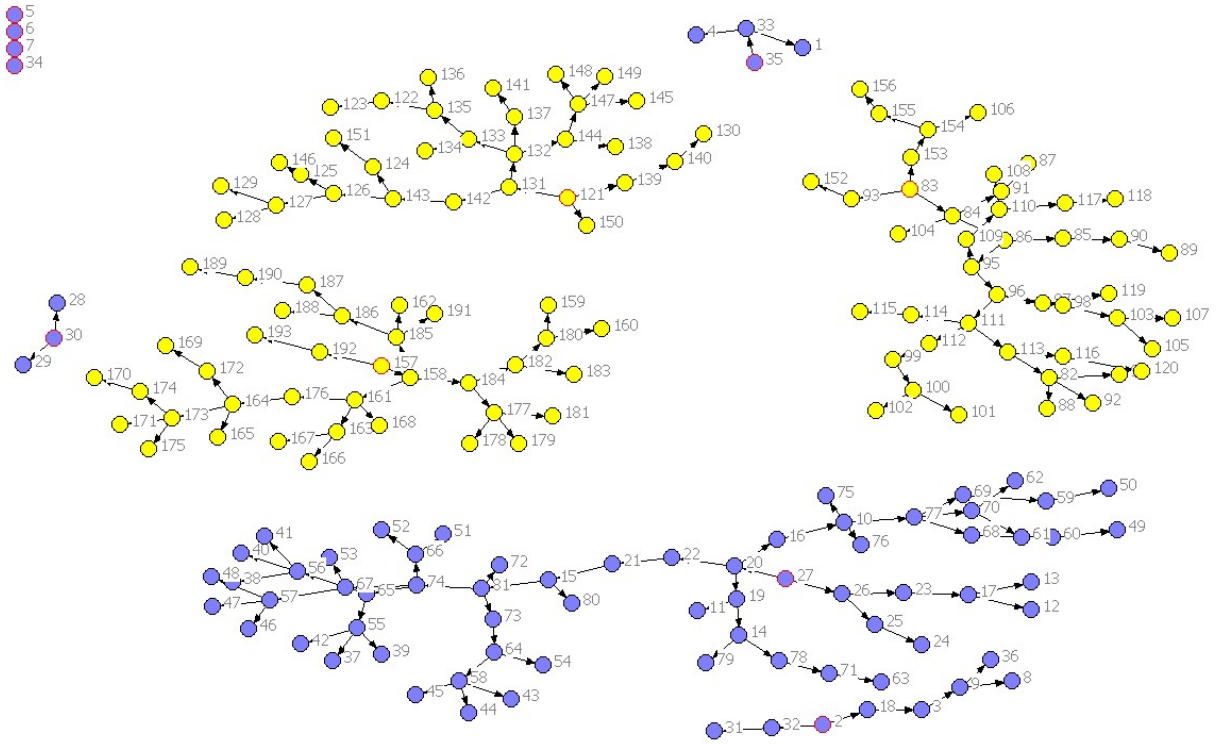
Załącznik nr 1

Szczegóły dotyczące rekrutacji

Opis „zaczątków" i przebieg rekrutacji

Spośród osób wybranych jako zaczątki było 6 kobiet i 5 mężczyzn (wyłączając tych, którzy nie rekrutowali kolejnych 5 kobiet i 2 mężczyzn). Średnia wieku wyniosła 37,2 lat. Wyłączając zaczątki, od których nikt się nie zgłosił liczba fal w „łańcuchach" pochodzących od jednego zaczątku wahała się od 2 do 9 (Rycina 1.1). Około 49% respondentów należała do fal 5 i powyżej.

Rycina 1.1. Struktura rekrutacji w Gdańsku (kolor niebieski) i Krakowie (kolor żółty). Zaczątki zaznaczone są czerwoną obwódką.
Figure 1.1. Recrutation structure in Gdańsk (blue) and Krakow (yellow). Seeds are marked with red rim.



Respondenci zostali poproszeni o podanie liczby osób, którym zaoferowali kupony oraz liczbę osób, które przyjęły od nich te kupony. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.1. Ogółem do badania zgłaszało się mniej niż jedna osoba na jednego rekrutującego i nie obserwowało się dużych różnic w zależności od charakterystyki rekrutującego – nawet liczebności sieci jego znajomych. Do badania zgłaszała się przeciętnie jedna na pięć osób, które rekrutujący próbowali do niego zaprosić.

Tabela 1.1. Liczba osób, które zgłosiły się, liczba osób, które otrzymały kupony oraz liczba osób, którym zaoferowano kupony w Gdańsku (w Krakowie zbyt duża liczba braków danych).

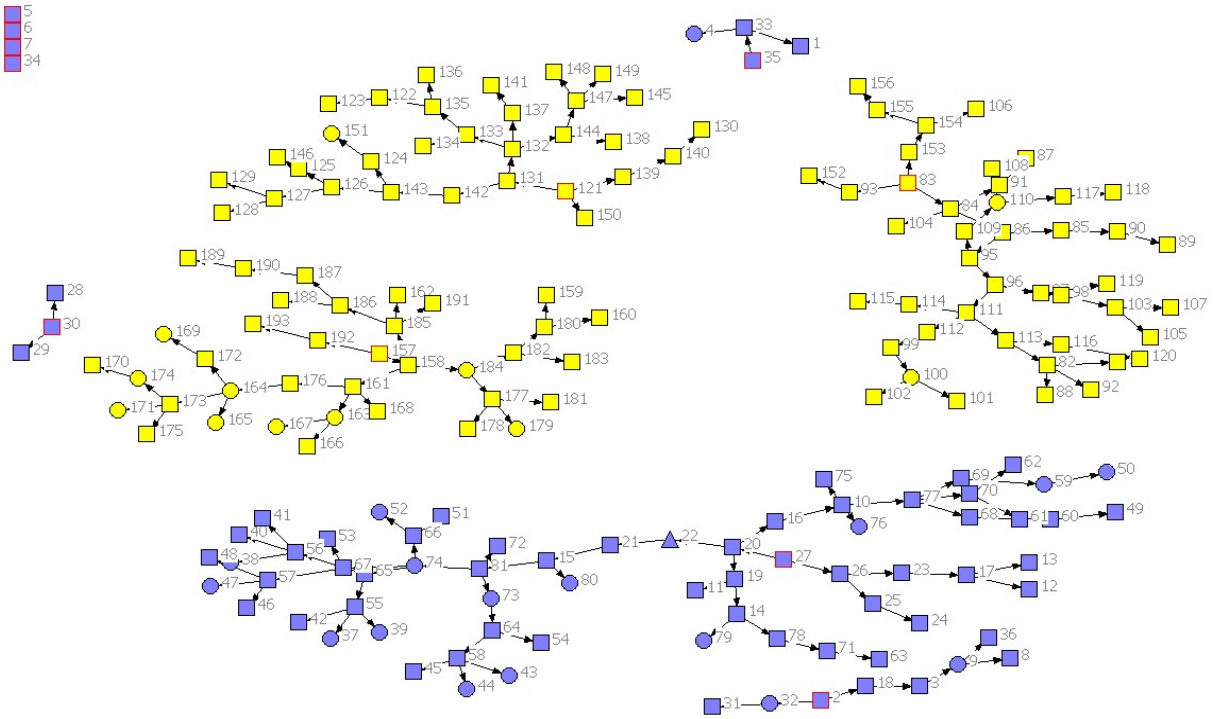
		Średnia dla jednego respondenta liczba osób, które			Stosunek liczby osób zgłaszających się do liczby osób, którym zaoferowano kupon
		Zgłosiły się	Przyjęły kupon	Odrzuciły kupon	
Ogółem		0,90	2,33	2,17	0,20
Płeć rekrutującego	Mężczyzna	0,93	2,34	2,28	0,20
	Kobieta	0,77	2,31	1,62	0,20
Wiek rekrutującego	18 – 29 lat	0,96	2,23	2,09	0,22
	30+	0,82	2,45	2,30	0,17
Liczebność sieci znajomych	1 – 14	0,95	2,41	2,02	0,21
	15 – 19	0,64	1,93	2,29	0,15
	20+	0,85	2,55	2,70	0,16
Aktualne (ostatnie 30 dni) przyjmowanie narkotyków dożylnych	Nie	0,82	2,59	1,55	0,20
	Tak	0,93	2,24	2,41	0,20

Rycina 1.2 przedstawia rekrutację według wieku respondentów i według pozostawania w leczeniu substytucyjnym. Widać, że osoby młodsze niż 25 lat zaczynają częściej pojawiać się w dalszych falach badania. Badanie zaczynało się od osób mających kontakt z placówkami pomocowymi, w których miało miejsce. Zaczątkami były osoby starsze. Możliwym wytłumaczeniem jest, że osoby młodsze nie były dotąd klientami placówek prowadzących badanie i być może prowadząc badanie dłużej udałoby się rekrutować więcej osób z tej grupy. Patrząc na rozkład według pozostawania lub nie w leczeniu substytucyjnym (Kraków) – dwa łańcuchy w dużej mierze rekrutują się z tej właśnie grupy (również są to osoby starsze) – dopiero końcowe fale zdają się wychodzić poza tą populację. Wyczerpanie tej grupy może tłumaczyć nagły spadek tempa badania w Krakowie po osiągnięciu około 100 uczestników.

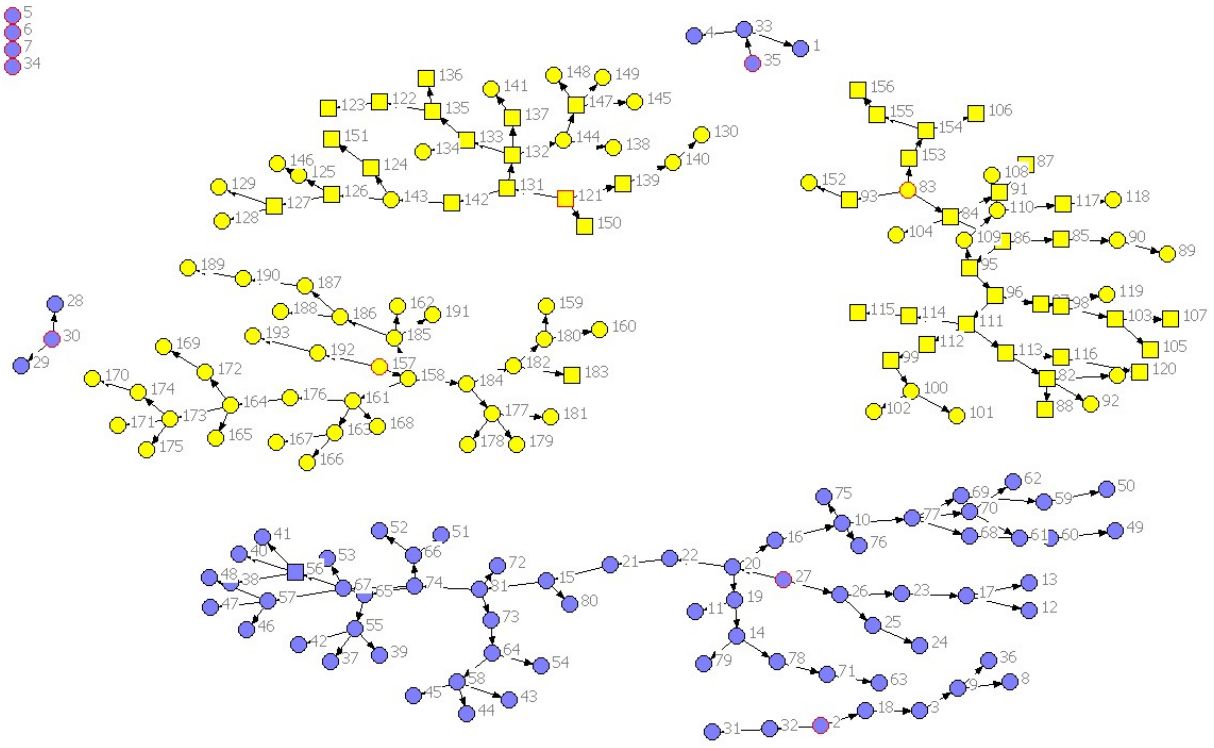
Rycina 1.2. Struktura rekrutacji z wyróżnieniem w części A osób w wieku <25 lat (kółka) i 25+ lat (kwadraty) a w części B osób pozostających na leczeniu substytucyjnym (kwadraty) lub nie (kółka).

Figure 1.2. Recrutation structure. Part A – by age (circles = <25 yeras; squares = 25+ years). Part B – by maintenance therapy (circles = not in therapy; squares = in therapy).

A.



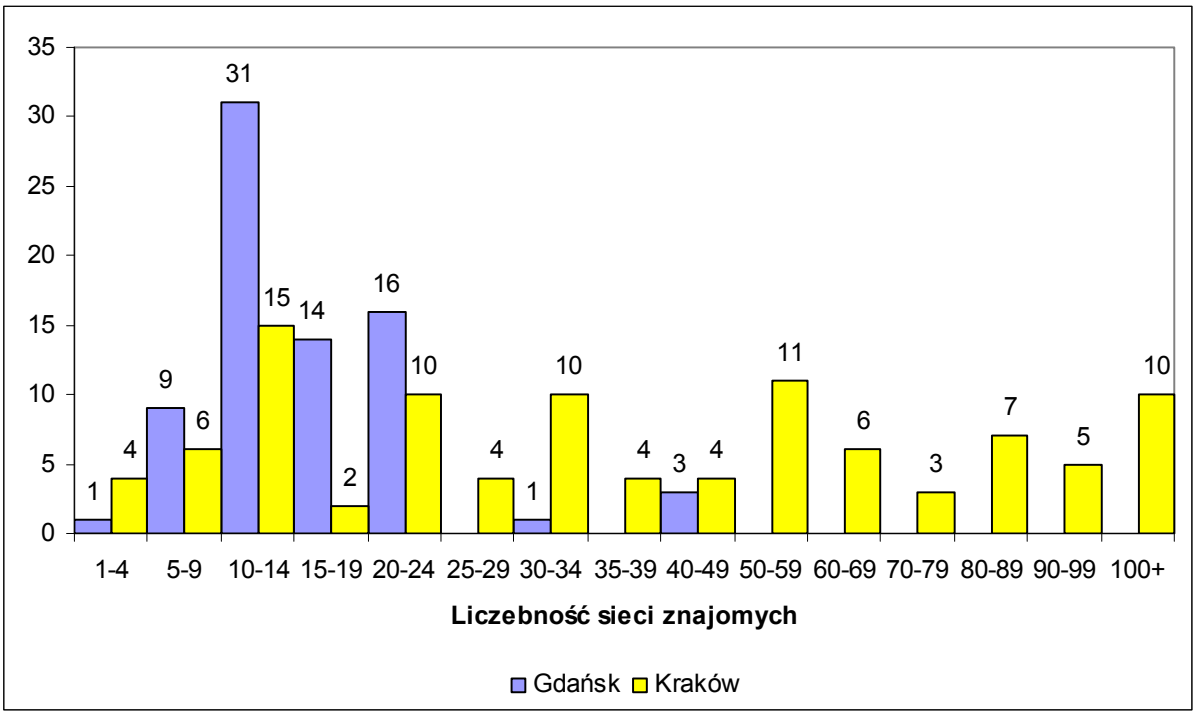
B.



Liczebność sieci znajomych spełniających kryteria rekrutacji

Rozkład liczebności sieci znajomych przedstawia rycina 1.3 Liczebność sieci znajomych spełniających kryteria rekrutacji wahała się od 1 do 150, średnio wyniosła 30 osób, mediana 20 osób.

Rycina 1.3. Rozkład liczebności sieci znajomych w Gdańsku i w Krakowie.



Liczebność sieci znajomych była znacznie wyższa w Krakowie (średnio 41 osób, mediana 30 osób) niż w Gdańsku (średnio 14 osób, mediana 20 osób) i wzrastała wraz z wiekiem. Zwraca uwagę, że liczebność sieci znajomych jest porównywalna wśród mężczyzn i wśród kobiet.
W Gdańsku wiele osób zgłaszało sieć znajomych poniżej 20 osób – co jest uznawane za wartość graniczną, aby grupę docelową można było uznać za dobrze zsieciowaną. W przeciwnym przypadku grupa docelowa jest zwykle kompozytem wielu małych grupek i badanie metodą RDS jest trudne. Doświadczenie prowadzenia badania w Gdańsku potwierdza tą teorię – potrzebne było aż10 miesięcy, by rekrutować 81 osób.

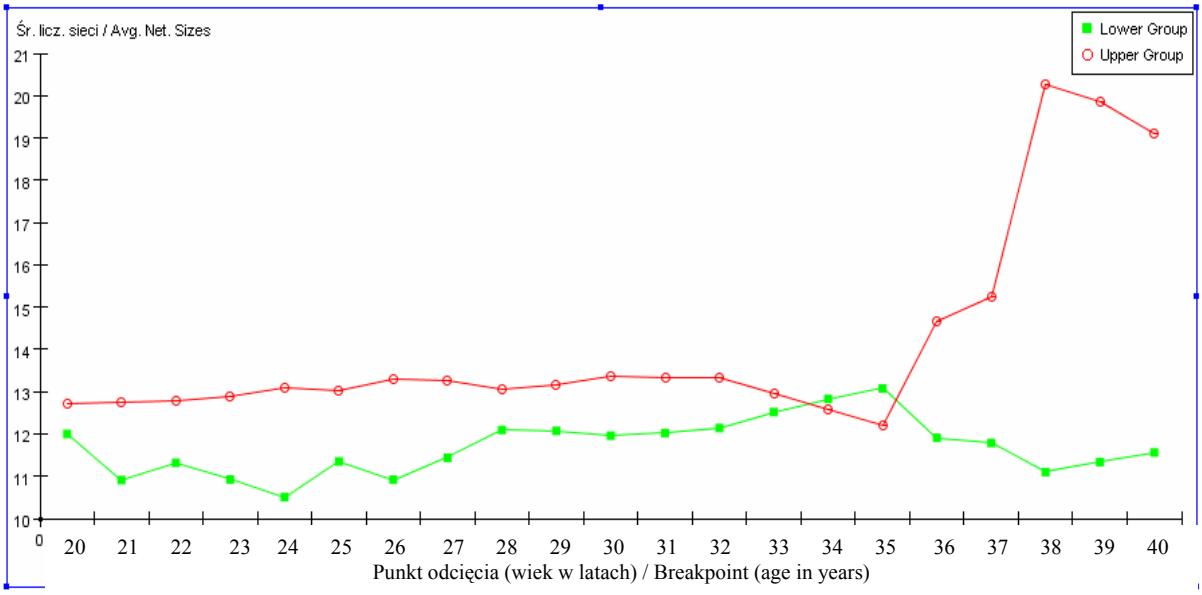
Tabela 1.2. Średnia liczebność sieci znajomych w Gdańsku i w Krakowie.

		Gdańsk	Kraków	Razem
Płeć	Mężczyzna	14,3	40,6	28,1
	Kobieta	12,3	42,8	34,8
Wiek	<20	-	-	-
	20-24	11,8	26,4	17,4
	25-29	12,9	35,3	22,5
	30-39	13,4	40,6	33,0
	40-49	16,7	62,6	46,7
	50+	24,5	38,7	34,6
Leczenie substytucyjne	Tak	-	67,7	-
	nie	-	29,8	-
Pierwsza iniekcja	W ciągu 2 lat poprzedzających badanie	10,2	20,0	12,0
	Wcześniej niż 2 lata przed badaniem	15,4	42,8	32,3

Rycina 1.4 przedstawia skorygowaną liczebność sieci kontaktów w zależności od wieku – w grupie w wieku powyżej/poniżej punktu odcięcia. Biorąc pod uwagę korektę średnia wielkość sieci kontaktów jest dużo niższa – około 12 – 13 i tylko w grupie wiekowej powyżej 38 lat osiąga 19 – 20 osób. Wśród osób poniżej 25 roku życia liczebność sieci kontaktów wynosi około 11.

Rycina 1.4. Skorygowana średnia liczebności sieci kontaktów wg wieku (powyżej punktu odcięcia i powyżej punktu odcięcia)

Figure 1.4. Adjusted average network sizes by age (groups above and below the breakpoint)



Podsumowując metoda RDS jest wykonalna w warunkach polskich i nadaje się do monitorowania rozpowszechnienia zakażeń, jak i zachowań ryzykownych w populacji użytkowników narkotyków, którzy choć raz przyjęli narkotyk we wstrzyknięciu. Wskaźniki te osiągają równowagę już w 2 – 3 fali respondentów, co pozwala na stwierdzenie, że oszacowania są wiarygodne o ile nie istnieją inne grupy użytkowników zupełnie nie związane (nie znające się) z grupą rekrutowaną do badania. W przypadku, gdy celem badania byłaby ocena statusu społeczno – ekonomicznego badania wymagałyby większej liczby fal. Badania te w warunkach polskich okazały się stosunkowo czasochłonne. W badaniach prowadzonych w wielu krajach na całym świecie rekrutacja przebiegała znacznie szybciej. Wydaje się, że powodem jest tu liczebność sieci znajomych, stosunkowo niska zarówno w Gdańsku jak i w Krakowie. Z tego względu szczególnie trudne było dotarcie do młodszych użytkowników, którzy niedawno rozpoczęli używanie narkotyków w iniekcjach. W Krakowie szybkie tempo rekrutacji podczas pierwszych dwóch miesięcy prowadzenia badania wynikało z rekrutacji dużej liczby osób pozostających w leczeniu substytucyjnym (osoby z reguły nieco starsze, obecnie nie wstrzykujące narkotyków, o dużej liczbie znajomych). W momencie wysycenia tej grupy tempo rekrutacji znacznie spadło. Z drugiej strony ani w Gdańsku ani w Krakowie nie funkcjonuje obecnie żaden bajzel, na którym dochodziłoby do częstszych kontaktów pomiędzy dużą liczbą użytkowników narkotyków. Należy zwrócić uwagę, że żaden z zaczątków nie był osobą poniżej 25 roku życia, jak i osobą, która po raz pierwszy wstrzyknęła narkotyk w ciągu 2 lat poprzedzających badanie. Z praktycznego punktu widzenia prowadząc podobne badania w przyszłości, przynajmniej jeśli chodzi o miasta o podobnej scenie narkotykowej, lepiej byłoby rozpocząć badanie od większej liczby zaczątków i zminimalizować liczbę zaczątków powiązanych z leczeniem substytucyjnym – osoby z tego środowiska zazwyczaj rekrutują też z tego środowiska, jest też duża szansa, że osoby spoza rekrutują wewnątrz grupy leczonej. Należałoby również pozyskać, jako zaczątki osoby, które albo same niedawno zaczęły przyjmować narkotyki dożylnie, albo przynajmniej mają kontakt z grupą, która to robi. Wydaje się również, że należy brać pod uwagę, że rekrutacja większej liczby respondentów może trwać nawet około roku, w przeciwieństwie do wielu publikowanych badań, gdzie odpowiednią liczbę respondentów udawało się osiągnąć w 2 – 3 miesiące.