

HIV i HCV wśród osób
przyjmujących substancje
psychoaktywne drogą iniekcji
na terenie Warszawy i okolic

Program pilotażowy skierowany do osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (IDU)

Oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń HIV i HCV wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne drogą iniekcji na terenie Warszawy i okolic – badanie pilotażowe

RAPORT KOŃCOWY

Badanie zrealizował Społeczny Komitet ds. AIDS ze środków przyznanych przez Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej w Open Society Foundations.

Analiza statystyczna i opracowanie raportu: firma FUNICULAR.

Warszawa 2014

WPROWADZENIE

Na przestrzeni ostatnich lat polska scena substancji psychoaktywnych uległa istotnym przekształceniom. Trend dotyczący dożylnego stosowania narkotyków ma charakter spadkowy. W roku 2010 połowa pacjentów ośrodków leczenia uzależnień nigdy nie przyjmowała środków odurzających w formie iniekcji. W roku 2012 udział ten wzrósł do dwóch trzecich¹. Z badań przeprowadzonych przez Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii wynika jednak, że dożylna forma przyjmowania narkotyków nadal jest stosunkowo popularna i stanowi duże zagrożenie ze względu na zakażenia przenoszone drogą iniekcji². Ze wstępnych szacunkowych danych z roku 2012 wynika, że liczba iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych (IDU) w Polsce mieści się w przedziale od 4 307 do 10 304 przy średniej 7 170³.

Od roku 1985 do końca marca 2014 zarejestrowano w Polsce 17 773 przypadków zakażenia HIV, z czego co najmniej 6 026 (33,9%) związanych było z dożylnym stosowaniem narkotyków⁴. Analiza nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych wskazuje na ogólny trend spadkowy i jego stabilizację w ostatnich latach⁵. W roku 2013 udział osób zakażonych drogą dożylną wśród ogółu zakażonych wynosił 3,5%⁶. Należy jednak podkreślić, że dane te dotyczą wyłącznie tych osób, które podały możliwą drogę transmisji wirusa – obecnie problem nieznanego drogi zakażenia dotyczy 68,2% wszystkich zarejestrowanych przypadków⁷. Po wyłączeniu zgłoszeń z niepełną informacją odsetek zakażeń związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków wzrósł do 9,0%⁸.

¹ 2013 National Report to the EMCDDA. „Poland”. New Development, Trends and in-depth information on selected issues.

² A. Malczewski, Wzory używania substancji psychoaktywnych wśród klientów programów niskoprogowych, *Remedium* kwiecień 2013.

³ 2013 National Report to the EMCDDA, *op.cit.*

⁴ Dane Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH.

⁵ 2013 National Report to the EMCDDA, *op.cit.*

⁶ Dane Zakładu Epidemiologii, *op.cit.*

⁷ *Ibidem.*

⁸ *Ibidem.*

Wśród klientów Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) odsetek zakażeń wynikających z dożylnego stosowania narkotyków także ulegał stopniowemu zmniejszeniu – w roku 2012 w ten sposób zakażyło się jedynie 1% badanych. Jednak biorąc pod uwagę jednoczesne przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji i ryzykowne kontakty seksualne, współczynnik ten wynosił 10,9%⁹.

W badaniu pt. *Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie* przeprowadzonym w latach 2008-2009 ustalono, że rozpowszechnienie HIV w grupie IDU wynosi 10,3%¹⁰. Według danych na rok 2012 zebranych w PKD odsetek wyników dodatnich HIV wśród populacji IDU wynosi 8,1% i jest najwyższy spośród wszystkich analizowanych grup. Dane te nie uwzględniają ok. 10% klientów PKD, którzy znajdują się w obszarze ryzyk mieszanych¹¹.

Stosunkowo duży odsetek osób zakażonych HIV w połączeniu ze skłonnością do podejmowania zachowań ryzykownych powoduje, że zakażenia w grupie IDU mają potencjał do szybkiego rozprzestrzeniania się. Co więcej, ze względu na to, że osoby stosujące narkotyki drogą dożylną często mają partnerów seksualnych, którzy nie przyjmują środków odurzających w tej formie, mogą oni stanowić źródło zakażenia dla populacji ogólnej¹². Według danych zbieranych w PKD ze wspólnych strzykawek i igieł korzysta 44,1% badanych przyjmujących substancje psychoaktywne w formie iniekcji. Ponadto 63,7% deklaruje kontakty seksualne pod wpływem alkoholu, 12,6% nigdy nie stosuje prezerwatyw, zaś kolejne 20,7% korzysta z nich jedynie czasami¹³.

Obserwacja nowych zakażeń HIV oraz HCV wśród iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych stanowi istotne źródło informacji na temat poważnych

⁹ 2013 National Report to the EMCDDA, *op.cit.*

¹⁰ *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.*

¹¹ A. Malczewski, *op.cit.*

¹² *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.*

¹³ A. Malczewski, *op.cit.*

konsekwencji zdrowotnych stosowania środków odurzających. Dostęp do przedstawicieli grupy IDU jest jednak bardzo ograniczony – odsetek klientów PKD deklarujących przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji jest niski i wynosi poniżej 2%¹⁴. Ostatnie badanie oceniające sytuację epidemiologiczną HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Warszawie przeprowadzone zostało w roku 2004¹⁵. Nie ma zatem aktualnych danych dotyczących rozpowszechnienia chorób zakaźnych w tej populacji.

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ *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, op. cit.*

CELE BADANIA

1. Oszacowanie częstości występowania HIV i HCV w populacji dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych na terenie Warszawy i okolic.
2. Charakterystyka grupy dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych.
3. Identyfikacja zachowań związanych z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia HIV i HCV oraz określenie czynników ryzyka zakażeń przenoszonych przez krew w populacji dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych.
4. Identyfikacja kanałów przepływu informacji wśród dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz analiza ich efektywności.
5. Ocena skuteczności zastosowanego sposobu rekrutacji uczestników w kontekście szerzej zakrojonych badań.

MATERIAŁ I METODA

Projekt zrealizowany został według schematu badania przekrojowego, opartego na anonimowych kwestionariuszach z pytaniami zamkniętymi i otwartymi oraz testach laboratoryjnych w kierunku HIV i HCV. Badanie przeprowadzone zostało w okresie od 6 grudnia 2013 do 23 maja 2014.

Kwestionariusz stworzony został przez zespół praktyków i epidemiologów związanych z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Pełny tekst kwestionariusza znajduje się załączniku 1. Badanie przeprowadzone zostało techniką PAPI. Wywiady prowadzili wyspecjalizowani doradcy PKD, posiadający długoletnie doświadczenie w pracy z klientami IDU.

Rekrutacja uczestników

Ze względu na ograniczony dostęp do przedstawicieli grupy iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych zdecydowano się zastosować dwie odrębne metody rekrutacji uczestników. Respondenci rekrutowani byli za pośrednictwem przeszkolonych wolontariuszy-liderów – czynnych użytkowników środków odurzających i pacjentów programów metadonowych – oraz za pomocą zaproszeń dystrybuowanych w ośrodkach i organizacjach z obszaru uzależnień. Nadrzędnym celem była skuteczność dotarcia do przedstawicieli badanej populacji, przy pełnej świadomości, że przyjęty model rekrutacji nie gwarantuje reprezentatywności próby.

Projekt przewidywał wewnętrzną kampanię społeczną o charakterze motywująco-nobilitującym, angażującą środowiska IDU. Rekrutacja wolontariuszy przeprowadzona była we współpracy ze stowarzyszeniem JUMP '93, Fundacją Redukcji Szkód oraz Polską Siecią Polityki Narkotykowej. Wybrane zostało 30 osób reprezentujących różne możliwe podgrupy badanej populacji, zróżnicowanych pod względem wieku, płci i częstotliwości przyjmowania substancji psychoaktywnych. Wolontariusze wzięli udział w jednodniowych warsztatach leaderskich w siedzibie Fundacji Redukcji Szkód (Załącznik 3), podczas których uzyskali podstawową wiedzę z zakresu profilaktyki HIV/AIDS i zdobyli umiejętności pomocne w przekonywaniu innych użytkowników substancji psychoaktywnych do wykonania testu na HIV.

Zgodnie z harmonogramem realizacji projektu zostały przeprowadzone cztery warsztaty leaderskie (program - Załącznik 3). Uczestnicy warsztatu zostali poinformowani o założeniach, przebiegu i celach badania. Uzyskali wiedzę o aktualnej sytuacji w zakresie badań iniekcyjnych użytkowników narkotyków pod kątem HIV/AIDS oraz planowanych działaniach. Zostali wprowadzeni w założenia redukcji szkód i peer-work – pracy w środowisku osób, które mają być testowane. Uczestnicy spotkań aktywnie uczestniczyli w rozmowie, zadawali pytania, zgłaszali swoje wątpliwości. Dzielili się swoim doświadczeniem i uwagami. Zostali dokładnie poinstruowani, w jaki sposób przebiegać ma rekrutacja do badań.

Za rekrutację respondentów wolontariusze-liderzy uzyskiwali niewielką gratyfikację pieniężną. Osoby, które zgodziły się wziąć udział w badaniu, otrzymywały natomiast drobne prezenty.

W ramach realizacji projektu zostały przeprowadzone działania w ośrodkach stacjonarnych - pięć szkoleń na temat profilaktyki HIV/AIDS oraz HCV (program - Załącznik 4., opis działań – Załącznik 5.). Klienci placówek również stanowili grupę potencjalnych uczestników badania.

Stworzone zostały cztery wersje kolorystyczne zaproszeń. Wersja zielona dystrybuowana była przez wolontariuszy-liderów (Załącznik 6). Każdy nich otrzymał 15 kuponów do rozdania wśród znajomych. 25 wolontariuszy-liderów zgłosiło się po dodatkowe zaproszenia (15 kuponów na osobę). Pozostałe wersje kolorystyczne przypisane zostały do miejsc dystrybucji – w każdym z nich rozprowadzonych zostało po 1000 kuponów:

- a. Niebieskie – programy metadonowe
- b. Żółte – programy redukcji szkód
- c. Pomarańczowe – Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych i organizacje pozarządowe

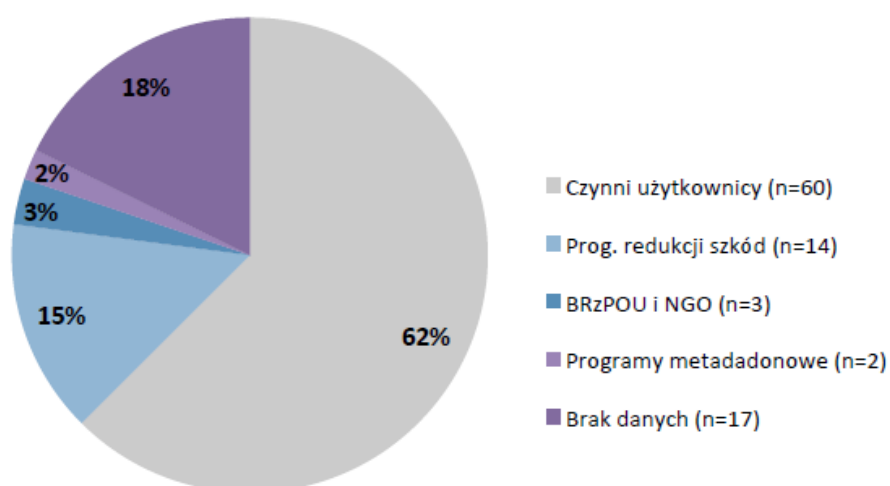
Lista miejsc, w których dystrybuowane były zaproszenia, znajduje się w załączniku 2.

Do badania włączone zostały osoby, które spełniały następujące kryteria:

- a. Co najmniej raz w życiu przyjmowanie substancji psychoaktywnej w formie iniekcji
- b. Przebywanie na stałe (podczas ostatnich 3 miesięcy) na terenie Warszawy i okolic
- c. Ukończone 18 lat

W badaniu wzięło udział 96 osób. Nie wszystkie miały przy sobie kupony. Łącznie otrzymano z powrotem 79 kuponów – 60 zielonych, 14 żółtych, 3 pomarańczowe i 2 niebieskie. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na rycinie 1.

Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy pod względem sposobu rekrutacji.



Wszyscy uczestnicy badania odpowiedzieli na pytania kwestionariuszowe, od 95 osób pobrano próbki krwi. Do analizy włączeni zostali wyłącznie respondenci, którzy uczestniczyli w obu etapach badania.

Badania serologiczne

Badania laboratoryjne w kierunku wykrycia HIV (tzw. test przesiewowy) wykonane zostało w Kosmetyczno-Lekarskiej Przychodni „IZIS” testem IV generacji Vikia Duo HIV firmy Biomerieux. Próbkę reaktywną w celu potwierdzenia testem Western Blot (WB) przesłane zostały do wyspecjalizowanego laboratorium

analitycznego znajdującego się przy Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie. Oba testy – test przesiewowy oraz test WB – są testami komercyjnymi dopuszczonymi do obrotu w Unii Europejskiej (certyfikat CE).

Metodyka analizy statystycznej

Wartości cech nominalnych lub mierzonych na skali porządkowej zaprezentowane zostały w formie bezwzględnych licznosci obserwowanych z uwzględnieniem liczby ważnych przypadków w obrębie danej cechy oraz udziałów procentowych z 95% przedziałem ufności. W analizie porównawczej zmiennych jakościowych zastosowano dokładny dwustronny test Fishera. Wartości cech ilościowych mierzonych na skali przedziałowej lub ilorazowej przedstawione zostały przy pomocy średniej arytmetycznej oraz 95% przedziału ufności. Analizę porównawczą przeprowadzono przy pomocy testu t-Studenta.

Dla oceny wpływu poszczególnych czynników na ryzyko zakażenia HIV i/lub HCV zastosowano jedno- i wieloczynnikową regresję logistyczną. Analizą objęto te zmienne, które w podstawowych statystykach porównawczych różnicowały respondentów żyjących z HIV i/lub HCV i respondentów niezakażonych na poziomie istotności $p \leq 0,1$. Zależności były wstępnie identyfikowane w modelu jednoczynnikowym, a następnie podlegały weryfikacji w modelu uwzględniającym płeć i łączny czas przyjmowania substancji psychoaktywnych w formie iniekcji. W ramach analizy wrażliwości stworzony został również model uwzględniający płeć i wiek respondentów. Wyniki przedstawiono w postaci ilorazów szans (OR) z 95% przedziałami ufności (95% CI).

Przyjęty dla wszystkich testów poziom istotności statystycznej wynosił $p < 0,05$.

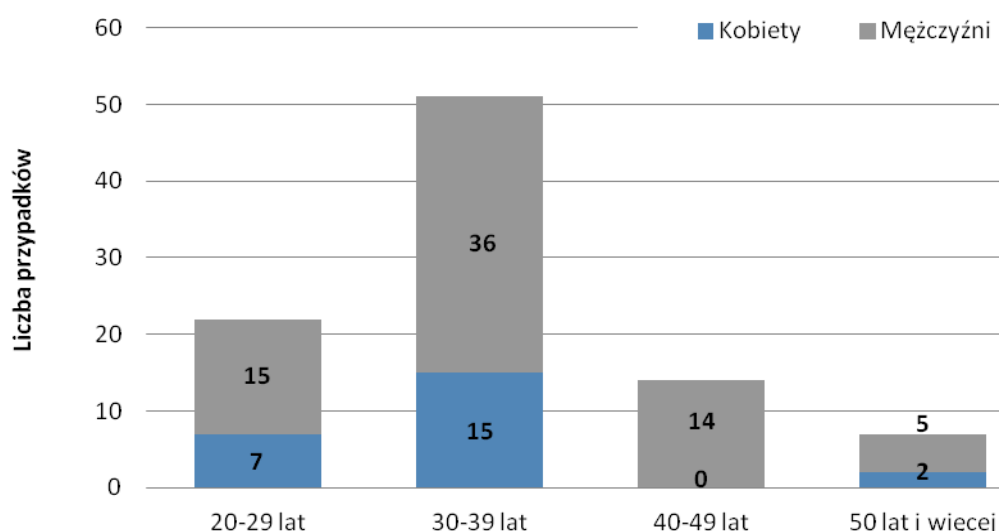
Obliczenia statystyczne przeprowadzone zostały przy użyciu pakietu STATISTICA 10.0 PL (StatSoft, Tulsa, USA). Obliczenia pomocnicze, wykresy oraz tabele wykonano w arkuszu kalkulacyjnym MS Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmont, USA).

WYNIKI

Ogólna charakterystyka badanej grupy

Wśród osób włączonych do badania zdecydowanie dominowali mężczyźni (74,5%). Średnia wieku respondentów wynosiła 34,9 lat. Ponad połowa badanych to osoby w wieku 30-39 lat (54,7%). Drugą najliczniej reprezentowaną grupą wiekową były osoby w wieku 20-29 lat (23,2%). W badanej grupie znalazło się także 14,7% osób w wieku 40-49 lat oraz 7,4% w wieku 50 lat i powyżej. Wśród respondentów w wieku 40-49 lat znajdowali się wyłącznie mężczyźni. W pozostałych grupach wiekowych udział kobiet wynosił ok. 30%. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na rycinie 2.

Rycina 2. Uczestnicy badania w podziale na płeć i grupy wiekowe.

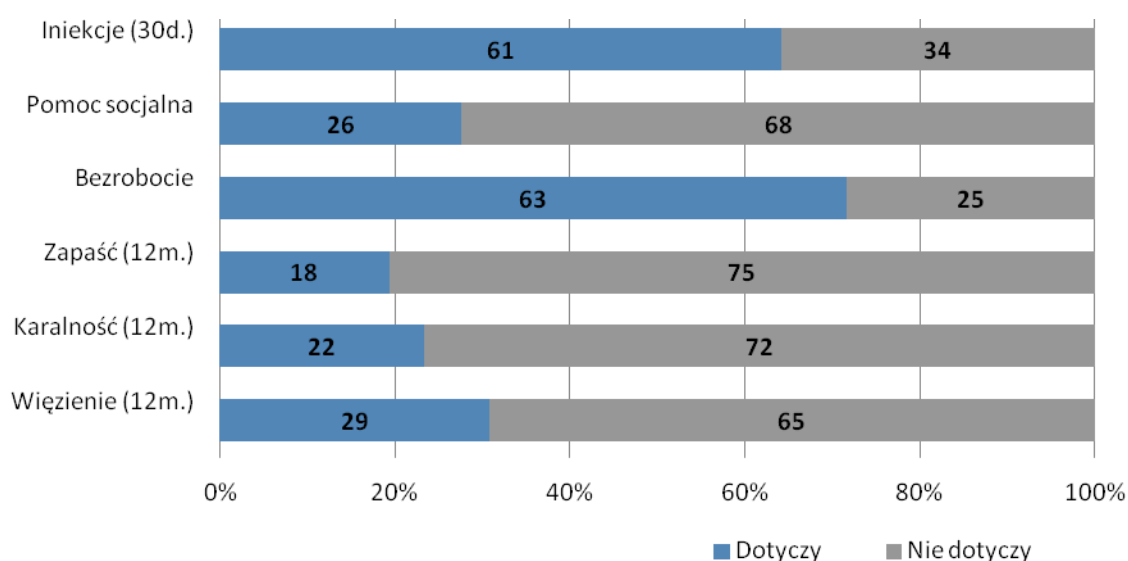


Średni wiek, w którym badani rozpoczęli przyjmowanie środków odurzających drogą dożylną, wynosił 21,4 lat (mediana 20). Średni staż iniekcyjnego stosowania narkotyków wynosił natomiast 13,5 lat (mediana 14).

64,2% respondentów przyjmowało substancje psychoaktywne w formie iniekcji w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Zdecydowana większość uczestników w momencie badania była bezrobotna – pracę zarobkową podejmowało 28,4% respondentów. Niemal tyle samo korzystało z oferty pomocowej z obszaru bezdomności (28,4%). Prawie 31% respondentów w ciągu 12 miesięcy

poprzedzających badanie przebywało w zakładzie karnym. Nieco mniejsza grupa była w tym okresie karana za posiadanie narkotyków (23,4%). Przedawkowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się 19,4% respondentów. Szczegółowe dane przedstawione zostały na rycinie 3.

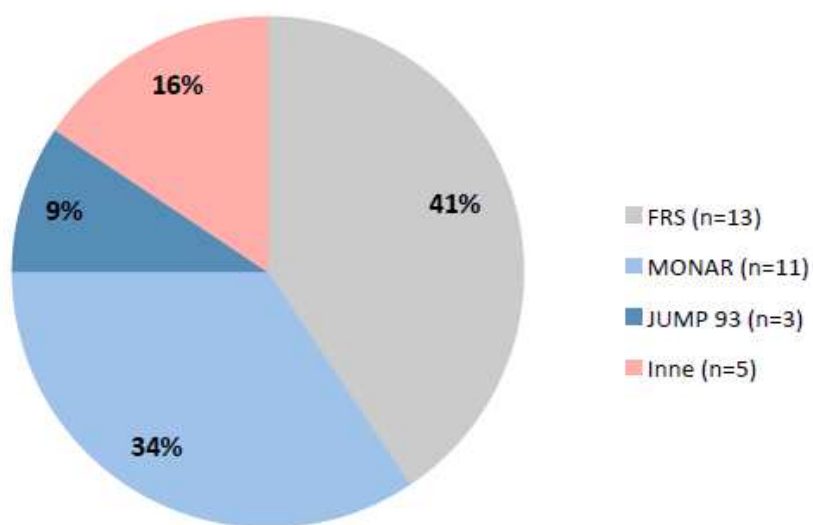
Rycina 3. Sytuacja społeczno-ekonomiczna uczestników badania (liczba przypadków oraz odsetek).



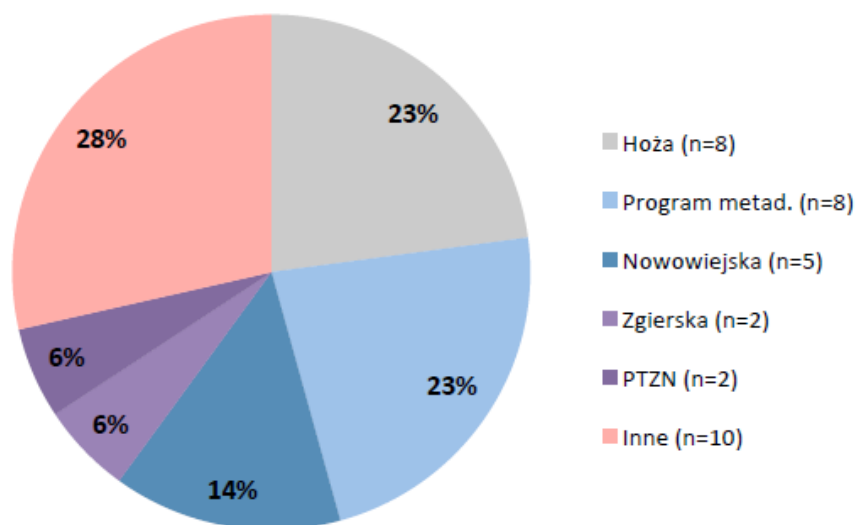
Większość badanych (57,4%) deklarowała korzystanie z oferty ośrodków leczenia uzależnień (OLU), przy czym tylko 28,3% zdarzyło się to w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. W tym okresie 40,9% respondentów skorzystało z pomocy organizacji pozarządowych, zaś 34,4% odwiedziło poradnię specjalistyczne. Część badanych wskazała konkretne organizacje i poradnie. Wśród organizacji pozarządowych najczęściej wymieniane były Fundacja Redukcji Szkód (13 wskazań) oraz MONAR (11 wskazań). Kolejne 3 osoby skorzystały z pomocy stowarzyszenia JUMP'93. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na rycinie 4. Wśród poradni specjalistycznych po 8 wskazań otrzymały Rodzinna Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR przy ul. Hożej 57 oraz programy metodonowe. Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych przy ul. Nowowiejskiej 27 wskazana została przez 5 respondentów. Z Poradni Odwykowej

przy ul. Zgierskiej 18A oraz warszawskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii skorzystały po 2 osoby. Szczegółowe dane przedstawione zostały na rycinie 5.

Rycina 4. Organizacje pozarządowe, do których respondenci zgłaszali się w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.



Rycina 5. Poradnie specjalistyczne, do których respondenci zgłaszali się w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.



Leczenie detoksykacyjne w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie miało za sobą 25,6% respondentów, natomiast 12,1% podjęło próbę detoksykacji w warunkach domowych. Z oferty punktów dziennego pobytu (drop-in) skorzystało 20,9% ankietowanych, 33,3% wzięło udział w programach leczenia substytucyjnego, zaś 10,2% w terapii opartej na redukcji szkód.

Wśród osób włączonych do badania zidentyfikowanych zostało 14 przypadków zakażenia HIV (14,7%) oraz 68 przypadków zakażenia HCV (71,6%). Zdecydowana większość respondentów zakażonych HIV była równocześnie zakażona HCV (85,7%). Wśród badanych zakażonych HCV osoby żyjące równocześnie z HIV stanowiły 17,6%.

W grupie osób zakażonych HIV 85,7% stanowili mężczyźni. W grupie zakażonych HCV przewaga mężczyzn była nieco mniejsza, choć nadal wyższa niż w przypadku całej próby (77,6%). Średnia wieku osób zakażonych wynosiła 40,4 lat w przypadku HIV (mediana 39,5) oraz 36,0 lat w przypadku HCV (mediana 35). Wartości te były wyższe niż te obliczane dla całej badanej grupy. Nie stwierdzono zakażeń HIV wśród osób w wieku 20-29 lat.

Średni wiek rozpoczęcia dożylnego przyjmowania środków odurzających wynosił 21,7 lat (mediana 19) w przypadku HIV i 20,6 lat w przypadku HCV (mediana 19). Średni łączny czas przyjmowania narkotyków w formie iniekcji w obu tych grupach był wyższy niż wśród ogółu badanych i wynosił odpowiednio 18,7 lat dla zakażonych HIV (mediana 16,5) oraz 15,5 lat dla zakażonych HCV (mediana 14).

Wśród osób zakażonych HIV 25,0% pracowało zarobkowo, zaś 28,6% korzystało z oferty pomocowej z obszaru bezdomności. Osoby zakażone HCV znajdowały się w nieco gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej – jedynie 22,6% podejmowało pracę, a 29,9% korzystało z pomocy socjalnej. W zakładzie karnym w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przebywało aż 42,9% zakażonych HIV. Karanych za posiadanie narkotyków było 28,6%. Wśród osób zakażonych HCV wartości te były niższe i wynosiły odpowiednio 32,8% oraz 20,9%. Zakażeni HCV nieco częściej niż osoby żyjące z HIV deklarowali doświadczenie zapaści związanej z przedawkowaniem (17,9% do 14,3%).

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie żadna z osób zakażonych HIV nie przeszła leczenia detoksykacyjnego w warunkach szpitalnych lub

ambulatoryjnych, jednak 21,4% podjęło próbę detoksykacji domowej. W grupie zakażonych HCV leczenie detoksykacyjne miało za sobą 27,7% respondentów, detoksykację w warunkach domowych przeprowadziło zaś 10,9%.

Z oferty ośrodków leczenia uzależnień skorzystało 57,1% zakażonych HIV i 61,2% zakażonych HCV, przy czym żaden z respondentów żyjących z HIV nie przebywał w tego rodzaju placówce w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Osoby zakażone HIV stosunkowo rzadko odwiedzały również poradnie specjalistyczne (7,1%). Chętnie korzystały natomiast z oferty organizacji pozarządowych (71,4%) oraz punktów dziennego pobytu (58,3%). Zakażeni HCV w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie znacznie częściej deklarowali pobyt w ośrodkach leczenia uzależnień (24,4%) oraz poradniach specjalistycznych (37,9%), rzadziej natomiast korzystali z oferty organizacji pozarządowych (47,0%) i punktów dziennego pobytu (27,1%). W programach leczenia substytucyjnego udział wzięło 38,5% respondentów zakażonych HIV oraz 40,0% respondentów zakażonych HCV. W terapii opartej na redukcji szkód uczestniczyło natomiast 8,3% osób żyjących z HIV oraz 9,8% osób żyjących z HCV. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały w tabeli 1.

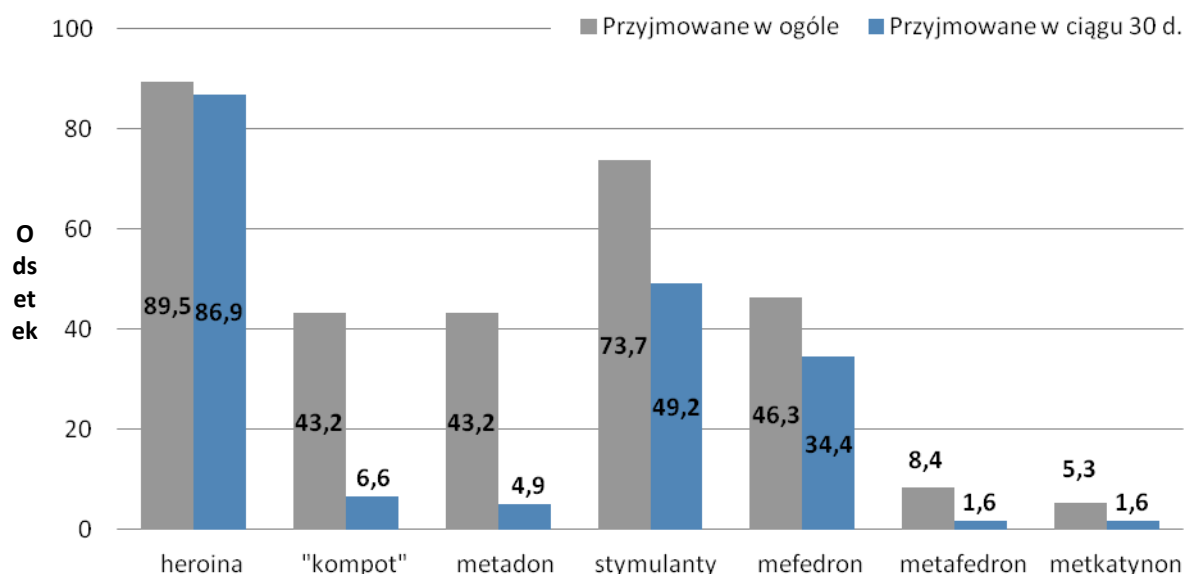
Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych w podziale na zakażonych HIV i HCV.

	HIV +			HCV +			Ogółem		
	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI
Zakażenia									
HIV +				12/ 68	17,6%	(10,4-28,4)	14/ 95	14,7%	(9,0-23,2)
HCV +	12/ 14	85,7%	(60,1-96,0)				68/ 95	71,6%	(61,8-79,7)
HIV - i HCV -							25/ 95	26,3%	(18,5-36,0)
Dane podstawowe									
Płeć męska	12/ 14	85,7%	(60,1-96,0)	52/ 67	77,6%	(66,3-85,9)	70/ 94	74,5%	(64,8-82,2)
Wiek w momencie badania	14	40,4	(36,2-44,6)	68	36,0	(33,9-28,3)	95	34,9	(33,0-36,7)
Wiek "inicjacji"	14	21,7	(17,9-25,6)	67	20,6	(19,3-22,0)	95	21,4	(20,0-22,9)
Sztaż dożylnego stos. narkotyków	14	18,7	(14,8-22,6)	67	15,5	(13,4-17,6)	95	13,5	(11,7-15,3)
Bieżąca sytuacja socjoekonomiczna									
Korzystanie z pomocy z obszaru bezdomn.	4/ 14	28,6%	(11,7-54,6)	20/ 67	29,9%	(20,2-41,7)	26/ 94	27,7%	(19,6-37,4)
Praca zarobkowa	3/ 12	25,0%	(8,9-53,2)	14/ 62	22,6%	(14,0-34,4)	25/ 88	28,4%	(20,0-38,6)
Sytuacje nadzwyczajne w ciągu ostatnich 12 miesięcy									
Pobyt detoksykacyjny	0/ 13	0,0%	(0,0-22,8)	18/ 65	27,7%	(18,3-39,6)	23/ 90	25,6%	(17,7-35,4)
Detoksykacja w warunkach domowych	3/ 14	21,4%	(7,6-47,6)	7/ 64	10,9%	(5,4-20,9)	11/ 91	12,1%	(6,9-20,4)
Przedawkowanie	2/ 14	14,3%	(4,0-39,9)	12/ 67	17,9%	(10,6-28,7)	18/ 93	19,4%	(12,6-28,5)
Pobyt w zakładzie karnym	6/ 14	42,9%	(21,4-67,4)	22/ 67	32,8%	(22,8-44,7)	29/ 94	30,9%	(22,4-40,8)
Kara za posiadanie narkotyków	4/ 14	28,6%	(11,7-54,6)	14/ 67	20,9%	(12,9-32,1)	22/ 94	23,4%	(16,0-32,9)
Korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego									
Ośrodek leczenia uzależnień	8/ 14	57,1%	(32,6-78,6)	41/ 67	61,2%	(49,2-72,0)	54/ 94	57,4%	(47,4-67,0)
Ośrodek leczenia uzależnień (12m.)	0/ 8	0,0%	(0,0-32,4)	10/ 41	24,4%	(13,8-39,3)	15/ 53	28,3%	(18,0-41,6)
Organizacje pozarządowe (12m.)	10/ 14	71,4%	(45,4-88,3)	31/ 66	47,0%	(35,4-58,8)	38/ 93	40,9%	(31,4-51,0)
Poradnie specjalistyczne (12m.)	1/ 14	7,1%	(1,3-31,5)	25/ 66	37,9%	(27,1-49,9)	32/ 93	34,4%	(25,5-44,5)
Punkty dziennego pobytu (12m.)	7/ 12	58,3%	(32,0-80,7)	16/ 59	27,1%	(17,4-39,6)	18/ 86	20,9%	(13,7-30,7)
Programy substytucyjne (12m.)	5/ 13	38,5%	(17,7-64,5)	26/ 65	40,0%	(29,0-52,1)	31/ 93	33,3%	(24,6-43,4)
Terapia oparta na redukcji szkód (12m.)	1/ 12	8,3%	(1,5-35,4)	6/ 61	9,8%	(4,6-19,8)	9/ 88	10,2%	(5,5-18,3)

Najpopularniejszą substancją psychoaktywną przyjmowaną drogą iniekcji okazała się heroina. Jej stosowanie deklarowało 89,5% badanych. Stymulanty przyjmowało 73,7% respondentów, zaś mefedron – 46,3%. Nieco ponad 40% ankietowanych deklarowało używanie polskiej heroiny i metadonu. W badanej grupie najmniej popularne okazały się metafedron (8,4%) oraz metkatynon (5,3%). Ponad połowa (55,8%) respondentów deklarowała przyjmowanie heroiny w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Stymulanty stosowało w tym okresie 31,6% ankietowanych, zaś mefedron – 22,1%. Najmniej popularne okazały się polska heroina, metadon, metafedron i metkatynon.

Stosunkowo duża grupa respondentów (35,8%) w ciągu 30 dni poprzedzających badanie nie stosowała żadnych środków odurzających w formie iniekcji. W tym okresie w grupie czynnych IDU (61 osób) heroinę przyjmowało 86,9%. Mniejszą popularnością cieszyły się stymulanty (49,2%) oraz mefedron (34,4%). Polską heroinę stosowało 6,6% czynnych IDU, zaś metadon 4,9%. Najrzadziej przyjmowane były metafedron i metkatynon (1,6%). Trendy dotyczące stosowania polskiej heroiny, metadonu, stymulantów, mefedronu, metafedronu oraz metkatynonu miały więc charakter spadkowy, podczas gdy zainteresowanie heroiną utrzymywało się na podobnym poziomie. Szczegółowe dane przedstawione zostały na rycinie 6.

Rycina 6. Substancje psychoaktywne przyjmowane drogą iniekcji w podziale na środki stosowane kiedykolwiek oraz środki stosowane przez czynnych IDU (n=61) w ciągu 30 dni poprzedzających badanie.



Wśród badanych zakażonych HIV 92,9% deklarowało przyjmowanie heroiny kiedykolwiek, zaś 57,1% w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Aż 78,6% stosowało polską heroinę, przy czym 21,4% używało jej w ciągu ostatniego miesiąca. Bardzo duża grupa deklarowała przyjmowanie stymulantów (92,9% w ogóle i 42,9% obecnie). Popularny okazał się również mefedron (odpowiednio 50,0% i 42,9%). Metadon stosowało 64,3% respondentów zakażonych HIV. Co ciekawe, żaden z nich

nie przyjmował tej substancji w przeciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Najmniejszą popularnością cieszyły się metafedron oraz metkatynon.

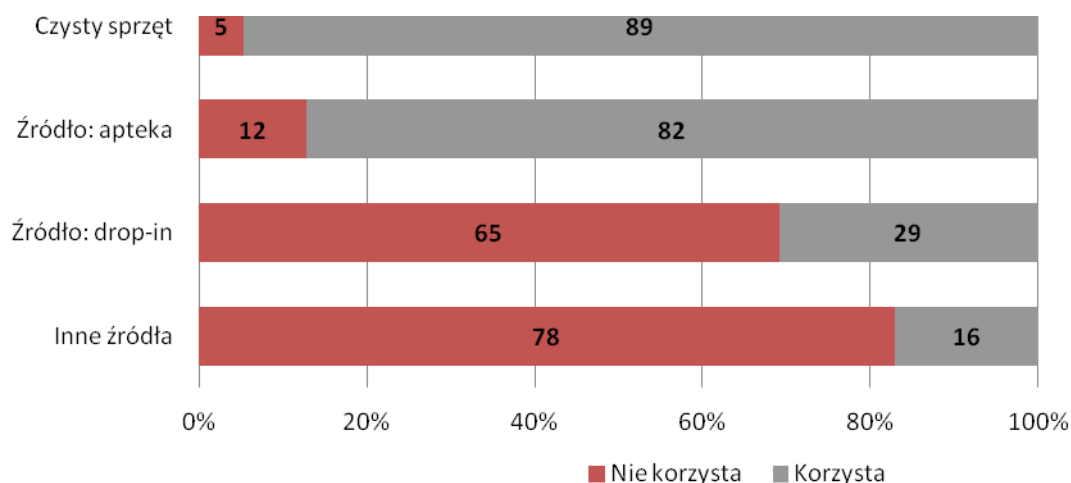
W grupie respondentów zakażonych HCV 95,6% osób przyjmowało heroinę (obecnie 57,4%), 79,4% stymulanty (obecnie 36,8%), 55,9% polską heroinę (obecnie 4,4%) i mefedron (obecnie 25,0%), zaś 51,5% metadon (obecnie 2,9%). Ponownie najrzadziej wskazywane były metafedron oraz metkatynon. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka respondentów pod względem środków psychoaktywnych przyjmowanych drogą iniekcji w podziale na zakażonych HIV i HCV.

	HIV +			HCV +			Ogółem		
	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI
Substancje przyjmowane drogą iniekcji									
heroina	13/ 14	92,9%	(68,5-98,7)	65/ 68	95,6%	(87,8-98,5)	85/ 95	89,5%	(91,7-94,2)
"kompot"	11/ 14	78,6%	(52,4-92,4)	38/ 68	55,9%	(44,1-67,1)	41/ 95	43,2%	(33,7-53,2)
metadon	9/ 14	64,3%	(38,8-83,7)	35/ 68	51,5%	(39,8-62,9)	41/ 95	43,2%	(33,7-53,2)
stymulanty	13/ 14	92,9%	(68,5-98,7)	54/ 68	79,4%	(68,4-87,3)	70/ 95	73,7%	(64,0-81,5)
mefedron	7/ 14	50,0%	(26,8-73,2)	38/ 68	55,9%	(44,1-67,1)	44/ 95	46,3%	(36,6-56,3)
metafedron	2/ 14	14,3%	(4,0-39,9)	7/ 68	10,3%	(5,1-19,8)	8/ 95	8,4%	(4,3-15,7)
metkatynon	1/ 14	7,1%	(1,3-31,5)	3/ 68	4,4%	(1,5-12,2)	5/ 95	5,3%	(2,3-11,7)
Substancje przyjmowane drogą iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni									
heroina	8/ 14	57,1%	(32,6-78,6)	39/ 68	57,4%	(45,5-68,4)	53/ 95	55,8%	(45,8-65,4)
"kompot"	3/ 14	21,4%	(7,6-47,6)	3/ 68	4,4%	(1,5-12,2)	4/ 95	4,2%	(1,6-10,3)
metadon	0/ 14	0,0%	(0,0-21,5)	2/ 68	2,9%	(0,8-10,1)	3/ 95	3,2%	(1,1-8,9)
stymulanty	6/ 14	42,9%	(21,4-67,4)	25/ 68	36,8%	(26,3-48,6)	30/ 95	31,6%	(23,1-41,5)
mefedron	6/ 14	42,9%	(21,4-67,4)	17/ 68	25,0%	(16,2-36,4)	21/ 95	22,1%	(14,9-31,4)
metafedron	0/ 14	0,0%	(0,0-21,5)	0/ 68	0,0%	(0,0-5,3)	1/ 95	1,1%	(0,2-5,7)
metkatynon	0/ 14	0,0%	(0,0-21,5)	0/ 68	0,0%	(0,0-5,3)	1/ 95	1,1%	(0,2-5,7)

Niemal wszyscy respondenci deklarowali zaopatrywanie się w czysty sprzęt do iniekcji (94,7%). Najpopularniejszym źródłem okazały się apteki (wskazało je 87,2% badanych). 30,9% respondentów zaopatrywało się w sprzęt w punktach wymiany igieł i strzykawek, zaś 17,0% korzystało z innych źródeł. Szczegółowe dane przedstawione zostały na rycinie 7.

Rycina 7. Udział osób zaopatrujących się w czysty sprzęt do iniekcji ogółem oraz wg głównych źródeł zaopatrzenia (liczba przypadków oraz odsetek).

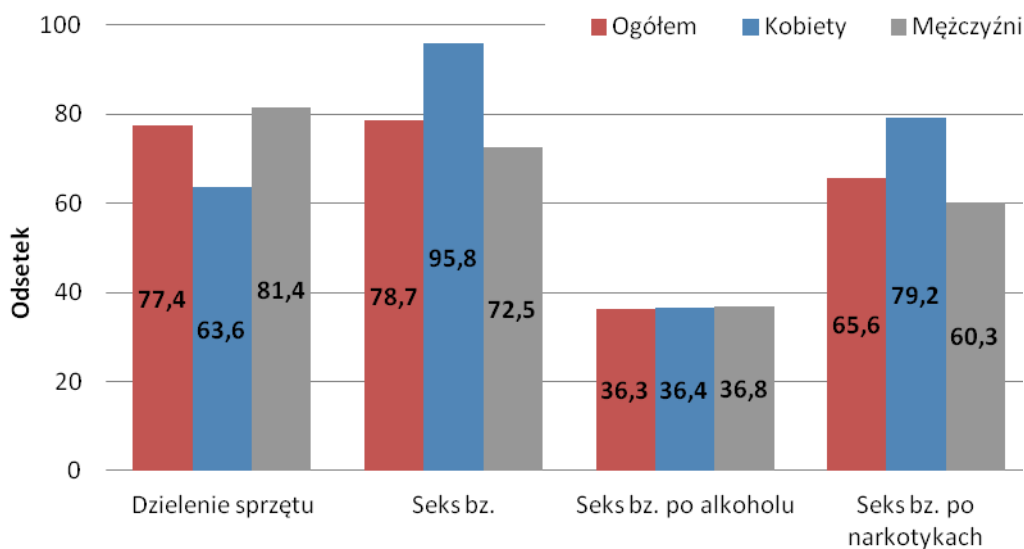


Duża grupa badanych podejmowała działania ryzykowne z punktu widzenia transmisji zakażeń. Zdecydowana większość (77,4%) deklarowała, że zdarzało im się dzielić sprzęt z innymi osobami. Prawie 80% respondentów wskazywało, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zdarzyły im się kontakty seksualne bez zabezpieczenia. Ryzykowne kontakty seksualne po spożyciu alkoholu zdarzyły się 36,3% badanych, zaś ryzykowne kontakty seksualne po przyjęciu substancji psychoaktywnych – 65,6%. Kobiety przejawiały nieco większą skłonność do kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia w ogóle i po przyjęciu substancji psychoaktywnych, mężczyźni częściej zaś dzielili się sprzętem z innymi użytkownikami. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na rycinie 8.

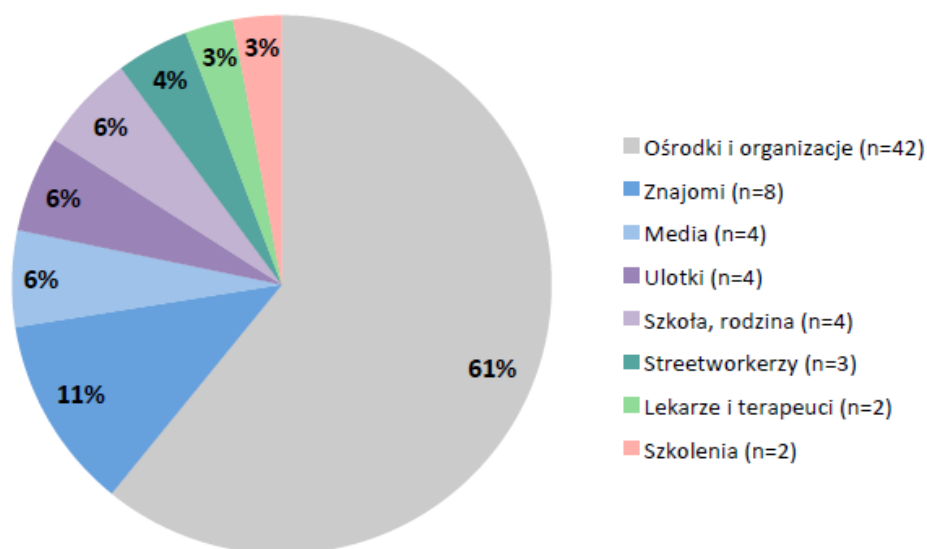
Większość badanych uzyskała informację na temat ryzyka zakażenia HIV i HCV (odpowiednio 68,1% oraz 69,1%). Należy jednak zaznaczyć, że wśród osób, które deklarowały, że nie otrzymały takiej informacji, część faktycznie nie miała wiedzy na temat transmisji wirusów, część zaś zapewne zdobyła tę wiedzę samodzielnie. Osoby, które deklarowały otrzymanie informacji „z zewnątrz”, jako źródło wiedzy wskazywały najczęściej ośrodki i organizacje związane z leczeniem uzależnień (42 wskazania). 8 osób o ryzyku zakażenia dowiedziało się od znajomych. Media, ulotki oraz szkołę i rodzinę wskazały po 4 osoby. Nieco mniej

popularnymi źródłami wiedzy byli streetworkerzy (3 wskazania) oraz lekarze i terapeuci (2 wskazania). 2 respondentów wiedzę w zakresie chorób zakaźnych uzyskało na szkoleniach. Szczegółowe dane przedstawione zostały na rycinie 9.

Rycina 8. Udział osób podejmujących ryzykowne zachowania ogółem i w podziale wg płci.

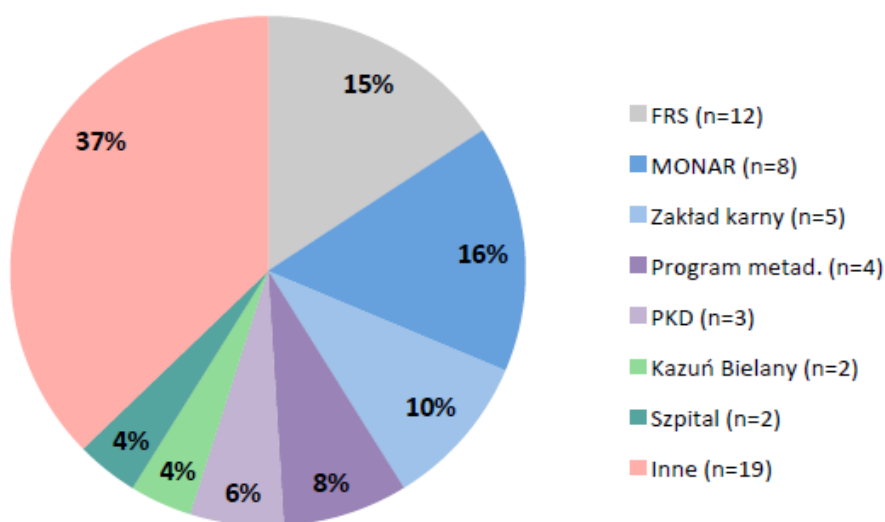


Rycina 9. Źródła informacji na temat ryzyka zakażenia HIV i HCV.



Wśród ośrodków i organizacji, które stanowiły dla badanych źródło informacji na temat transmisji HIV i HCV, najczęściej wskazywane były: Fundacja Redukcji Szkód (12 wskazań), MONAR (8 wskazań), zakłady karne (5 wskazań) oraz programy metadonowe (4 wskazania). Trzykrotnie wskazane zostały Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne. Po 2 wskazania otrzymały Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacyjny Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności Kazuń Bielany oraz szpitale. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na rycinie 10.

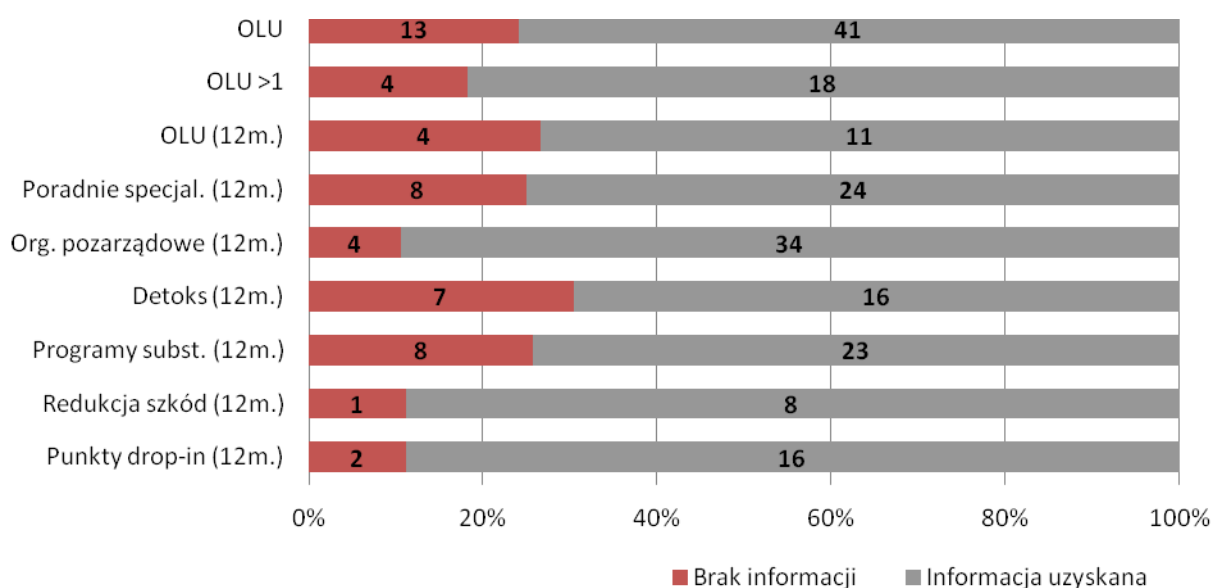
Rycina 10. Ośrodki i organizacje, w których badani uzyskali informację na temat ryzyka zakażenia HIV i HCV.



Stosunkowo duża grupa respondentów korzystających z różnych form wsparcia instytucjonalnego deklarowała, że nie uzyskała informacji na temat ryzyka zakażeń HIV i HCV. Najgorzej pod tym względem wypadły szpitale i ośrodki ambulatoryjne, w których badani odbywali leczenie detoksykacyjne (30,4% uczestników nie uzyskało informacji), programy substytucyjne (25,8% uczestników nie uzyskało informacji), poradnie specjalistyczne (25,0% nie poinformowanych), oraz ośrodki leczenia uzależnień odwiedzane w ogóle i w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie (odpowiednio 24,1 i 26,7% nie poinformowanych). W grupie respondentów, którzy mieli za sobą więcej niż jeden pobyt w ośrodkach leczenia uzależnień, odsetek osób nie poinformowanych był nieco niższy (18,2%). Udział osób, które nie uzyskały informacji na temat ryzyka zakażenia, najniższy był w grupie

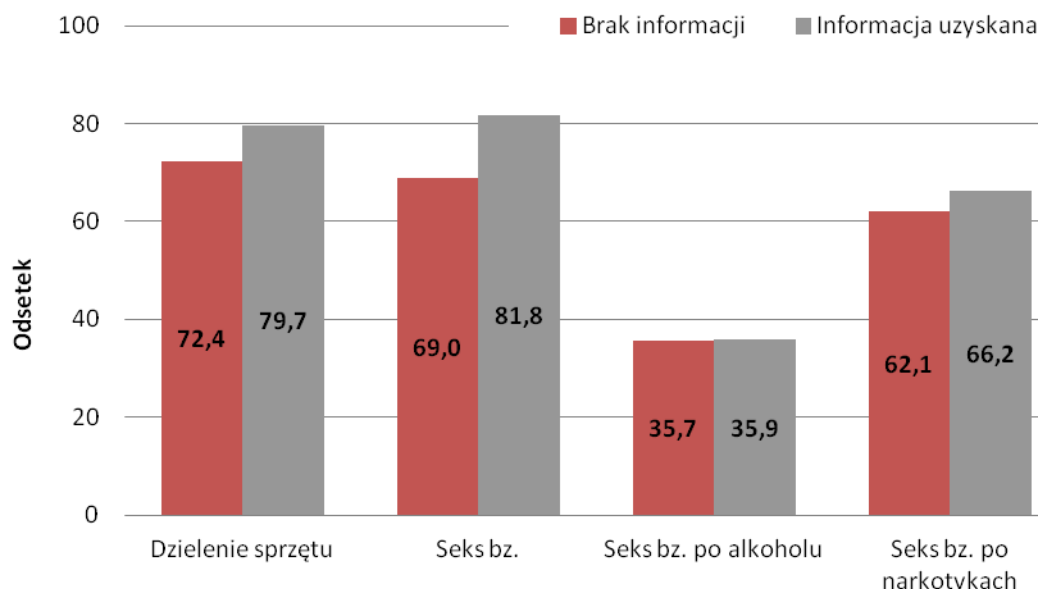
respondentów korzystających z oferty organizacji pozarządowych (10,5%), punktów dziennego pobytu oraz terapii opartej na redukcji szkód – po 11,1% niepoinformowanych. Szczegółowe dane przedstawione zostały na rycinie 11.

Rycina 11. Udział osób, które uzyskały informację na temat ryzyka zakażeń, wśród badanych korzystających z różnych form wsparcia instytucjonalnego (liczba przypadków oraz odsetek).



Uzyskanie informacji na temat ryzyka zakażenia nie wpływało na zmniejszenie skłonności respondentów do zachowań ryzykownych. Odsetek osób, którym zdarzały się kontakty seksualne po spożyciu alkoholu, utrzymywał się na podobnym poziomie w grupie osób poinformowanych i niepoinformowanych. Co ciekawe, osoby poinformowane nieco częściej niż osoby niepoinformowane deklarowały podejmowanie pozostałych działań ryzykownych (kontakty seksualne bez zabezpieczenia ogółem i po zażyciu substancji psychoaktywnych oraz dzielenie sprzętu z innymi użytkownikami). Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na rycinie 12.

Rycina 12. Udział badanych podejmujących działania ryzykowne w podziale na osoby, które uzyskały i nie uzyskały informacji na temat ryzyka zakażenia.



Wśród respondentów zakażonych HIV 92,9% deklarowało, że zaopatruje się w czysty sprzęt do iniekcji. Co istotne, tylko 35,7% korzystało ze sprzętu zakupionego w aptece. Wartość ta jest niemal dwuipółkrotnie niższa niż wartość obliczana dla ogółu badanych. W grupie zakażonych HCV aż 98,5% osób zmieniał sprzęt do iniekcji, w aptece zaopatrywało się zaś 89,6%. Respondenci zakażeni HIV częściej niż badani zakażeni HCV korzystali z punktów wymiany igieł i strzykawek (64,3 do 38,8%), częściej też zaopatrywali się w innych miejscach (28,6% do 19,4%).

Zdecydowana większość badanych zakażonych HIV lub HCV podejmowała różnego rodzaju działania ryzykowne. W grupie osób żyjących z HIV sprzęt z innymi użytkownikami dzieliło 85,7% badanych, kontakty seksualne bez zabezpieczenia w ogóle i po zażyciu substancji psychoaktywnych zdarzały się 78,6%, zaś kontakty seksualne bez zabezpieczenia po alkoholu deklarowało 25,0%. W grupie zakażonych HCV wartości te były zbliżone. Nieco mniej badanych deklarowało kontakty seksualne bez zabezpieczenia po zażyciu substancji psychoaktywnych (65,2%), więcej natomiast – kontakty seksualne bez zabezpieczenia po spożyciu alkoholu (28,1%).

Informacje na temat transmisji HIV i HCV uzyskało 64,3% badanych zakażonych HIV. Nieco lepiej poinformowane były osoby zakażone HCV. Szczegółowe dane przedstawione zostały w tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka badanych pod względem wykorzystywanego sprzętu, zachowań ryzykownych oraz wiedzy na temat zakażeń w podziale na zakażonych HIV i HCV.

	HIV +			HCV +			Ogółem		
	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI
Używany sprzęt									
Korzystanie z czystego sprzętu	13/ 14	92,9%	(65,8-98,7)	66/ 67	98,5%	(92,0-99,7)	89/ 94	94,7%	(88,1-97,7)
Źródła zaopatrzenia									
- apteka	5/ 14	35,7%	(16,3-61,2)	60/ 67	89,6%	(80,0-94,8)	82/ 94	87,2%	(79,0-92,5)
- punkty drop-in	9/ 14	64,3%	(38,8-83,7)	26/ 67	38,8%	(28,0-50,8)	29/ 94	30,9%	(22,4-40,8)
- inne	4/ 14	28,6%	(11,7-54,6)	13/ 67	19,4%	(11,7-30,4)	16/ 94	17,0%	(10,8-25,9)
Dzielenie sprzętu	12/ 14	85,7%	(60,1-96,0)	56/ 67	83,6%	(72,9-90,6)	72/ 93	77,4%	(67,9-84,7)
Ryzykowne kontakty seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy									
Bez zabezpieczeń	11/ 14	78,6%	(52,4-92,4)	52/ 66	78,8%	(67,5-86,9)	74/ 94	78,7%	(69,4-85,8)
Bez zabezpieczeń po alkoholu	3/ 12	25,0%	(8,9-53,2)	18/ 64	28,1%	(18,6-40,1)	33/ 91	36,3%	(27,1-46,5)
Bez zabezpieczeń po narkotykach	11/ 14	78,6%	(52,4-92,4)	43/ 66	65,2%	(53,1-75,5)	61/ 93	65,6%	(55,5-74,5)
Wiedza na temat ryzyka zakażenia									
Informacje dot. HIV	9/ 14	64,3%	(38,8-83,7)	47/ 67	70,1%	(58,3-79,8)	64/ 94	68,1%	(58,1-76,6)
Informacje dot. HCV	9/ 14	64,3%	(38,8-83,7)	48/ 67	71,6%	(59,9-81,0)	65/ 94	69,1%	(59,2-77,6)

Porównanie badanych z dodatnimi i ujemnymi wynikami HIV i/lub HCV

Wśród respondentów zakażonych przynajmniej jednym z wirusów osoby żyjące z HIV stanowiły 20,0%, zaś osoby żyjące z HCV – 97,1%. Badani zakażeni HIV i/lub HCV różnili się w sposób istotny statystycznie od badanych z wynikami ujemnymi pod względem wieku w momencie badania (36,3 do 31,0) oraz stażu dożylnego stosowania substancji psychoaktywnych (15,5 do 8,0). W grupie zakażonych znajdowało się ponadto więcej mężczyzn (78,3% do 64,0%), a wiek rozpoczęcia przez badanych przyjmowania środków odurzających w formie iniekcji był nieco niższy (20,9 do 23,0). Różnice te nie były jednak istotne statystycznie.

Badani zakażeni HIV i/lub HCV pracowali zarobkowo istotnie statystycznie rzadziej niż respondenci niezakażeni (21,9% do 45,8%), częściej natomiast deklarowali uczestnictwo w programach substytucyjnych (41,2% do 12,0%). Ponadto, częściej mieli za sobą leczenie detoksykacyjne w warunkach szpitalnych i

ambulatoryjnych (26,9% do 21,7%) oraz pobyt w zakładzie karnym (34,3% do 20,0%), częściej korzystali z oferty ośrodków leczenia uzależnień (60,9% do 48,0%), organizacji pozarządowych (45,6% do 28,0%), poradni specjalistycznych (36,8% do 28,0%) i punktów dziennego pobytu (26,2% do 8,0%), rzadziej natomiast odbywali detoksykację w warunkach domowych (10,6% do 16,0%), doświadczali zapaści (17,4% do 25,0%), byli karani za posiadanie narkotyków (21,7% do 28,0%), korzystali z oferty ośrodków leczenia uzależnień w ciągu roku poprzedzającego badanie (23,8% do 45,5%) oraz uczestniczyli w terapii opartej na redukcji szkód (9,5% do 12,0%). Różnice te nie były jednak istotne statystycznie. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały w tabeli 4.

Tabela 4. Charakterystyka porównawcza respondentów z dodatnimi i ujemnymi wynikami HIV i/lub HCV.

	HIV - i HCV -				HIV + lub HCV +				p
	n/N		wartość	95% CI	n/N		wartość	95% CI	
Zakażenia									
HIV +					14/ 70		20,0%	(12,3-30,8)	
HCV +					68/ 70		97,1%	(90,2-99,2)	
Dane podstawowe									
Płeć męska	16/ 25		64,0%	(44,5-79,8)	54/ 69		78,3%	(67,2-86,4)	0,186
Wiek w momencie badania	25		31,0	(27,5-34,5)	70		36,3	(34,1-38,4)	0,012
Wiek "inicjacji"	25		23,0	(19,1-26,8)	69		20,9	(19,5-22,3)	0,200
Staż dożylnego stos. narkotyków	25		8,0	(5,4-10,7)	69		15,5	(13,4-17,5)	0,000
Bieżąca sytuacja socjoekonomiczna									
Korzystanie z pomocy z obszaru bezdomn.	6/ 25		24,0%	(11,5-43,4)	20/ 69		29,0%	(19,6-40,6)	0,795
Praca zarobkowa	11/ 24		45,8%	(27,9-64,9)	14/ 64		21,9%	(13,5-33,4)	0,035
Sytuacje nadzwyczajne w ciągu ostatnich 12 miesięcy									
Pobyt detoksykacyjny	5/ 23		21,7%	(9,7-41,9)	18/ 67		26,9%	(17,7-38,5)	0,784
Detoksykacja w warunkach domowych	4/ 25		16,0%	(6,4-34,7)	7/ 66		10,6%	(5,2-20,3)	0,486
Przedawkowanie	6/ 24		25,0%	(12,0-44,9)	12/ 69		17,4%	(10,2-28,0)	0,549
Pobyt w zakładzie karnym	5/ 25		20,0%	(8,9-39,1)	24/ 70		34,3%	(24,2-46,0)	0,212
Kara za posiadanie narkotyków	7/ 25		28,0%	(14,3-47,6)	15/ 69		21,7%	(13,6-32,8)	0,585
Korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego									
Ośrodek leczenia uzależnień	12/ 25		48,0%	(30,0-66,5)	42/ 69		60,9%	(49,1-71,5)	0,346
Ośrodek leczenia uzależnień (12m.)	5/ 11		45,5%	(21,3-72,0)	10/ 42		23,8%	(13,5-38,5)	0,258
Organizacje pozarządowe (12m.)	7/ 25		28,0%	(14,3-47,6)	31/ 68		45,6%	(34,3-57,3)	0,157
Poradnie specjalistyczne (12m.)	7/ 25		28,0%	(14,3-47,6)	25/ 68		36,8%	(26,3-48,6)	0,472
Punkty dziennego pobytu (12m.)	2/ 25		8,0%	(2,2-25,0)	16/ 61		26,2%	(16,8-38,4)	0,081
Programy substytucyjne (12m.)	3/ 25		12,0%	(4,2-30,0)	28/ 68		41,2%	(30,3-52,0)	0,012
Terapia oparta na redukcji szkód (12m.)	3/ 25		12,0%	(4,2-30,0)	6/ 63		9,5%	(4,4-19,3)	0,709

Respondenci zakażeni HIV i/lub HCV różnili się od respondentów z wynikami ujemnymi pod względem rodzaju substancji przyjmowanych drogą dożylną – istotnie statystycznie częściej stosowali heroinę (95,7% do 72,0%), polską heroinę (55,7% do 8,0%), metadon (51,4% do 20,0%), stymulanty (80,0% do 56,0%) oraz mefedron (54,3% do 24,0%). Nieco częściej przyjmowali metafedron (10,0% do 4,0%), rzadziej natomiast metkatynon (4,3% do 8,0%), jednak różnice te nie były istotne statystycznie. W przypadku substancji psychoaktywnych przyjmowanych drogą dożylną w ciągu 30 dni poprzedzających badanie między respondentami zakażonymi i niezakażonymi nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic. W grupie zakażonych HIV i/lub HCV nieco częściej deklarowano stosowanie heroiny (57,1% do 52,0%), polskiej heroiny (4,3% do 4,0%), stymulantów (35,7% do 20,0%) oraz mefedronu (24,3% do 16,0%), rzadziej natomiast przyjmowano metadon (2,9% do 4,0%), metafedron oraz metkatynon (0,0% do 4,0%). Szczegółowe dane przedstawione zostały w tabeli 5.

Tabela 5. Charakterystyka porównawcza respondentów z dodatnimi i ujemnymi wynikami HIV i/lub HCV pod względem rodzaju przyjmowanych środków psychoaktywnych.

	HIV - i HCV -				HIV + lub HCV +				p
	n/N	wartość	95% CI		n/N	wartość	95% CI		
Substancje przyjmowane drogą iniekcji									
heroina	18/ 25	72,0%	(52,4-85,7)		67/ 70	95,7%	(88,1-98,5)		0,003
"kompot"	2/ 25	8,0%	(2,2-25,0)		39/ 70	55,7%	(44,1-66,8)		0,000
metadon	5/ 25	20,0%	(8,9-39,1)		36/ 70	51,4%	(40,0-62,8)		0,009
stymulanty	14/ 25	56,0%	(37,1-73,3)		56/ 70	80,0%	(69,2-87,7)		0,032
mefedron	6/ 25	24,0%	(11,5-43,4)		38/ 70	54,3%	(42,7-65,4)		0,011
metafedron	1/ 25	4,0%	(0,7-19,5)		7/ 70	10,0%	(4,9-19,2)		0,676
metkatynon	2/ 25	8,0%	(2,2-25,0)		3/ 70	4,3%	(1,5-11,9)		0,604
Substancje przyjmowane drogą iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni									
heroina	13/ 25	52,0%	(33,5-70,0)		40/ 70	57,1%	(45,5-68,1)		0,815
"kompot"	1/ 25	4,0%	(0,7-19,5)		3/ 70	4,3%	(1,5-11,9)		1,000
metadon	1/ 25	4,0%	(0,7-19,5)		2/ 70	2,9%	(0,8-9,8)		1,000
stymulanty	5/ 25	20,0%	(8,9-39,1)		25/ 70	35,7%	(25,5-47,4)		0,211
mefedron	4/ 25	16,0%	(6,4-34,7)		17/ 70	24,3%	(15,8-35,5)		0,575
metafedron	1/ 25	4,0%	(0,7-19,5)		0/ 70	0,0%	(0,0-5,2)		0,263
metkatynon	1/ 25	4,0%	(0,7-19,5)		0/ 70	0,0%	(0,0-5,2)		0,263

Badani zakażeni HIV i/lub HCV istotnie częściej niż badani z wynikami ujemnymi deklarowali zaopatrywanie się w czysty sprzęt do iniekcji (98,6% do 84,0%), istotnie częściej korzystali też z punktów wymiany igieł i strzykawek (39,1% do 8,0%). Ponadto, nieco częściej zaopatrywali się w sprzęt w aptekach (89,9% do 80,0%) i innych miejscach (18,8% do 12,0%), dzielili sprzęt z innymi użytkownikami (81,4% do 65,2%), a także deklarowali kontakty seksualne bez zabezpieczenia ogółem (79,7% do 76,0%) i po przyjęciu środków psychoaktywnych (66,2% do 64,0%), rzadziej natomiast zdarzały im się kontakty seksualne pod spożyciu alkoholu (30,3% do 52,0%). Różnice te nie były jednak istotne statystycznie. Badani z wynikami dodatnimi nie różnili się w sposób istotny statystycznie od respondentów niezakażonych pod względem udziału osób, które uzyskały informację na temat transmisji HIV (68,1% do 68,0%) i HCV (69,6% do 68,0%). Szczegółowe dane zaprezentowane zostały w tabeli 6.

Tabela 6. Charakterystyka porównawcza respondentów z dodatnimi i ujemnymi wynikami HIV i/lub HCV pod względem wykorzystywanego sprzętu, zachowań ryzykownych oraz wiedzy na temat zakażeń.

	HIV - i HCV -			HIV + lub HCV +			p
	n/N	wartość	95% CI	n/N	wartość	95% CI	
Używany sprzęt							
Korzystanie z czystego sprzętu	21/ 25	84,0%	(65,3-93,6)	68/ 69	98,6%	(92,2-99,7)	0,017
Źródła zaopatrzenia							
- apteka	20/ 25	80,0%	(60,9-91,1)	62/ 69	89,9%	(80,5-95,0)	0,292
- punkty drop-in	2/ 25	8,0%	(2,2-25,0)	27/ 69	39,1%	(28,5-50,9)	0,005
- inne	3/ 25	12,0%	(4,2-30,0)	13/ 69	18,8%	(11,4-29,6)	0,546
Dzielenie sprzętu	15/ 23	65,2%	(44,9-81,2)	57/ 70	81,4%	(70,8-88,8)	0,149
Ryzykowne kontakty seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy							
Bez zabezpieczeń	19/ 25	76,0%	(56,6-88,5)	55/ 69	79,7%	(68,8-87,5)	0,777
Bez zabezpieczeń po alkoholu	13/ 25	52,0%	(33,5-70,0)	20/ 66	30,3%	(20,6-42,2)	0,086
Bez zabezpieczeń po narkotykach	16/ 25	64,0%	(44,5-79,8)	45/ 68	66,2%	(54,3-76-3)	1,000
Wiedza na temat ryzyka zakażenia							
Informacje dot. HIV	17/ 25	68,0%	(48,4-82,8)	47/ 69	68,1%	(56,4-77,9)	1,000
Informacje dot. HCV	17/ 25	68,0%	(48,4-82,8)	48/ 69	69,6%	(57,9-79,2)	1,000

Czynniki związane z rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV

Jednoczynnikowa analiza regresji logistycznej wykazała istnienie zależności między rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV a wiekiem respondentów w momencie badania, łącznym czasem przyjmowania substancji psychoaktywnych w firmie dożyłnej, uczestnictwem w programach substytucyjnych w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, korzystaniem z czystego sprzętu do iniekcji, zaopatrywaniem się w sprzęt do iniekcji w punktach wymiany igieł i strzykawek (drop-in) oraz przyjmowaniem niektórych rodzajów środków odurzających (heroína, polska heroína, metadon, stymulanty, mefedron). Wykonywanie pracy zarobkowej wiązało się ze zmniejszonym ryzykiem zakażenia.

Model regresji uwzględniający płeć badanych i łączny czas dożyłnego stosowania substancji psychoaktywnych potwierdził negatywny wpływ stażu IDU [OR 2,2 (95% CI: 1,41-3,42) dla każdego kolejnych 5 lat], przyjmowania heroíny [OR 8,22 (95% CI: 1,24-54,21)], polskiej heroíny [OR 7,23 (95% CI: 1,35-38,71)], metadonu [OR 3,86 (95% CI: 1,16-12,58)] i mefedronu [OR 4,45 (95% CI: 1,36-14,56)] oraz pozytywny wpływ pracy zarobkowej [OR 0,25 (95% CI: 0,08-0,84)]. Potwierdził również zależność między wyższym rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV a zaopatrywaniem się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach wymiany igieł i strzykawek [OR 6,10 (95% CI: 1,18-34,51)]. Nie wykazał natomiast związku między zakażeniem HIV i/lub HCV a wiekiem w momencie badania, uczestnictwem w programach substytucyjnych w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, przyjmowaniem stymulantów oraz korzystaniem z czystego sprzętu do iniekcji.

Tabela 7. Ilorazy szans (OR) dla zakażenia HIV i/lub HCV w badanej grupie.

	Model jednoczynnikowy		Model wieloczynnikowy z uwzględnieniem płci i "stażu"		Model wieloczynnikowy z uwzględnieniem płci i wieku	
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
Wiek w momencie badania (dla każdego 5 lat)	1,52 (1,08-2,15)	0,016	1,06 (0,72-1,55)	0,770	1,48 (1,04-2,10)	0,025
Staż dożylnego stos. narkotyków (dla każdego 5 lat)	2,22 (1,43-3,44)	<0,001	2,20 (1,41-3,42)	<0,001	2,14 (1,33-3,46)	0,002
Programy substytucyjne (12m.)	7,01 (1,49-33,0)	0,013	1,20 (0,39-3,70)	0,744	7,87 (1,61-38,50)	0,010
Punkty dziennego pobytu (12m.)	4,09 (0,85-19,78)	0,076	5,31 (0,85-33,07)	0,069	5,48 (1,00-27,94)	0,046
Praca zarobkowa	0,33 (0,12-0,91)	0,030	0,25 (0,08-0,84)	0,022	0,28 (0,09-0,84)	0,021
Substancje przyjmowane dożylnie						
heroina	8,69 (2,00-37,7)	0,003	8,22 (1,24-54,28)	0,027	24,33 (3,34-176,81)	0,001
"kompot"	14,5 (3,10-67,49)	0,001	7,23 (1,35-38,71)	0,019	11,07 (2,23-54,92)	0,003
metadon	4,24 (1,41-12,73)	0,009	3,83 (1,16-12,58)	0,025	5,01 (1,57-16,00)	0,006
stymulanty	3,14 (1,16-8,51)	0,022	2,15 (0,69-6,65)	0,178	2,14 (0,73-6,21)	0,155
mefedron	3,76 (1,32-10,69)	0,012	4,45 (1,36-14,56)	0,012	4,71 (1,52-14,56)	0,006
Używany sprzęt						
Korzystanie z czystego sprzętu	12,95 (1,33-126,05)	0,025	29,65 (0,85-1039,03)	0,058	25,22 (1,88-338,51)	0,014
Zaopatrywanie się w punktach drop-in	7,39 (1,58-34,6)	0,010	6,10 (1,18-34,51)	0,029	7,55 (1,53-37,29)	0,012
Kontakty seksualne bez zabezpieczeń po alkoholu	0,40 (0,15-1,05)	0,058	0,47 (0,16-1,36)	0,155	0,43 (0,16-1,16)	0,091

W ramach analizy wrażliwości wpływ poszczególnych zmiennych oceniono również w modelu uwzględniającym płeć oraz wiek badanych. W porównaniu do analizy głównej analiza wrażliwości wykazała zależności między wyższym rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV a korzystaniem z oferty punktów dziennego pobytu, uczestnictwem w programach substytucyjnych w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, używaniem czystego sprzętu do iniekcji oraz wiekiem badanych. Dodatkowo, potwierdziła negatywny wpływ przyjmowania niektórych rodzajów środków odurzających (heroiny, polskiej heroiny, metadonu i mefedronu) oraz pozytywny wpływ pracy zarobkowej. Wykazała także związek między wyższym rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV a zaopatrywaniem się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach drop-in. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały w tabeli 7.

Należy podkreślić, że zależności między zakażeniami HIV i/lub HCV a omówionymi wyżej zjawiskami nie mają charakteru związków przyczynowo-skutkowych. Pewne wątpliwości budzić może zależność między wyższym rozpowszechnieniem zakażeń a zaopatrywaniem się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach wymiany igieł i strzykawek. W celu sprawdzenia, czy zależność ta nie

wynikała z wpływu innej zmiennej bądź zmiennych, porównano respondentów, którzy deklarowali zaopatrywanie się w czysty sprzęt w punktach drop-in z badanymi, którzy korzystali z innych źródeł bądź w ogóle nie zaopatrywali się w czyste igły i strzykawki.

Badani korzystający z punktów drop-in różnili się w sposób istotny statystycznie od pozostałych respondentów pod względem występowania zakażeń HIV (31,0% do 7,7%) oraz HCV (89,7% do 63,1%), korzystania z pomocy z obszaru bezdomności (44,8% do 20,0%) i oferty organizacji pozarządowych (65,5% do 29,7%). W grupie tej istotnie częściej przyjmowane były: heroina (100,0% do 84,6%), polska heroina (72,4% do 30,8%), metadon (79,3% do 27,7%), stymulanty (93,1% do 66,2%) oraz mefedron w ogóle (69,0% do 36,9%) i w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. Respondenci korzystający z punktów drop-in częściej deklarowali także uzyskanie informacji na temat ryzyka zakażenia HIV (93,1% do 56,9%) oraz HCV (93,1% do 58,5%). Szczegółowe dane przedstawione zostały w tabeli 8.

Okazuje się więc, że badani zaopatrujący się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach wymiany igieł i strzykawek to osoby społecznie zmarginalizowane i szczególnie silnie uzależnione od substancji psychoaktywnych. Wysokie rozpowszechnienie HIV i HCV w tej grupie jest pochodną tych dwóch czynników.

Tabela 8. Charakterystyka porównawcza respondentów zaopatrujących się i niezaopatrujących się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach drop-in (zaprezentowano wyłącznie różnice istotne statystycznie).

	Niezaopatrywanie się w sprzęt w punktach drop-in				Zaopatrywanie się w sprzęt w punktach drop-in				p
	n/N		wartość	95% CI	n/N		wartość	95% CI	
Zakażenia									
HIV +	5/ 65		7,7%	(3,3-16,8)	9 29		31,0%	(17,3-49,2)	0,009
HCV +	41/ 65		63,1%	(50,9-73,8%)	26 29		89,7%	(73,6-96,4)	0,012
Korzystanie z pomocy z obszaru bezdomn.	13/ 65		20,0%	(12,1-31,3)	13 29		44,8%	(28,4-62,5)	0,023
Organizacje pozarządowe (12m.)	19/ 64		29,7%	(19,9-41,8)	19 29		65,5%	(47,3-80,1)	0,002
Substancje przyjmowane drogą iniekcji kiedykolwiek									
heroina	55/ 65		84,6%	(73,9-91,4)	29 29		100,0%	(88,3-100,0)	0,028
"kompot"	20/ 65		30,8%	(20,9-42,8)	21 29		72,4%	(54,3-85,3)	<0.001
metadon	18/ 65		27,7%	(18,3-39,6)	23 29		79,3%	(61,6-90,2)	<0.001
stymulanty	43/ 65		66,2%	(54,0-76,5)	27 29		93,1%	(78,0-98,1)	0,005
mefedron	24/ 65		36,9%	(26,2-49,1)	20 29		69,0%	(50,8-82,7)	0,007
Substancje przyjmowane drogą iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni									
mefedron	10/ 65		15,4%	(8,6-26,1)	11 29		37,9%	(22,7-56,0)	0,030
Wiedza na temat ryzyka zakażenia									
Informacje dot. HIV	37/ 65		56,9%	(44,8-68,2)	27 29		93,1%	(78,0-98,1)	<0.001
Informacje dot. HCV	38/ 65		58,5%	(46,3-69,6)	27 29		93,1%	(78,0-98,1)	0,001

PREZENTACJA NAJWAŻNIEJSZYCH WYNIKÓW

- Rozpowszechnienie zakażeń HIV w badanej grupie wynosiło 14,7%, natomiast rozpowszechnienie zakażeń HCV 71,6%. Ogółem zakażonych HIV i/lub HCV było 73,7% respondentów.
- 85,7% respondentów zakażonych HIV było równocześnie zakażonych HCV.
- Dodatkowo wyniki HIV i/lub HCV stwierdzono u 77,1% mężczyzn i 62,5% kobiet.
- Średnia wieku osób zakażonych HIV i/lub HCV wynosiła 36,3 lata. Badani zakażeni HIV byli starsi od badanych zakażonych HCV (40,4 do 36,0).
- Nie zaobserwowano zakażeń HIV wśród badanych poniżej 30 r.ż. Ponad połowa przedstawicieli tej grupy (54,5%) była jednak zakażona HCV.
- Średni wiek, w którym badani rozpoczynali przyjmowanie substancji psychoaktywnych drogą dożylną, wynosił 21,4 lat, zaś średni łączny czas stosowania środków odurzających w tej formie – 13,5 lat. W grupie osób zakażonych HIV i/lub HCV wartości te wynosiły odpowiednio 20,9 i 15,5.
- 64,2% respondentów przyjmowało substancje psychoaktywne w formie iniekcji w ciągu 30 dni poprzedzających badanie.
- 30,9% respondentów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przebywało w zakładzie karnym, 23,4% karanych było za posiadanie narkotyków, 27,7% korzystało z pomocy z obszaru bezdomności, pracę zarobkową podejmowało zaś 28,4%.
- 57,4% badanych miało za sobą pobyt w ośrodku leczenia uzależnień. 28,3% przebywało w tego rodzaju instytucji podczas 12 miesięcy poprzedzających badanie. 34,4% respondentów korzystało w tym czasie z oferty poradni specjalistycznych.
- Z oferty ośrodków leczenia uzależnień skorzystało 57,1% zakażonych HIV, przy czym żaden z respondentów żyjących z HIV nie przebywał w tego rodzaju placówce w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Osoby zakażone HIV stosunkowo rzadko odwiedzały również poradnie specjalistyczne (7,1%). Chętnie korzystały natomiast z oferty organizacji pozarządowych (71,4%) oraz punktów dziennego pobytu (58,3%).
- Wśród badanych korzystających z oferty z obszaru bezdomności 76,9% zakażonych było HIV i/lub HCV.

- Wśród respondentów, którzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie odbywali leczenie detoksykacyjne w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych 78,3% zakażonych było HCV. W grupie tej nie zaobserwowano zakażeń HIV. W przypadku badanych, którzy podjęli próbę detoksykacji w warunkach domowych, odsetek zakażeń HIV i/lub HCV wynosił 63,6%.
- Wśród respondentów, którzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przebywali w zakładzie karnym, 82,8% zakażonych było HIV i/lub HCV. Wśród badanych karanych za posiadanie narkotyków odsetek ten wynosił 68,2%.
- W grupie badanych, którzy mieli za sobą pobyt w ośrodku leczenia uzależnień, zakażonych HIV i/lub HCV było 77,8%. Wśród respondentów, którzy przebywali w tego rodzaju instytucji w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, odsetek ten był niższy (66,7%).
- Wśród respondentów korzystających w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie z oferty organizacji pozarządowych zakażonych HIV i/lub HCV było 81,6%, W grupie osób, które skorzystały z oferty poradni specjalistycznych, odsetek ten wynosił 78,1%, w grupie respondentów korzystających z punktów dziennego pobytu 88,9%, w grupie uczestników programów substytucyjnych 90,3%, zaś w grupie uczestników terapii opartej na redukcji szkód – 66,7%.
- Wśród badanych przyjmujących heroinę zakażonych HIV i/lub HCV było 78,8%. W grupie osób stosujących stymulanty odsetek zakażeń wynosił 80,0%. Wśród respondentów stosujących metadon, mefedron oraz metafedron odsetek ten był wyższy (odpowiednio 87,8%, 86,4% i 87,5%). Najwięcej zakażeń stwierdzono w grupie respondentów stosujących polską heroinę (95,1%).
- 94,7% badanych deklarowało zaopatrywanie się w czysty sprzęt do iniekcji. 87,2% zaopatrywało się w aptekach, zaś 30,9% w punktach wymiany igieł i strzykawek. W grupie zakażonych HIV tylko 35,7% korzystało ze sprzętu zakupionego w aptece, 64,3% zaopatrywało się natomiast w punktach drop-in.
- 77,4% badanych deklarowało, że zdarzało im się dzielić sprzęt z innymi osobami. 78,7% respondentów wskazywało, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zdarzyły im się kontakty seksualne bez

zabezpieczenia. Ryzykowne kontakty seksualne po spożyciu alkoholu zdarzyły się 36,3% badanych, zaś ryzykowne kontakty seksualne po przyjęciu substancji psychoaktywnych – 65,6%.

- Wśród badanych zaopatrujących się w czysty sprzęt do iniekcji w aptekach zakażonych HIV i/lub HCV było 75,6%, w grupie korzystających z punktów wymiany igieł i strzykawek – 93,1%.
- W grupie osób dzielących się sprzętem odsetek zakażeń HIV i/lub HCV wynosił 79,2%, w grupie osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne – 74,3%.
- Większość badanych uzyskała informację na temat ryzyka zakażenia HIV i HCV (odpowiednio 68,1% oraz 69,1%). Fakt ten nie wpływał jednak na zmniejszenie skłonności respondentów do podejmowania zachowań ryzykownych.
- W grupie respondentów, którzy otrzymali informację na temat transmisji HIV i/lub HCV, odsetek zakażeń wynosił 73,8%.
- Najsilniejszym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV i/lub HCV był łączny czas przyjmowania substancji psychoaktywnych drogą iniekcji. Kolejnymi istotnymi czynnikami było przyjmowanie heroiny, polskiej heroiny, metadonu i mefedronu. Z kolei praca zarobkowa wydawała się mieć istotne działanie ochronne.

WNIOSKI

W badanej grupie rozpowszechnienie HIV wynosiło 14,7%, odsetek zakażeń HCV wynosił natomiast 71,6%. Zdecydowana większość respondentów zakażonych HIV była równocześnie zakażona HCV. Co istotne, nie zaobserwowano zakażeń HIV wśród badanych w wieku poniżej 30 lat. Średnia wieku osób z wynikami dodatnimi wynosiła 40,4 lata. Aż 85,7% zakażeń HIV stwierdzono wśród mężczyzn. W przypadku zakażeń HCV wartości te były nieco niższe.

W grupie respondentów znajdowało się stosunkowo dużo osób społecznie zmarginalizowanych. Prawie 1/3 respondentów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przebywała w zakładzie karnym (w przypadku osób zakażonych HIV aż 42,9%), 23,4% karanych było za posiadanie narkotyków, 27,7% korzystało z pomocy z obszaru bezdomności, pracę zarobkową podejmowało zaś jedynie 28,4%. Wyższe rozpowszechnienie HIV nie wiązało się z gorszą sytuacją społeczno-ekonomiczną badanych.

Należy podkreślić, że ponad 1/3 respondentów w ciągu 30 dni poprzedzających badanie nie przyjmowała żadnych substancji psychoaktywnych w formie iniekcji. Wśród czynnych IDU największą popularnością cieszyły się heroina (86,9%), stymulanty (49,2%) oraz mefedron (34,4%). Trendy dotyczące stosowania polskiej heroiny, metadonu, stymulantów, mefedronu, metafedronu oraz metkatynonu miały charakter spadkowy, zainteresowanie heroiną utrzymywało się zaś na podobnym poziomie.

Większość badanych miało za sobą pobyt w ośrodku leczenia uzależnień (57,4%), ale jedynie 28,3% przebywało w nim podczas 12 miesięcy poprzedzających badanie. Nieco większa grupa korzystała w tym czasie z oferty poradni specjalistycznych (34,4%). Osoby zakażone HIV wydawały się przejawiać niechęć do tego rodzaju instytucji – żadna z nich nie przebywała w ośrodku leczenia uzależnień w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a tylko 7,1% odwiedziło w tym czasie poradnię specjalistyczną. Osoby żyjące z HIV bardzo chętnie korzystały natomiast z oferty organizacji pozarządowych i punktów dziennego pobytu (odpowiednio 71,4% i 58,3%).

Informację na temat ryzyka zakażenia otrzymało prawie 70% badanych. Nieco lepiej niż osoby żyjące z HIV poinformowane były osoby zakażone HCV.

Respondenci wiedzę na temat zakażeń zdobywali najczęściej w różnego rodzaju instytucjach związanych z leczeniem uzależnień (najwięcej respondentów wskazało Fundację Redukcji Szkód i MONAR). Ważnym źródłem informacji byli też znajomi. Najrzadziej wskazywani byli natomiast streetworkerzy oraz lekarze i terapeuci. Co istotne, duża grupa respondentów korzystających ze wsparcia instytucjonalnego deklarowała, że nie uzyskała informacji na temat ryzyka zakażenia HIV i/lub HCV. Najgorzej pod tym względem wypadły szpitale i ośrodki ambulatoryjne, w których badani odbywali leczenie detoksykacyjne, programy substytucyjne, poradnie specjalistyczne oraz ośrodki leczenia uzależnień ogółem, najlepiej zaś organizacje pozarządowe, punkty dziennego pobytu oraz terapie oparte na redukcji szkód. Wydaje się więc, że najskuteczniejszym kanałem przepływu informacji wśród dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych są organizacje pozarządowe.

Niemal wszyscy badani deklarowali zaopatrywanie się w czysty sprzęt do iniekcji. Co ciekawe, respondenci zakażeni HIV i/lub HCV korzystali z czystego sprzętu częściej niż osoby z wynikami ujemnymi. Zdecydowana większość respondentów nie miała problemów z zaopatrywaniem się w sprzęt do iniekcji w aptekach. Jednak w grupie zakażonych HIV tylko 35,7% korzystało ze sprzętu zakupionego w aptece. Mniej istotnym źródłem okazały się punkty wymiany igieł i strzykawek – korzystało z nich 30,9% badanych.

Prawie 80% respondentów deklarowało podejmowanie działań ryzykownych (dzielenie się sprzętem i kontakty seksualne bez zabezpieczenia). Co ciekawe, fakt uzyskania informacji na temat ryzyka zakażenia nie prowadził do ograniczenia tego rodzaju zachowań. Badani zakażeni HIV i/lub HCV częściej niż osoby z wynikami ujemnymi dzielili sprzęt z innymi użytkownikami substancji psychoaktywnych. Grupy te nie różniły się natomiast pod względem częstości kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia.

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV i/lub HCV był łączny czas przyjmowania środków odurzających w formie iniekcji. Kolejnymi istotnymi czynnikami były: przyjmowanie heroiny, polskiej heroiny, metadonu i mefedronu. Z kolei praca zarobkowa wydawała się mieć istotne działanie ochronne. Staż dożylnego przyjmowania substancji psychoaktywnych okazał się silniejszym predyktorem niż wiek badanych.

Wykazano również istnienie zależności między wyższym rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV a zaopatrywaniem się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach wymiany igieł i strzykawek, ale wynikała ona z wpływu innych zmiennych. Badani zaopatrujący się w igły i strzykawki w punktach drop-in to osoby społecznie zmarginalizowane i szczególnie silnie uzależnione od substancji psychoaktywnych.

Badania członków tzw. ukrytych społeczności są dużym wyzwaniem dla badaczy. Dlatego fakt, że w przeciągu 6 miesięcy udało się osiągnąć założoną liczebność próby uznać można za sukces. Najbardziej efektywna okazała się rekrutacja za pośrednictwem wolontariuszy-liderów. Wydaje się jednak, że w celu zwiększenia motywacji zarówno wolontariuszy, jak i przedstawicieli grupy IDU należałoby rozważyć możliwość zwiększenia gratyfikacji otrzymywanej za rekrutowanie kolejnych respondentów oraz udział w badaniu. Dystrybuowanie zaproszeń w ośrodkach i organizacjach z obszaru uzależnień okazało się stosunkowo mało skuteczną formą rekrutacji respondentów. Wśród instytucji, w których rozprowadzane były kupony, najlepiej wypadły programy redukcji szkód.

REKOMENDACJE

24.06.2014 odbyła się prezentacja wyników badania oraz spotkanie Okrągłego Stołu ekspertów zdrowia publicznego, w którym wzięli udział m.in. specjaliści z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowego Centrum ds. AIDS, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (PZH), Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Krytyki Politycznej, Fundacji Redukcji Szkód, Stowarzyszenia Lambda Warszawa oraz Społecznego Komitetu ds. AIDS. Konkluzją ze spotkania były rekomendacje:

1. Osoby uzależnione należą do grupy szczególnie narażonej na zakażenia HIV oraz HCV, dlatego należy opracować kompleksową ofertę w oparciu o dowody naukowe i filozofię redukcji szkód. Dotyczy to redukcji ryzyka w przypadku przyjmowania substancji psychoaktywnych tj. szerokiego dostępu do sprzętu do iniekcji (igły, strzykawki, gazików, wody utlenionej, naczyń), oddziaływań promujących bezpieczniejsze zachowania związane z iniekcjami i zdrowiem seksualnym (szkolenia, warsztaty), szeroko rozumianej promocji zdrowia (zajęcia edukacyjne, pomoc specjalistyczna)

2. Osoby uzależnione należą do grupy szczególnie narażonej na zakażenia HIV oraz HCV potrzebują kompleksowej, specjalistycznej oferty testowania na HIV i HCV dostosowanej do ich sytuacji zdrowotnej i okoliczności życiowych. W przypadku HIV zaleca się wykorzystanie szybkiej diagnostyki eliminującej pobranie materiału genetycznego drogą tradycyjną (tj. wkłucie). Formuła miejsc, gdzie odbywa się testowanie, powinna odpowiadać na rzeczywiste potrzeby jej odbiorców, gdzie poza testowaniem klienci mogliby uzyskać pomoc (medyczną, psychiatryczną, socjalną, prawną etc) i szeroko rozumiane wsparcie psychospołeczne. Gdy testowanie będzie składową rozbudowanej oferty, jest większa szansa na nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu z użytkownikami.

3. Osoby uzależnione, żyjące z HIV potrzebują kompleksowej, zagwarantowanej instytucjonalnie oferty wsparcia w rozpoczęciu i kontynuowaniu terapii antywirusowej

(ARV). Potrzebne jest opracowanie i wdrożenie takich działań, które ułatwiałyby użytkownikom poruszanie się w systemie pomocy i leczenia. Terapia ARV jest najskuteczniejszą metodą ograniczania nowych zakażeń HIV.

4. Osoby uzależnione, łamiące prawo z powodu swojej choroby powinny być kierowane do specjalistycznych placówek zajmujących się leczeniem uzależnień. Ze względu na chorobę uzależnienia oraz ryzyko zakażenia HIV i HCV nie powinny znaleźć się w zakładach penitencjarnych.

5. Programy kierowane do osób uzależnionych powinny być tworzone i realizowane wspólnie przez instytucje rządowe, samorządowe oraz organizacje pozarządowe. Użytkownicy, w myśl zasady peerwork, powinni być angażowani w projektach na każdym ich etapie – od planowania działań, wdrażania ich, po ewaluację.

Komentarze ekspertów:

„Istnieje znaczna grupa (my mamy kontakt z małym procentem) iniekcyjnych użytkowników substancji, która pozostaje poza wszelkimi oddziaływaniami. Osoby te nie docierają do Fundacji, nie nawiązują i nie podtrzymują kontaktu z serwisami i instytucjami. Dotarcie do tej części tej grupy było możliwe poprzez nawiązywanie kontaktu z nią przez osoby ze środowiska – liderów. Liderzy powinni brać czynny udział w planowaniu działań, budowaniu strategii, stanowić część zespołu. Iniekcijni użytkownicy nie korzystają z możliwości testowania w PKD. Wynika to z wielu powodów, m.in. z formuły punktów i procedur testowania, która nie sprawdza się w ich przypadku. Rekomendacja stworzenia miejsca, gdzie poza testowaniem klienci mogliby uzyskać pomoc (medyczną, psychiatryczną, socjalną etc) i szeroko rozumiane wsparcie psychospołeczne. Testowanie powinno być częścią składową rozbudowanej oferty.”- Magdalena Bartnik, Fundacja Redukcji Szkód.

„Aspekty jakie szczególnie wybrzmiały w badaniu dotyczą przede wszystkim niedopasowania instytucji pomocowych do potrzeb tej specyficznej grupy klientów. Dla dużej części testowanych osób był to pierwszy test w życiu, Procedury w

punktach testowania stwarzają barierę psychologiczną w skorzystaniu z bezpłatnego i anonimowego testowania przez osoby przyjmujące substancje psychoaktywne drogą iniekcji. Doświadczenia płynące ze szkoleń realizowanych w ośrodkach stacjonarnych wskazują, że ich konwencja utrudnia edukację w zakresie profilaktyki zachowań seksualnych i redukcji szkód spowodowanych przyjmowaniem dożylnym substancji psychoaktywnych. Mimo, że osoby mają prawo do leczenia, dla osób uzależnionych w praktyce często nie jest ono dostępne, co również powoduje że nie są one zainteresowane poznaniem swojego wyniku testu.”- Tomasz Małkuszewski, Społeczny Komitet ds. AIDS.

„Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne nie są przygotowane do przyjmowania IDU przede wszystkim od strony obsługi medycznej. Jako doradcy nie mieliśmy im do zaproponowania metod pobrania materiału (krwi lub śliny), które byłyby dla tej grupy osób bardziej komfortowe. Moim zdaniem także kwestia odbioru wyniku dnia następnego, a w przypadku WB za tydzień, mogła mieć znaczenie dla ilości testów nieodebranych. Biorąc to pod uwagę i jeszcze fakt, że wielu z odbiorców nie dotarło w ogóle do punktu dochodzę do wniosku, że najlepszym rozwiązaniem jest mobilny PKD i testowanie metodą outreach. Kolejna rzecz dotyczy już chyba wymiaru etycznego badania, a jest nią kwestia dalszej diagnostyki w kierunku HCV dla IDU i jej dostępność dla tej grupy.” – Agnieszka Górską, Lambda Warszawa

BIBLIOGRAFIA

2013 National Report to the EMCDDA. „Poland”. New Development, Trends and in-depth information on selected issues, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228479EN.html> (6.06.2014).

A. Malczewski, Wzory używania substancji psychoaktywnych wśród klientów programów niskoprogowych, *Remedium* kwiecień 2013.

Dane Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH, http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm (6.06.2014).

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, <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=16634> (6.06.2014).

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, <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=16634> (6.06.2014).

Załącznik 1. Kwestionariusz wykorzystany w badaniu.

KWESTIONARIUSZ IDU/HIV/HCV

Zaznacz kolor kuponu: ☐ żółty ☐ zielony ☐ niebieski ☐ pomarańczowy

Część I (narzędzie badawcze II)

Wywiad:

1. Rok urodzenia: _____
2. Płeć: ☐ K ☐ M
3. Kiedy pierwszy raz użyłeś/aś substancji psychoaktywnej iniekcji? _____
4. Gdzie zaopatrujesz się w czysty sprzęt do iniekcji (głw. strzykawki, Leki)?
 Apteka _____
 Punkty wymiany igieł i strzykawek (długo - in) _____
 Inne. Jakiej? _____
 Nie zaopatruję się _____
5. Czy zdarza ci się dzielić z kimś sprzęt w tym kapsel do podgrzewania?
☐ TAK ☐ NIE
6. Które z poniższych substancji psychoaktywnych przyjmowałeś/aś drogą iniekcji (jeśli klient pamięta, proszę wpisać wiek inicjacji):
☐ heroina _____
☐ polska heroina (kompot) _____
☐ metadon _____
☐ stymulanty np. amfetamina _____
☐ mefedron _____
☐ metamfeton _____
☐ mekstatynon _____
7. Jakie substancje psychoaktywne przyjmowałeś/aś drogą iniekcji w okresie ostatnich 30 dni?
☐ heroina _____
☐ polska heroina (kompot) _____
☐ stymulanty np. amfetamina _____
☐ dopalacze _____
☐ mefedron _____
☐ metamfeton _____
☐ mekstatynon _____
8. Czy kiedykolwiek korzystałeś z pomocy/terapii:
 - szpitalnego ośrodka leczenia uzależnień ☐ TAK ☐ NIE
 jakieg? _____
 kiedy? _____
9. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystałeś/aś z pomocy/terapii:
 - organizacji pozarządowej ☐ TAK ☐ NIE
 jakiej? _____
 - poradni specjalistycznej ☐ TAK ☐ NIE
 jakiej? _____
10. Inne? _____

10. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystałeś/aś z oferty:

- punków dziennego pobytu (drop in) ☐ TAK ☐ NIE
programów substytucyjnych ☐ TAK ☐ NIE
metadon ☐ TAK ☐ NIE
buprenorfina ☐ TAK ☐ NIE
terapii opartej na redukcji szkód ☐ TAK ☐ NIE

12. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miałeś/aś zapas:

- (przedawkowałeś/aś)?
☐ TAK ☐ NIE

14. Czy kiedykolwiek otrzymałeś/aś informację na temat ryzyka zakażenia

- HIV ☐ TAK ☐ NIE
HCV ☐ TAK ☐ NIE

jeśli tak, to gdzie? _____

16. Czy korzystasz z ofert pomocowej z obszaru bezdomności?

- ☐ TAK ☐ NIE

18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałeś/aś w zakładzie karnym?

- ☐ TAK ☐ NIE

11. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy :

- byłeś na detokse ☐ TAK ☐ NIE
- robiłeś detoks domowy ☐ TAK ☐ NIE

13. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyły Ci się:

- Kontakty seksualne bez zabezpieczenia ☐ TAK ☐ NIE
- Kontakty seksualne bez zabezpieczenia po alkoholu ☐ TAK ☐ NIE
- Kontakty seksualne bez zabezpieczenia po środkach psychoaktywnych ☐ TAK ☐ NIE

15. Czy jesteś osobą pracującą?

- ☐ TAK ☐ NIE

17. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś/aś karany/a?

- za posiadanie narkotyków?
☐ TAK ☐ NIE

CZĘŚĆ II (NARZĘDZIE BADAWCZE II)
TEST BIOLOGICZNY HIV/HCV

Wynik HIV

- ☐ Dodatni ☐ Ujemny

Wynik HCV

- ☐ Dodatni ☐ Ujemny

Załącznik 2. Lista miejsc, w których dystrybuowane były zaproszenia.

1. NZOZ „MONAR” Ośrodek Wczesnej Rehabilitacji, Wenedów
2. Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacji Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, Kazuń Bielany
3. Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Zagórzcu Szpital w Garwolinie Oddział III Podwójnych Diagnoz – Ośrodek Terapii dla Młodzieży Zażywającej Substancje Psychoaktywne ze Współistniejącymi Zaburzeniami, Garwolin
4. NZOZ „MONAR” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny, Głusków
5. PTZN Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Młodzieży w Wólce Przyboje-wskiej, Głusków
6. NZOZ „MONAR” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny, Jakatorów
7. Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny Oddział w Anielinie, Karczew
8. PZOZ Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji dla Dzieci, Otwock
9. Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny Oddział w Piastowie, Piastów
10. NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „MONAR”, Wyszaków
11. Centrum Pomocy Bliźniemu MONAR-MARKOT, Warszawa
12. Victi – ośrodek terapii uzależnień, Warszawa
13. Poradnia Profilaktyki Społecznej „Maraton”, Warszawa
14. Ośrodek Terapii Uzależnień przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
15. Mazowieckie Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, Warszawa

Załącznik 3. Scenariusz warsztatów leaderskich

Autorka warsztatu: Agata Kwiatkowska

Prowadzący: Magdalena Bartnik, Agata Kwiatkowska

Miejsce: Fundacji Redukcji Szkód

Warsztat leaderski miał na celu zmotywowanie wolontariuszy do udziału w projekcie.
Warsztat nastawiony na:

- Zbudowanie trwałych więzi pomiędzy wolontariuszami, kształtowanie poczucia, że wykonują wspólnie pracę w ważnym celu, dla dobra całej ich społeczności (IDU). Uczestnicy warsztatów zostali dokładnie poinstruowani, w jaki sposób przebiegać ma rekrutacja do badań, założeniach, przebiegu i celach badania.
- Indywidualne podejście do każdego uczestnika. Trenerzy analizowali sytuację każdego z wolontariuszy, aby w odpowiedni sposób zmotywować go do działania. Na zasadzie szybkiego wywiadu trenerki tłumaczyły, co wolontariusz zyska, angażując się w projekt. W trakcie warsztatów omówiono także potencjalnie trudne sytuacje w docieraniu do kolejnych użytkowników iniekcyjnych.
- Praktyczny charakter wsparcia: Szkolenie z zakresu podstawowej wiedzy na temat HIV/AIDS. Uczestnikom została przedstawiona wiedza o aktualnej sytuacji w zakresie badań iniekcyjnych użytkowników narkotyków pod kątem HIV/AIDS oraz planowanych działaniach. Wolontariusze zostali wprowadzeni w założenia redukcji szkód i peer-work – pracy w środowisku osób, które mają być testowane.
- Różnorodne metody dostosowane do oczekiwań grupy - indywidualne wsparcie w rozwoju leaderskim. Bogactwu i zróżnicowaniu stosowanych metod towarzyszy dbałość o ich zintegrowanie.

Załącznik 4. Program szkoleń w ośrodkach stacjonarnych „Profilaktyka HIV/AIDS i HCV”

- 9.00-9.15 Wprowadzenie, przywitanie, ćwiczenia integracyjne
- 9.15-10.30 Ćwiczenie interaktywne „Postawy” – rozpoznanie własnych myśli, emocji związanymi z HIV/AIDS/HCV/HBV; zagadnienia prawne i etyczne
- 10.30-10.45 Przerwa
- 10.45-12.15 Podstawowe informacje związane z HIV/AIDS/HCV/HBV, aspekty medyczne: drogi zakażenia, diagnostyka, naturalny przebieg zakażenia, leczenie, profilaktyka poekspozycyjna – część seminaryjno-interaktywna
- 12.15-12.30 Przerwa
- 12.30-13.15 Psychologiczne aspekty HIV/AIDS: testowanie na HIV, poradnictwo około testowe, etapy zakażenia HIV/ AIDS, potrzeby osób zakażonych HIV na różnych etapach życia z HIV. Możliwe obszary interwencji, wsparcie w sytuacji kryzysowej – zajęcia interaktywne
- 13.15-14.15 Przerwa obiadowa
- 14.15-15.45 Zachowanie seksualne w kontekście HIV/AIDS/HCV/HBV, minimalizowanie ryzyka, zabezpieczenia
- 15.45-16.00 Przerwa
- 16.00-17.30 Używanie substancji psychoaktywnych w kontekście HIV/AIDS/HCV/HBV specyfika pracy z osobami uzależnionymi i przyjmującymi substancji psychoaktywne, minimalizowanie ryzyka, zabezpieczenia, redukcja szkód
- 17.30-17.45 Ewaluacja i zakończenie

Załącznik 5. Opis działań w ośrodkach stacjonarnych

Jednodniowe szkolenia zostały zorganizowane w pięciu ośrodkach stacjonarnych leczenia uzależnień na terenie województwa mazowieckiego. Ich program opierał się na zagadnieniach dotyczących profilaktyki HIV/AIDS i HCV i był taki sam zarówno dla użytkowników jak i personelu ośrodków. W dwóch ośrodkach szkolenia zostały przeprowadzone łącznie dla kadry i klientów, w dwóch kolejnych, poza klientami, uczestniczyła część personelu, w jednym szkolenie odbyło się oddzielnie dla kadry i klientów. Szkolenia zostały przeprowadzone przez dwójkę doświadczonych trenerów – Artura Lutarewicza oraz Agnieszkę Górską na przestrzeni lutego i marca 2014r.

Znaczna liczba klientów ośrodków, uczestniczących w szkoleniach, deklarowała brak wcześniejszych doświadczeń edukacyjnych związanych z tematyką HIV/AIDS i HCV. Wśród tych, którzy mieli dominowały dwie grupy: osoby młode, które pamiętały jeszcze zajęcia ze szkoły oraz osoby z długim stażem przyjmowania substancji psychoaktywnych drogą iniekcji, które dostawały wiedzę w programach wymiany.

Szczególne zainteresowanie słuchaczy dotyczyło wiedzy na temat WZW typ B i C, bezpieczniejszego seksu i metod bezpieczniejszego przyjmowania substancji psychoaktywnych, większość uczestników szkoleń miała błędną wiedzę na temat praw i obowiązków osób żyjących z HIV/AIDS (obowiązkowego testowania, informowania o zakażeniu lekarza/personelu). Kwestie dotyczące bezpieczniejszego przyjmowania substancji psychoaktywnych (np. ryzyko zakażenia przy przyjmowaniu przez nos) były nową informacją zarówno dla części uczestników jak i kadry.

Grupy uczestniczące w szkoleniach deklarowały potrzebę realizacji takich zajęć w ośrodkach, pracowały z dużym zaangażowaniem, zadawały wiele dodatkowych pytań. Spotkanie z trenerami niezwiązanymi ze społecznością ośrodków stanowiło dla klientów urozmaicenie trybu dnia i wpłynęło na zwiększenie ich motywacji i zaangażowania. W wyniku zajęć kilka osób z każdej grupy wykazało motywację do wykonania testu w kierunku HIV.

Formuła zajęć i zagwarantowanie przez trenerów poczucia bezpieczeństwa umożliwiły aktywne włączenie uczestników, wykorzystanie ich wiedzy i doświadczenia, np. w kwestii sposobów używania substancji psychoaktywnych i zachowań seksualnych, w przebieg szkolenia. Trenerzy wskazują, że ze względu na obowiązujące w niektórych ośrodkach radykalne normy dotyczące rozmów o substancjach psychoaktywnych i normę abstynencji seksualnej, na początkowym etapie szkolenia u uczestników pojawiała się dezorientacja dotycząca możliwości poruszania ww kwestii.

Rekomendacje i wnioski:

- Działania wskazują na potrzebę wkomponowania tego rodzaju zajęć szkoleniowych w programy profilaktyczne realizowane w placówkach leczenia stacjonarnego.
- Działania wskazują na potrzebę regularnego motywowania i doszkalania kadry nt profilaktyki HIV/AIDS i HCV (w tym poradnictwa okołotestowego).
- Prowadzenie zajęć z zakresu profilaktyki przez osoby z zewnątrz, niezwiązane z ośrodkiem, może stanowić atut dla klientów ośrodków.
- Prowadzenie rozmów na temat zachowań seksualnych z klientami jest istotne ze względu na obowiązujące normy dotyczące abstynencji. Może mieć szczególne znaczenie ze względu na abstynencję obowiązującą podczas pobytu w ośrodku i powrót do aktywności seksualnej po wyjściu z placówki. Niezbędne jest stworzenie takiej formuły postępowania, która będzie dostosowana do indywidualnych potrzeb i etapu leczenia klienta.
- Norma dotycząca abstynencji seksualnej nie wyklucza takiej aktywności w trakcie pobytu w ośrodku. Rekomendowany jest dostęp do prezerwatyw oraz materiałów edukacyjnych (w trakcie pobytu w ośrodku, np. u wychowawcy, na przepustkach, przy opuszczaniu placówki).
- Z punktu widzenia działań profilaktycznych, rekomendowana jest weryfikacja regulaminów funkcjonowania osób uzależnionych w ośrodkach stacjonarnych. Obowiązujące i utrwalone normy zakazujące rozmów na temat przyjmowania substancji psychoaktywnych i seksu, są istotną barierą przeciwko prowadzeniu efektywnej edukacji w tych zakresach.
- Zdarzają się sytuacje, w których klienci ośrodków rezygnują z leczenia lub powracają do przyjmowania substancji psychoaktywnych pomimo podjęcia leczenia. Zasadne jest zapewnienie rozmów stworzenie nt. bezpieczniejszego przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz stworzenie materiałów edukacyjnych dla klientów ośrodków w ww. temacie.

Załącznik 6. Kupony na test na HIV/HCV.

KUPON NA TEST NA HIV I HCV	
PO WYKONANIU TESTU OTRZYMASZ KARTĘ UPOMINKOWĄ O WARTOŚCI 25 ZŁ DO WYKORZYSTANIA W SALONACH EMPIK. MOŻESZ JĄ WYMIENIĆ NA DOŁĄDOWANIE DO TELEFONU.	KUPON MOŻNA ZREALIZOWAĆ W KAŻDY PIĄTEK OD 15 DO 16
PRZYCHODNIA IZIS UL. CHMIELNA 4 WEJŚCIE BRAMĄ OD CHMIELNEJ KŁATKA W PODWÓRKU	
ABY SKORZYSTAĆ Z OFERTY MUSISZ MIEĆ TEN KUPON	
JEŚLI CHCESZ POROZMAWIAĆ O HIV: tel.801 888 448 lub 22 692 82 26	
JEŚLI POTRZEBUJESZ STERYLNEGO SPRZĘTU, CIEPŁEGO MIEJSCA, POMOCY... Fundacja Redukcji Szkód ul. Górczewska 15a tel. 517 504 761 www.redukcjaszkod.pl e-mail: fundacja@redukcjaszkod.pl	
JEŚLI POTRZEBUJESZ PORADY PRAWNEJ: Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych ul. Marszałkowska 85 tel.517 933 301 i 22 400 50 43 e-mail: rzecznik@politykanarkotykowa.com	

KUPON NA TEST NA HIV I HCV	
PO WYKONANIU TESTU OTRZYMASZ KARTĘ UPOMINKOWĄ O WARTOŚCI 25 ZŁ DO WYKORZYSTANIA W SALONACH EMPIK. MOŻESZ JĄ WYMIENIĆ NA DOŁĄDOWANIE DO TELEFONU.	KUPON MOŻNA ZREALIZOWAĆ W KAŻDY PIĄTEK OD 15 DO 16
PRZYCHODNIA IZIS UL. CHMIELNA 4 WEJŚCIE BRAMĄ OD CHMIELNEJ KŁATKA W PODWÓRKU	
ABY SKORZYSTAĆ Z OFERTY MUSISZ MIEĆ TEN KUPON	
JEŚLI CHCESZ POROZMAWIAĆ O HIV: tel.801 888 448 lub 22 692 82 26	
JEŚLI POTRZEBUJESZ STERYLNEGO SPRZĘTU, CIEPŁEGO MIEJSCA, POMOCY... Fundacja Redukcji Szkód ul. Górczewska 15a tel. 517 504 761 www.redukcjaszkod.pl e-mail: fundacja@redukcjaszkod.pl	
JEŚLI POTRZEBUJESZ PORADY PRAWNEJ: Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych ul. Marszałkowska 85 tel.517 933 301 i 22 400 50 43 e-mail: rzecznik@politykanarkotykowa.com	

KUPON NA TEST NA HIV I HCV	
PO WYKONANIU TESTU OTRZYMASZ KARTĘ UPOMINKOWĄ O WARTOŚCI 25 ZŁ DO WYKORZYSTANIA W SALONACH EMPIK. MOŻESZ JĄ WYMIENIĆ NA DOŁĄDOWANIE DO TELEFONU.	KUPON MOŻNA ZREALIZOWAĆ W KAŻDY PIĄTEK OD 15 DO 16
PRZYCHODNIA IZIS UL. CHMIELNA 4 WEJŚCIE BRAMĄ OD CHMIELNEJ KŁATKA W PODWÓRKU	
ABY SKORZYSTAĆ Z OFERTY MUSISZ MIEĆ TEN KUPON	
JEŚLI CHCESZ POROZMAWIAĆ O HIV: tel.801 888 448 lub 22 692 82 26	
JEŚLI POTRZEBUJESZ STERYLNEGO SPRZĘTU, CIEPŁEGO MIEJSCA, POMOCY... Fundacja Redukcji Szkód ul. Górczewska 15a tel. 517 504 761 www.redukcjaszkod.pl e-mail: fundacja@redukcjaszkod.pl	
JEŚLI POTRZEBUJESZ PORADY PRAWNEJ: Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych ul. Marszałkowska 85 tel.517 933 301 i 22 400 50 43 e-mail: rzecznik@politykanarkotykowa.com	

KUPON NA TEST NA HIV I HCV	
PO WYKONANIU TESTU OTRZYMASZ KARTĘ UPOMINKOWĄ O WARTOŚCI 25 ZŁ DO WYKORZYSTANIA W SALONACH EMPIK. MOŻESZ JĄ WYMIENIĆ NA DOŁĄDOWANIE DO TELEFONU.	KUPON MOŻNA ZREALIZOWAĆ W KAŻDY PIĄTEK OD 15 DO 16
PRZYCHODNIA IZIS UL. CHMIELNA 4 WEJŚCIE BRAMĄ OD CHMIELNEJ KŁATKA W PODWÓRKU	
ABY SKORZYSTAĆ Z OFERTY MUSISZ MIEĆ TEN KUPON	
JEŚLI CHCESZ POROZMAWIAĆ O HIV: tel.801 888 448 lub 22 692 82 26	
JEŚLI POTRZEBUJESZ STERYLNEGO SPRZĘTU, CIEPŁEGO MIEJSCA, POMOCY... Fundacja Redukcji Szkód ul. Górczewska 15a tel. 517 504 761 www.redukcjaszkod.pl e-mail: fundacja@redukcjaszkod.pl	
JEŚLI POTRZEBUJESZ PORADY PRAWNEJ: Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych ul. Marszałkowska 85 tel.517 933 301 i 22 400 50 43 e-mail: rzecznik@politykanarkotykowa.com	