

UCHWAŁA NR XLV / 879 / 22
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
z dnia 24 marca 2022 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2024”


Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 547 i 583) w związku z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 i 2469, oraz z 2022 r. poz. 24 i 218) i art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 oraz z 2021 r. poz. 2469) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2024”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Dolnośląskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.¹

Przewodniczący
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego


Andrzej Jaroch

¹ Niniejsza uchwała poprzedzona była uchwałą nr XXVIII/611/21 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2021-2024”, która na podstawie art. 21 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszej uchwały.

Załącznik do uchwały nr XLV/879/22
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego
z dnia 24 marca 2022r.



**DOLNOŚLĄSKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH ORAZ
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA LATA 2022-2024**

Wrocław, 2022

Spis treści

I. Wprowadzenie.....	2
II. Podstawy prawne programu	3
III. Zasady realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022–2024”	4
IV. Diagnoza problemów alkoholowych na Dolnym Śląsku.....	5
1. Poziom zagrożenia problemami alkoholowymi w województwie dolnośląskim.	5
1.1 Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną.	9
2. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w województwie dolnośląskim.	14
3. Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego.....	16
4. Zjawisko przemocy w województwie dolnośląskim.....	19
V. Diagnoza problemów narkotykowych na Dolnym Śląsku	22
1. Poziom zagrożenia problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi w województwie dolnośląskim.	22
1.1 Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną.	22
1.2 Problem środków zastępczych tzw. „dopalaczy”.	25
2. Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie dolnośląskim.	31
3. Przestępczość narkotykowa.	35
4. Choroby zakaźne związane z narkotykami.	37
VI. Uzależnienia behawioralne.	40
VII. Planowany program działań - obszary problemowe, zadania.....	47
1. Profilaktyka i edukacja	47
2. Działalność szkoleniowa	49
3. Działania medyczne, redukcja szkód i reintegracja społeczna.	49
4. Badania i monitoring.	51
Spis tabel i wykresów:	52

I. Wprowadzenie

Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2024 stanowi realizację upoważnienia zawartego art. 21 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469), art. 4 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.) oraz art. 9 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050), zgodnie z którymi samorząd województwa realizuje zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii w postaci wojewódzkiego programu.

Celem głównym Programu jest integracja na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. Cele szczegółowe i zadania Programu są spójne z Narodowym Programem Zdrowia. Wpisują się także w założenia strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej oraz Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej. Umożliwiają wdrożenie szerokiego spektrum oddziaływań profilaktycznych, prewencyjnych, leczniczych oraz reintegracyjnych i podejmowania działań wspólnie z różnymi podmiotami. Z uwagi na to, że uzależnienia i zjawiska z nimi związane są istotnym problemem społecznym, przeciwdziałanie im wymaga współpracy wielu podmiotów. W związku z tym Program realizowany będzie także przy współpracy m.in. z jednostkami samorządu terytorialnego, Agendami Ministerstwa Zdrowia, placówkami oświaty i służby zdrowia, organizacjami pozarządowymi, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, instytucjami badawczymi, organami wymiaru sprawiedliwości, WOTUW, IPIN, Policją.

Bazując na doświadczeniach w realizacji poprzednich Programów, a także biorąc pod uwagę wyniki najnowszych badań wyodrębniono najważniejsze wnioski i rekomendacje, a tym samym katalog zadań priorytetowych do realizacji w perspektywie czasowej na jaki uchwała się niniejszy Program. Diagnozę oparto m.in. o wyniki zlecanego co 4 lata Europejskiego programu badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków European School Survey on Alcohol and Drugs (Espad) 2019, także badań A. Turek Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanych z Badanymi Zjawiskami, Czarny Bór 2019, dane GUS – BDL 2016-2018, Raporty GIS 2017-2018, dane Komendy Głównej Policji, Ministerstwa Sprawiedliwości, IPIN, także PARPA i KBPN.

Niewątpliwie skutki pandemii COVID 19 dla działań profilaktycznych i systemu pomocy osobom uzależnionym i ich rodzinom będą wyzwaniem dla administracji samorządowej. Realizacja bieżących działań na skutek panującej epidemii została spowolniona. W ostatnim roku przeprowadzono wiele badań dotyczących wybranych zagadnień z obszaru zdrowia psychicznego w kontekście COVID 19, w tym dostępności pomocy osobom uzależnionym, wpływu izolacji na osoby doświadczające przemocy domowej czy wpływu na rynki narkotykowe. Sytuacja jest nadal bardzo dynamiczna i nieznaną są na ten moment długofalowe skutki w zakresie gospodarki, systemu edukacji, rynku pracy i w konsekwencji podejmowania przez ludzi zachowań ryzykownych. Niemniej jednak pandemia i jej wpływ na profilaktykę i system wsparcia osób uzależnionych będą elementem działań w ramach celów operacyjnych i zadań niniejszego Programu.

Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022–2024 został opracowany przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Czarnym Borze przy wsparciu merytorycznym krajowych ekspertów zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień w tym m.in. Januszem Sierosławskim (Instytut Psychiatrii i Neurologii), Arturem Malczewskim (Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii CIN), Jagodą Fudałą i Krzysztofem Pacholikiem (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów

Alkoholowych, obecnie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom) Sławomirem Pietrzakiem (Fundacja Pozytywnej Profilaktyki), Jackiem Kasprzakiem (Zespół Kierowników WOTUW) oraz pracowników Działu Zdrowia Publicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

II. Podstawy prawne programu

Ustawy i rozporządzenia:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 547).
2. Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469)
3. Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249).
7. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 176 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.)
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.).
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642)
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2021 r. poz. 1862).

Programy krajowe przyjęte uchwałą Rady Ministrów:

1. Uchwała Nr 183 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2021 roku w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022 (M.P. z 2021 r. poz. 1204).

Założenia wojewódzkie:

1. Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do roku 2030 przyjęta Uchwałą nr L/1790/18 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego.
2. Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021 - 2030 przyjęta Uchwałą nr XXXVII/734/21 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 września 2021 r.
3. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2021 – 2030 przyjęty Uchwałą Nr 4581/VI/21 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 22 listopada 2021 r.

III. Zasady realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022–2024”

1. Zadania „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2024” dotyczą bezpośrednio profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w tym: zadań z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi i jego skutków na życie rodzinne, przeciwdziałania narkomanii oraz zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS.
2. Środki finansowe przeznaczone na realizację „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 - 2024” - na podstawie art. 9³ ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi pochodzą przede wszystkim z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu przedsiębiorcom posiadającym siedziby na terenie województwa dolnośląskiego i są dochodem własnym Samorządu Województwa. Pochodzić mogą również z innych środków własnych Samorządu Województwa Dolnośląskiego, z budżetu państwa oraz funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
3. Finansowanie zadań „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 -2024” przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego zależne jest od wysokości środków finansowych w każdym roku budżetowym.
4. Dotacje na realizację zadań objętych programem przyznaje Zarząd Województwa Dolnośląskiego, z wyłączeniem dotacji dla innych jednostek samorządu terytorialnego. Realizacja zadań może przybierać różne formy, w tym wykonywanie zadań publicznych Samorządu Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień przez organizacje prowadzące działalność pożytku publicznego.
5. Za realizację „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 - 2024” odpowiada Zarząd Województwa Dolnośląskiego realizujący niniejszy program przez Departament Zdrowia, Wydział Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego oraz Eksperta ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego.
6. „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 - 2024” jest dokumentem otwartym i może być na podstawie uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego wzbogacany o nowe treści.
7. „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022 - 2024” obowiązuje do czasu uchwalenia kolejnego programu na następne lata.

IV. Diagnoza problemów alkoholowych na Dolnym Śląsku

Populacja województwa wynosi 2.900 000¹. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych według opracowanych w 2014 roku wskaźników (dane szacunkowe dla Dolnego Śląska).

Tabela 1. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku

Uzależnieni od alkoholu	2% populacji	ok. 58 000
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	4% populacji	ok. 116 000
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym	4% populacji	ok. 116 000
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	ok. 174 000
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok. 154500

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, www.parpa.pl (12.08.2020)

1. Poziom zagrożenia problemami alkoholowymi w województwie dolnośląskim.

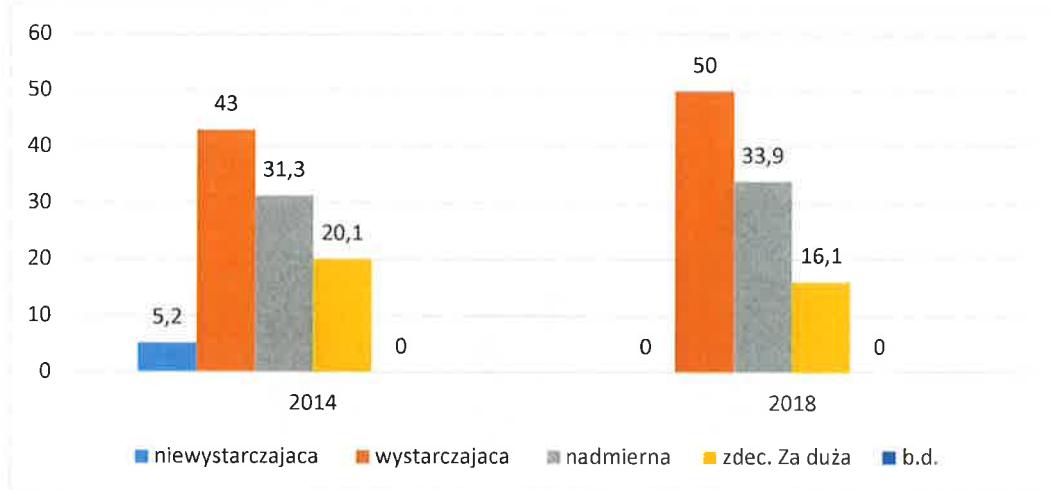
W roku 2018 przeprowadzono badania „Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami”. W doborze badanej grupy współuczestniczyli pełnomocnicy Wójtów /Burmistrzów Prezydentów – gmin i miast. To oni każdorazowo wytypowali swoje grupy „sędziów kompetentnych” z osób bezpośrednio współpracujących z nimi oraz z Gminnymi/Miejskimi Komisjami Rozwiązywania Problemów Alkoholowych/Uzależnień (GKRPU). Metodologia badania sędziów kompetentnych zakłada Ocena problemu dokonywana niezależnych ekspertów z danej dziedziny wiedzy, którzy oceniają materiał bez porozumiewania się ze sobą.

Przeanalizowano 88 ankiet, do badania zakwalifikowano 62.

Badani w 50% (2014 - 51,4%) wskazali na nadmierną podaż alkoholu na terenie regionu potwierdzając zrównoważenie podaży i popytu. Rozkład wyników w kolejnych badaniach przedstawia poniższy wykres.

¹ GUS, NUS we Wrocławiu, Stan na 30.06.2019

Wykres 1. Podaż alkoholu w regionie



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związany z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019

Badani określili tendencje dotyczące przyrostu ilości osób nietrzeźwych w okolicach ich działania - łącznie za przyrostem opowiedziało się 32,2% (2015 - 42%).

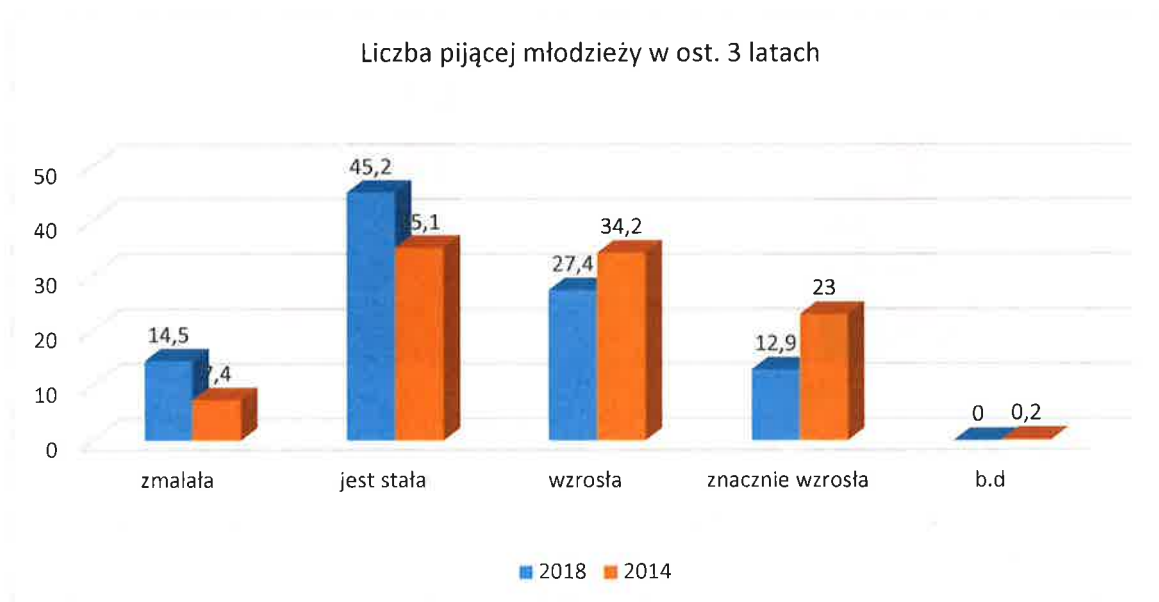
Wykres 2. Liczba osób nietrzeźwych



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związany z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019

Rozkład ocen ilości nietrzeźwych w obu badaniach wskazuje na stabilizację zjawiska z zaznaczoną tendencją spadkową. Respondenci w podobny sposób wypowiedzieli się na temat używającej alkoholu młodzieży – przyrost widziało 40,3% (2015 - 57,2%) badanych. Wśród pijących dominuje grupa młodzieży starszej.

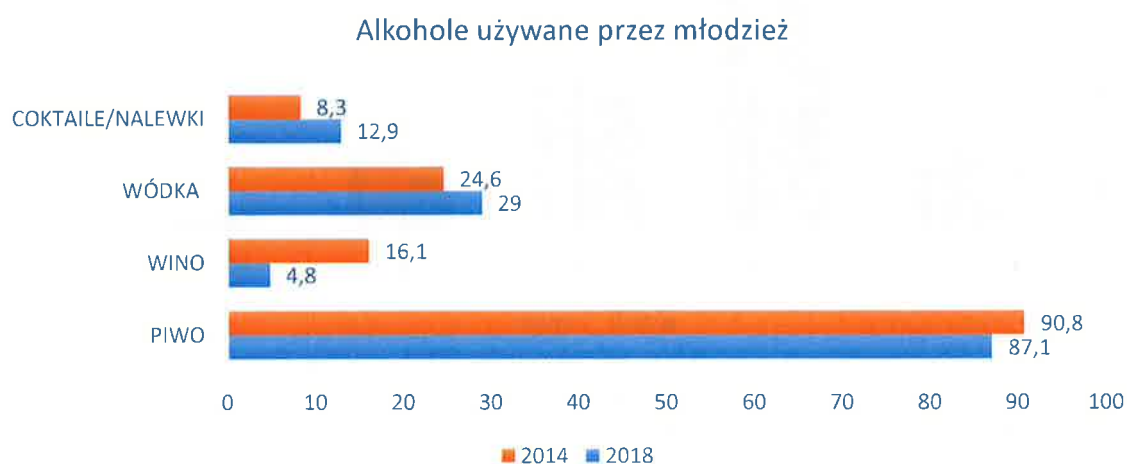
Wykres 3. Liczba pijącej młodzieży



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019

Rozkład tego wskaźnika w kolejnych badaniach wykazuje wyraźną tendencję spadkową. Według respondentów młodzież używa wszystkich alkoholi.

Wykres 4. Alkohole używane przez młodzież



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019.

Przedstawiony tu rozkład pokazuje obraz wzorca spożycia alkoholu przez młodzież. Badani wskazali w kolejnych badaniach wzrost współwystępowania piwa i wódki przy znacznym spadku udziału wina.

Respondenci w 91% (2015 - 61,8%) potwierdzili występowanie w rejonach ich działania rodzin z problemem alkoholowym. Poszczególni respondenci znali od 2 do 20 takich rodzin. Największa grupa badanych знаła około 10 rodzin problemowych.

Wykres 5. Występowanie rodzin z problemem alkoholowym w rejonach działania w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2019.

W badaniu z 2018 r. respondenci wykazali się pełnym i rosnącym zakresem (spadek osób nieposiadających wiedzy z 29% do zera) wiedzy dotyczącej problemów rodziny oraz doskonałym rozpoznaniem środowiska.

Poziomy wskaźników określanych przez badanych w ww. problemach nie odbiegają od wyników badań młodzieży dotyczących używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną - Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Analizując dane z zakresu działania Ośrodków Pomocy Społecznej w latach 2016 - 2018, należy zwrócić uwagę na grupę rodzin korzystających z pomocy materialnej z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.

W roku 2016 z pomocy materialnej z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu korzystało w kraju 80172 rodziny, z czego 5762 na Dolnym Śląsku co stanowi 7,2% świadczeń w kraju. W roku 2018 świadczenia z tego samego powodu uzyskało w kraju 70538 rodzin w kraju, w tym 5014 na Dolnym Śląsku to jest 7,1%. Widać tu proporcjonalny spadek wskaźnika w kraju i na Dolnym Śląsku. Spadek ten wyniósł 12,1%.

Tabela 2. Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej Gminnego/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w latach 2016 - 2018, objętych tą pomocą z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.

	Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej Gminnego/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej objętych tą pomocą z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu		
	2016	2017	2018
DOLNOŚLĄSKIE	5762	5400	5014
POLSKA	80 172	76 885	70 538

Główny Urząd Statystyczny – Bank Danych Lokalnych <https://stat.gov.pl/> (17.08.2020)

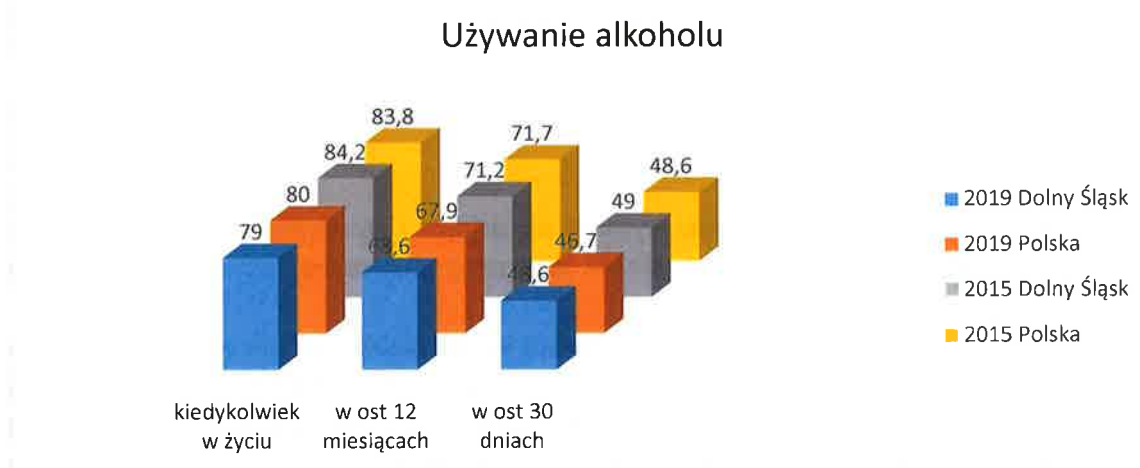
1.1 Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną.

W maju i czerwcu 2015 i 2019 r. w ramach międzynarodowego projektu: „Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach” ESPAD zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17 lat) Województwa Dolnośląskiego. Badanie obejmowało ostatni rocznik uczniów gimnazjum.²

Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży. Poniżej zestawiono najważniejsze wyniki tych badań.

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 84,2% gimnazjalistów z klas trzecich – młodsza kohorta i 96,9% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych - starsza kohorta (wykresy 6 i 7).

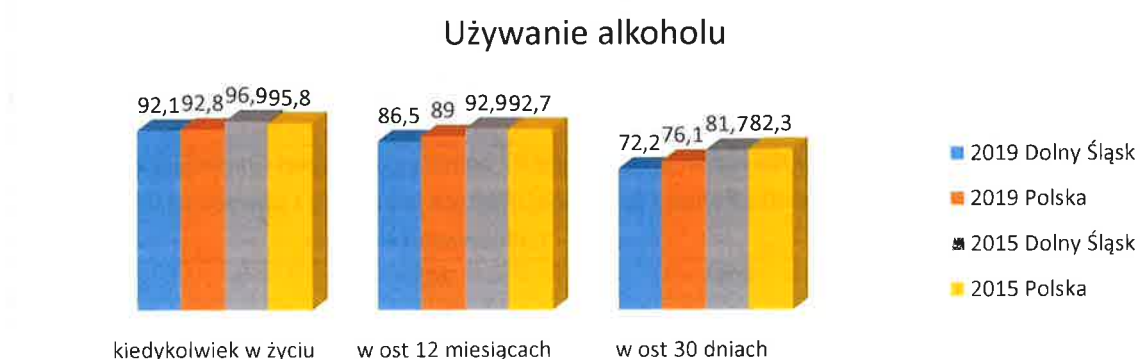
Wykres 6. Picie napojów alkoholowych w III klasach gimnazjum



K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiegokolwiek napoje alkoholowe 68,6% (2015-71,2%) młodszych uczniów i 86,5% (2015-92,9%) uczniów starszych.

Wykres 7. Picie napojów alkoholowych w II klasach szkół ponadgimnazjalnych.



K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

² W roku szkolnym 2018/2019 ostatni rocznik uczniów klas III ukończył gimnazjum, kończąc tym samym proces likwidacji gimnazjów.

Picie napojów alkoholowych choć malejące jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 48,6% (2015 49,0%) piętnastolatków i 72,2% (2015 81,7%) siedemnastolatków.

Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży nadal jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz silnie upiło się 11,8% uczniów z młodszej kohorty i 18,7% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 60,8% uczniów młodszych i 31,8% uczniów starszych.

Zestawienie wyników uzyskanych w Województwie Dolnośląskim w 2019r. z wynikami z poprzednich badań wskazuje na spadek wskaźników picia kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz ostatnich 30 dni przed badaniem (tabela 3). Prawidłowość ta dotyczy obu kohort, jednak jest bardziej widoczna w przypadku młodszej kohorty. W przypadku uczniów starszych spadek jest nieznaczny.

Tabela 3. Picie napojów alkoholowych w Województwie Dolnośląskim w latach 2007, 2011, 2015 i 2019.

poziom klasy		2007	2011	2015	2019
Trzecie klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	83,5	90,4	84,2	79,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	70,6	83,5	71,2	68,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	41,3	64,2	49,0	48,4
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	92,2	97,8	96,9	92,1
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	86,6	94,8	92,9	86,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	71,6	84,3	81,7	72,2

K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2007, 2011, 2015, 2019*

Uczniowie z kohorty młodszej w województwie dolnośląskim w ostatnim badaniu rzadziej niż uczniowie w kraju (tabela 4) deklarowali picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu. Natomiast w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem większy odsetek badanych uczniów z tej kohorty w województwie dolnośląskim pił napoje alkoholowe, niż miało to miejsce w skali kraju. W starszej kohorcie odsetki badanych, którzy pili napoje alkoholowe w czasie 12 miesięcy przed badaniem są wyższe w stosunku do obserwowanych w Polsce.

Tabela 4. Picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Poziom Klasy		Dolnośląskie		Polska	
		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum (VIII klasy szkół podstawowych)	Kiedykolwiek w życiu	84,2	79,0	83,2	80,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	71,2	68,6	72,4	67,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	49,0	48,6	54,2	46,7
II klasy szkół średnich	Kiedykolwiek w życiu	96,9	92,1	95,5	92,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	92,9	86,5	91,3	89,0

	W czasie 30 dni przed badaniem	81,7	72,2	81,7	76,1
--	--------------------------------	-------------	-------------	------	------

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Poziom rozpowszechnienia picia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem przez młodzież II klas szkół średnich w województwie dolnośląskim jest niższy niż obserwowany w Polsce. Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyła (tabela 5) chociaż raz w życiu ponad jedna trzecia młodszych uczniów -36,9%(2015 - 39,2%) i ponad połowa uczniów ze starszej grupy - 56,6% (2015 - 68,2%). W czasie ostatnich 30 dni w stanie silnego upicia się było 14,6% (2015-11,8%) uczniów młodszej kohorty i 21,0% (2015 - 18,7%) uczniów drugich klas szkół średnich.

Tabela 5. Przekraczanie progu nietrzeźwości.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	39,2	36,5	36,9	33,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	28,2	29,7	27,6	26,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	11,8	14,6	12,5	11,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	68,2	57,3	64,4	56,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	47,3	44,1	46,9	44,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	18,7	21,0	19,7	18,8

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Porównanie odsetków potwierdzeń silnego upicia się w województwie dolnośląskim i w całym kraju pokazuje, że młodzież z województwa dolnośląskiego nieco częściej potwierdziła silne upicie się kiedykolwiek w życiu. W przypadku ostatnich 30 dni przed badaniem odnotowano w starszej kohorcie wyższy odsetek potwierdzeń niż w kraju.

Tabela 6. Przekraczanie progu nietrzeźwości w woj. dolnośląskim w latach 2007, 2011, 2015 i 2019.

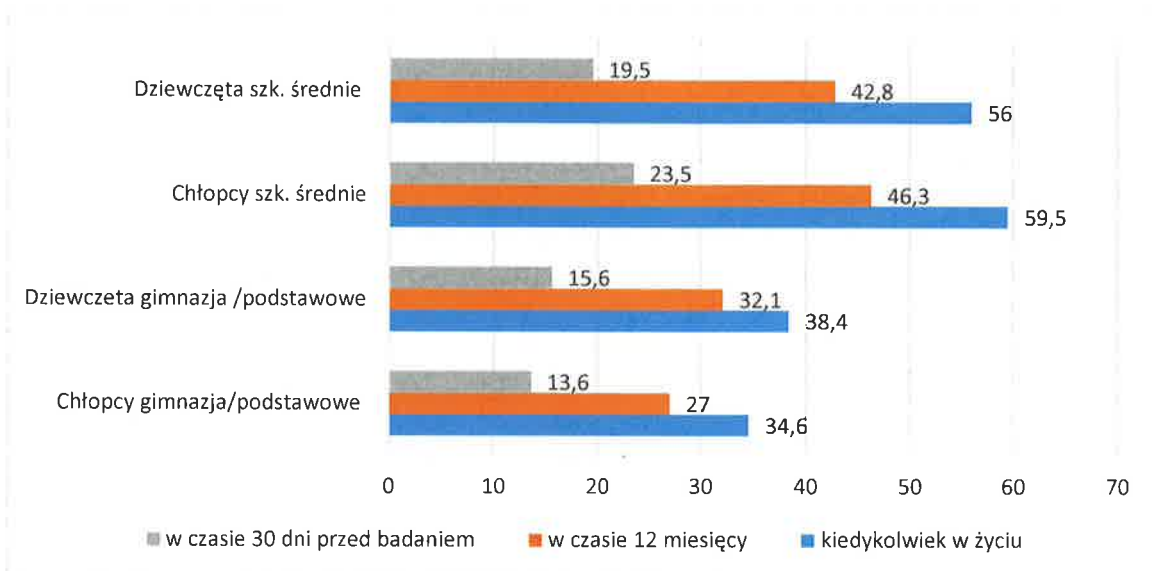
poziom klasy		2007	2011	2015	2019
Trzecie klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	41,8	51,1	39,2	36,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	30,8	37,6	28,2	26,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	12,3	17,6	11,8	11,3
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	69,8	71,9	68,2	56,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	49,2	52,1	47,3	44,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	26,8	24,0	18,7	18,8

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2007, 2011, 2015 i 2019.*

W młodszej kohorcie, podobnie jak w przypadku picia alkoholu w ogóle, w kolejnych latach obserwujemy znaczny spadek odsetka badanych deklarujących silne upicie się kiedykolwiek w życiu (tabela 6), w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, w porównaniu do roku 2011. W grupie starszej młodzieży w analizowanym okresie również zaobserwowano spadek w wartościach wskaźników, ale miał on mniejszy zakres.

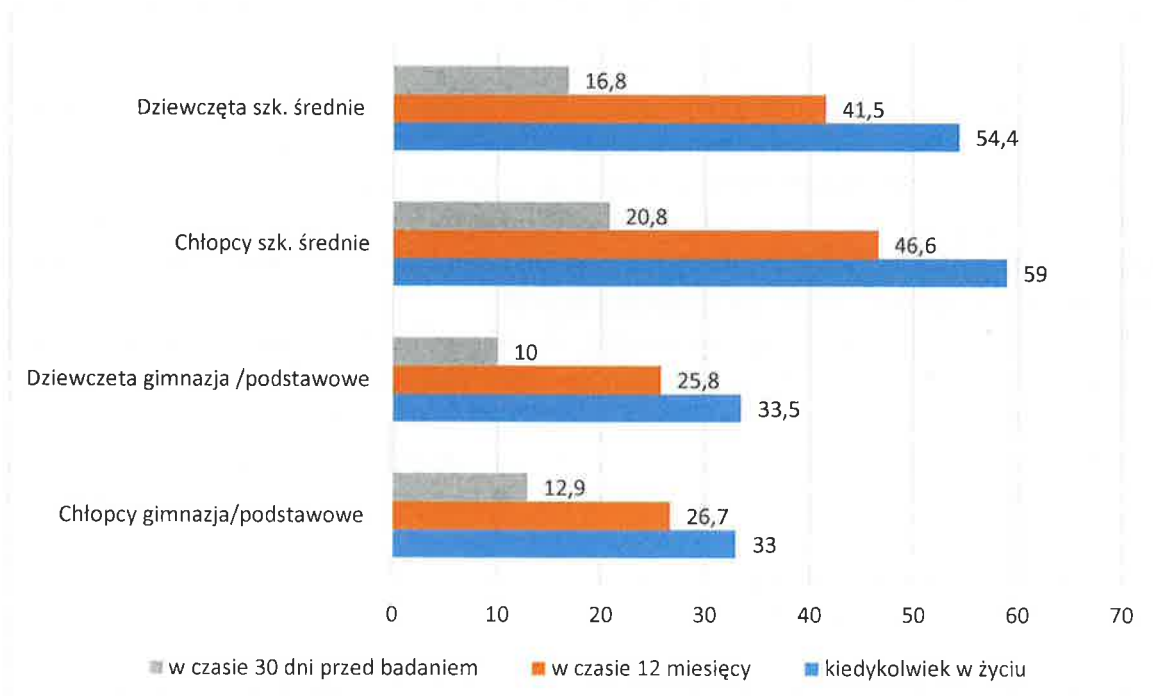
Wskaźniki silnego upijania się są zróżnicowane ze względu na płeć, ale tylko w starszej kohorcie. Przybierają one wyższe wartości u chłopców niż u dziewcząt (wykresy 8 i 9). Szczególnie wyraźne różnice obserwujemy w odsetkach starszych dziewcząt i chłopców deklarujących silne upicie się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odpowiednio 13,9% i 22,9%).

Wykres 8. Przekraczanie progu nietrzeźwości w III klasach gimnazjum z podziałem na płeć na Dolnym Śląsku



K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Wykres 9. Przekraczanie progu nietrzeźwości w II klasach szkół ponadgimnazjalnych z podziałem na płeć w Polsce



K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Widać na wykresach podwyższone wskaźniki przekraczania progu nietrzeźwości u dziewcząt z młodszej kohorty na Dolnym Śląsku w stosunku do wskaźników krajowych tej grupy.

Picie alkoholu przez kobiety w ciąży.

Picie alkoholu przez kobiety w ciąży w związku z jego wpływem na rozwój płodu i dalsze zdrowie dziecka rzutuje bezpośrednio na funkcjonowanie przyszłych pokoleń. Do dziś nie określono dawki alkoholu, która byłaby bezpieczna dla płodu. Każda ilość niesie ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka. Efektem działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym może być śmierć płodu lub nieuleczalne zaburzenia fizyczne i psychiczne ogólnie określane jako Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych FASD (FetalAlcohol Spectrum Disorder). Zachowując abstynencję w czasie trwania ciąży można im zapobiec. Pod tym nie diagnostycznym terminem mieści się:

- o Płodowy Zespół Alkoholowy - *FetalAlcoholSyndrome (FAS)*,
- o Niepełny FAS (partial FAS),
- o Neurorozwojowe Zaburzenia Zależne od Alkohol (ARDN).

W 2017 r. zespół GIS pod kierunkiem Jakuba Wróblewskiego zrealizował badania „Zachowanie zdrowotne kobiet w ciąży”. Wśród respondentek w kraju odsetek używających alkohol wyniósł 4,84. Na Dolnym Śląsku odsetek ten wynosił 4,19.

Tabela 7. Częstość spożywania jakiegoś napoju alkoholowego w trakcie ciąży (%)

	nigdy	raz w miesiącu lub rzadziej	dwa do czterech razy w miesiącu	do trzech razy w tygodniu	cztery lub więcej razy w tygodniu
Polska	95,16%	4,03%	0,46%	0,14%	0,20%
Dolny Śląsk	95,81%	3,72%	0,47%	0,00%	0,00%

J. Wróblewski, *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*, GIS 2017

Szacuje się, że w Polsce rozpowszechnienie FAS w populacji jest nie mniejsze niż 4 osoby na 1000 urodzonych, natomiast pozostałe zaburzenia z grupy FASD występują nie rzadziej niż u 20 osób na 1000³. Posługując się tymi wskaźnikami, powstałymi w latach 2014 – 2015 i nadal aktualnymi można przyjąć, że w 2018 roku w Polsce urodziło się nie mniej niż 1552 dzieci z FAS i nie mniej niż 7700 dzieci z innego rodzaju uszkodzeniami spowodowanymi działaniem alkoholu na rozwijający się płód. Te same szacunki dają dla województwa dolnośląskiego w 2018 roku 112 dzieci z FAS i 556 z dzieci z innego rodzaju uszkodzeniami spowodowanymi działaniem alkoholu na rozwijający się płód.

W tym kontekście niezbędne wydaje się podjęcie stosownych działań mających na celu poprawę funkcjonowania dzieci i ich opiekunów oraz osób dorosłych żyjących z FAS/FASD. Wśród możliwych i planowanych do podjęcia działań w tym zakresie w ramach niniejszego Programu wymienić należy

- prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych upowszechniających w społeczeństwie wiedzę na temat szkodliwego wpływu alkoholu na płód oraz promujących konieczność zachowania abstynencji w czasie ciąży,
- organizację szkoleń dla rodzin adopcyjnych i rodziców zastępczych na temat pracy z dziećmi z FASD,
- wspieranie utworzonego Dolnośląskiego Centrum Diagnostyki i Terapii FAS
- wspieranie rozwoju systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego profesjonalistów (np. pracowników ochrony zdrowia, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych) do bycia edukatorem FASD, a także do pomocy rodzinom, w których dziecko ma FAS/FASD,

³PARPA, *Projekt ALICJA*, Warszawa 2014

- wsparcie programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży w placówkach wsparcia dziennego (kluby, świetlice socjoterapeutyczne).

2. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w województwie dolnośląskim.

Na terenie każdego województwa, zarząd województwa organizuje Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, który, niezależnie od realizacji zadań leczniczych ma nałożone przez Ministra Zdrowia zadania: monitorowania funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w zakresie dostępności świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu na terenie województwa oraz inicjowanie działań poprawiających jakość tych świadczeń.

System leczenia osób uzależnionych od alkoholu był zorganizowany zasadniczo odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, choć w ramach obu tych systemów możliwe jest leczenie osób uzależnionych od kilku substancji (uzależnienia mieszane) oraz leczenie osób uzależnionych od różnych substancji (w poradniach i oddziałach leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych). W latach 2017 – 2019 nastąpiła w wyniku działań UMWD i WOTUiW modyfikacja systemu leczenia ukierunkowana na częściowe ujednoczenie funkcjonujących wcześniej jednostek. W jego wyniku większość placówek prowadzi obecnie proces terapii wszystkich uzależnień i współuzależnienia.

Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim

Tabela 8. Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu poszczególnych typów

Rok	Poradnie PTUA	Dzienne oddziały leczenia uzależnień i uzależnienia od alkoholu DOTUA/DOTU	Całodobowe oddziały leczenia uzależnień i uzależnienia od alkoholu COTUA/COTU	Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych OLAZA	Hostele	Inne (w tym Całodobowe oddziały podwójnej diagnozy COPD)
2013	23	4	10	3	-	3
2014	40	4	10	2	1	3
2015	42	5	10	3	3	1
2019	45	5	10	4	3	1

PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUiW”, Czarny Bór 2019

Powyższe zestawienie (tabela 8) przedstawia liczbę placówek leczenia uzależnienia od alkoholu oraz leczenia uzależnień w województwie dolnośląskim. W porównaniu do roku 2013 zwiększyła się liczba poradni terapii uzależnienia od alkoholu, z 23 do 45 w roku 2019. Na terenie województwa funkcjonuje tylko jeden oddział podwójnej diagnozy i 4 oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Ofertę terapeutyczną leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży posiada 9 placówek, w tym: 6 poradni, 1 dzienny oddział, 1 całodobowy oddział oraz 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Osoby uzależnione i ich rodziny mają dostęp do kilkudziesięciu Klubów i Stowarzyszeń Abstynenckich/Trzeźwościowych, które znajdują się w większości powiatów w województwie.

Pacjenci placówek leczenia uzależnień i uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim.

Tabela 9. Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych.

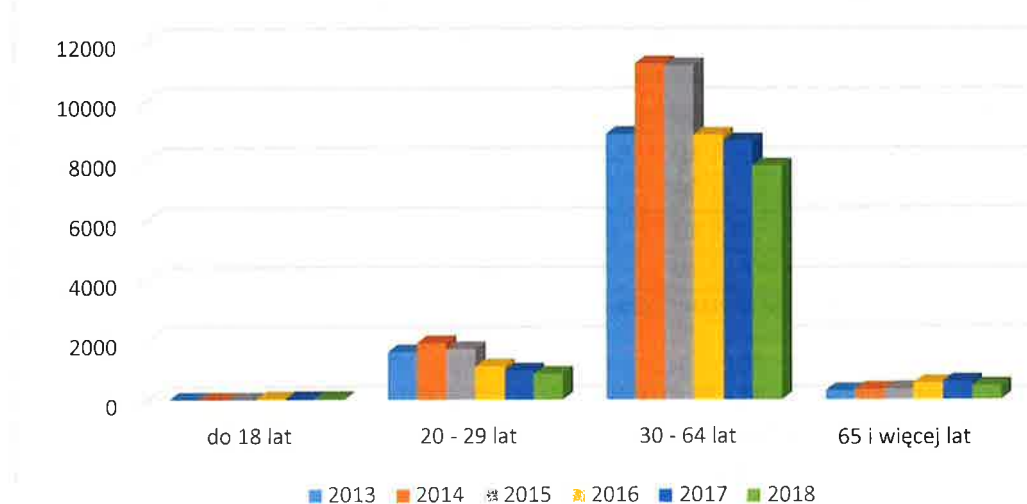
Rok	Uzależnieni zarejestrowani ogółem			Uzależnieni, którzy zgłosili się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2013	12356	2713	22%	5294	1311	25%
2014	14769	3337	23%	6285	1414	22%
2015	14731	3562	24%	5737	1174	20%
2016	11458	2564	22%	4418	1026	23%
2017	11323	2693	24%	4078	941	23%
2018	11424	2535	22%	3839	785	20%

PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUW”, Czarny Bór 2019

Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych, leczonych w 2015r., w porównaniu z rokiem 2013 wzrosła o 16% (tabela 9). Widoczny był też liczbowy przyrost kobiet i mężczyzn uzależnionych w poszczególnych latach. Od roku 2016 następuje spadek ilości leczonych osób uzależnionych i taki poziom utrzymuje się do roku 2018. Tak spadek ilości jak i poziom ilości leczonych jest obecnie zależne od „limitów” usług arbitralnie ustalanych przez Oddział Dolnośląski NFZ.

Odsetek kobiet uzależnionych, zarejestrowanych w placówkach dolnośląskich, podobnie jak w całej Polsce, oscyluje w przedziale 20-25%. W grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu dominują osoby w wieku od 30 do 64 lat. Dane obejmujące lata 2013-2018 wskazują na znaczący wzrost (21%) w tej grupie do roku 2015 a następnie stopniowy spadek.

Wykres 10. Grupy wiekowe osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu



PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUW”, Czarny Bór 2019

Pacjenci współuzależnieni.

Tabela 10. Liczba zarejestrowanych osób współuzależnionych

Rok	Osoby współuzależnione ogółem			Osoby współuzależnione, które zgłosiły się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2013	1608	1399	87%	636	581	91%
2014	2259	1955	86%	891	815	91%
2015	2201	2022	92%	895	813	91%
2016	1826	1632	89%	795	702	88%
2017	2237	1971	88%	932	812	87%
2018	2073	1758	84%	840	746	88%

PARPA, Ankieta „Działania poza lecznicze WOTUW”, Czarny Bór 2019

Liczba członków rodzin osób uzależnionych (tabela 10), zarejestrowanych pod mianem „współuzależnieni” wzrosła w roku 2014 o 29 %, poziom ten utrzymuje się do ostatnich badań. Nadal występuje zdecydowana przewaga kobiet szukających pomocy z powodu picia swoich bliskich.

Dostępność oferty terapeutycznej dotyczy też osób uzależnionych ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Funkcjonowanie placówek w tym zakresie jest corocznie monitorowane przez PARPA i WOTUW na podstawie ankiety PARPA „Leczenie uzależnienia od alkoholu 2019”.⁴ Z otrzymanych ankiet wynika, że część placówek nie prowadzi terapii takich osób. Terapii placówki nie prowadzą dla:

1. osób głuchych - 34 placówki (75%)
2. osób niewidomych – 26 placówek (57%)
3. osób z organicznymi zaburzeniami psychicznymi w stopniu umiarkowanym – 24 placówki (53%)
4. osób upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym – 22 placówki (48%)
5. osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – 15 placówek (33%)
6. osób z podwójną diagnozą – 9 placówek (20%)
7. osób niedostyszących – 7 placówek (15%)
8. osób niepiszących - 7 placówek (15%)
9. osób nieczytających – 7 placówek (15%)
10. osób z organicznymi zaburzeniami psychicznymi w stopniu lekkim 6 placówek (13%)
11. osób przewlekłe chorych somatycznie poruszających się samodzielnie – 6 placówek (13%)
12. osób będących nosicielami chorób zakaźnych (HIV, HCV, inne) – 6 placówek. (13%)

Rzecznictwo na rzecz zmian i obserwacja dynamiki zmian w tym zakresie wydają się konieczne zwłaszcza w odniesieniu do osób głuchych.

3. Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego.

Alkohol jest istotną przyczyną zachowań agresywnych. Często pod jego wpływem dochodzi do łamania prawa. Nadal powszechne jest zjawisko prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu.

W 2019 roku użytkownicy dróg (kierujący, piesi, pasażerowie) będący pod działaniem alkoholu uczestniczyli w Polsce w 2 717 wypadkach drogowych a na Dolnym Śląsku w 175 (6,4 % ogółu wypadków).

⁴ PARPA, Ankieta „Leczenie uzależnienia od alkoholu”, opracowanie WOTUW 2019

Śmierć w nich poniosło 326 osób – na Dolnym Śląsku 18 (5,5% ogółu zabitych), a 3 081 osób – na Dolnym Śląsku 205 odniosło obrażenia (6,7% ogółu rannych). W porównaniu z rokiem ubiegłym jest to mniej wypadków o 62.

Tabela 11. Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem uczestników ruchu będących pod działaniem alkoholu w układzie województw w 2019r

Województwa	Wypadki		Zabici		Ranni	
	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%
Dolnośląskie	175	6,4	18	5,5	205	6,7
Kujawsko – pomorskie	83	3,1	20	6,1	80	2,6
Lubelskie	155	5,7	24	7,4	164	5,3
Lubuskie	73	2,7	3	0,9	86	2,8
Łódzkie	310	11,4	27	8,3	390	12,7
Małopolskie	271	10,0	10	3,1	298	9,7
Mazowieckie (bez KSP)	275	10,1	51	15,6	305	9,9
Opolskie	64	2,4	9	2,8	80	2,6
Podkarpackie	107	3,9	15	4,6	122	4,0
Podlaskie	70	2,6	15	4,6	67	2,2
Pomorskie	166	6,1	24	7,4	186	6,0
Śląskie	286	10,5	22	6,7	331	10,7
Świętokrzyskie	131	4,8	10	3,1	144	4,7
Warmińsko-mazurskie	134	4,9	30	9,2	163	5,3
Wielkopolskie	219	8,1	29	8,9	239	7,8
Zachodniopomorskie	134	4,9	14	4,3	147	4,8
KSP	64	2,4	5	1,5	74	2,4
POLSKA	2 717	100,0	326	100,0	3 081	100,0

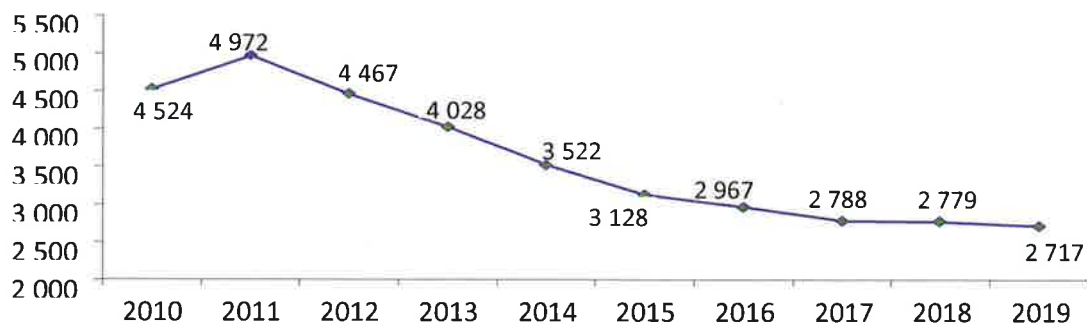
Komenda Główna Policji *Wypadki drogowe w Polsce, 2019*⁵

Nietrzeźwi nadal najczęściej uczestniczyli w zdarzeniach drogowych w ostatnich dniach tygodnia: soboty (21,4%) i niedziele (20,1%). Niewątpliwie wpływ na to ma fakt, że koniec tygodnia, dni wolne od pracy, sprzyjają spotkaniom towarzyskim i imprezom, podczas których spożywany jest alkohol. Generalnie bowiem, w te dni zwiększa się liczba uczestników ruchu drogowego pod wpływem alkoholu.

W 2019 roku, w porównaniu z rokiem 2018 nastąpił wzrost liczby ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (w stanie po użyciu oraz w stanie nietrzeźwości) o 6 370 osób.

⁵<https://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,Wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> (20.08.2020)

Wykres 11. Wypadki drogowe z udziałem użytkowników dróg będących pod działaniem alkoholu w latach 2010 - 2019



Komenda Główna Policji *Wypadki drogowe w Polsce, 2019*

Tabela 12. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu wg naruszonego przepisu w 2018 i 2019 roku z podziałem na województwa

Województwo	Stan po użyciu		Stan nietrzeźwości		R a z e m	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Dolnośląskie	1 943	1 710	6 901	7 389	8 844	9 099
Kujawsko –pomorskie	1 184	1 244	3 906	4 749	5 090	5 993
Lubelskie	1 233	955	5 212	5 667	6 445	6 622
Lubuskie	595	494	2 126	2 415	2 721	2 909
Łódzkie	1 687	1 394	5 982	6 889	7 669	8 283
Małopolskie	2 669	2 516	6 350	6 639	9 019	9 155
Mazowieckie (bez KSP)	1 357	1 138	5 701	5 935	7 058	7 073
Opolskie	683	625	2 638	2 743	3 321	3 368
Podkarpackie	1 151	976	3 397	4 062	4 548	5 038
Podlaskie	678	726	2 319	2 559	2 997	3 285
Pomorskie	1 550	1 470	3 829	4 385	5 379	5 855
Śląskie	3 269	3 250	9 279	10 211	12 548	13 461
Świętokrzyskie	877	702	3 194	3 420	4 071	4 122
Warmińsko– mazurskie	855	756	3 244	3 151	4 099	3 907
Wielkopolskie	1 947	1 717	6 665	6 759	8 612	8 476
Zachodniopomorskie	1 337	1 426	4 554	5 104	5 891	6 530
KSP	1 325	1 959	4 964	5 836	6 289	7 795
OGÓŁEM	24 340	23 058	80 261	87 913	104 601	110 971

Komenda Główna Policji *Wypadki drogowe w Polsce, 2019*

Kierujący pojazdami będący pod działaniem innego środka byli sprawcami 91 wypadków, w których zginęło 23 osób, a 99 zostało rannych. Oprócz wypadków kierujący pojazdami będący pod działaniem innego środka byli sprawcami 217 kolizji⁶.

4. Zjawisko przemocy w województwie dolnośląskim

Z analizy danych statystycznych gromadzonych przez Policję wynika, iż większość osób, wobec których istniało podejrzenie, że stosowały przemoc w rodzinie, działała będąc pod wpływem alkoholu.

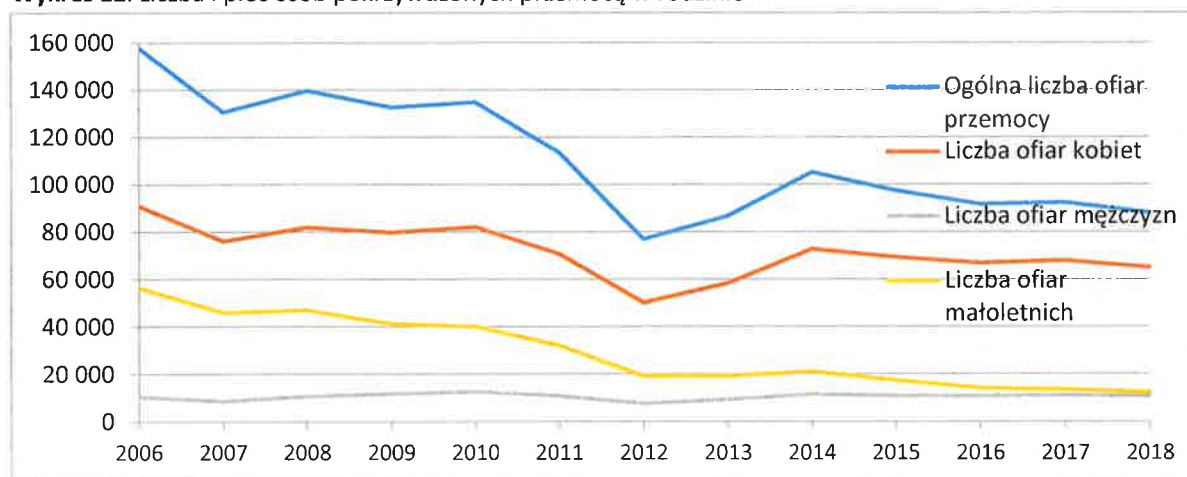
W 2018 roku takich osób w Polsce było 43 182 (w tym mężczyźni – 41 257, kobiety – 1 903, nieletni – 22). Osoby te stanowiły 58,63% ogólnej liczby osób, wobec których istniało podejrzenie, że stosowały przemoc wobec osób bliskich. We wszystkich kategoriach osób (kobiety, mężczyźni i nieletni) w stosunku do lat poprzednich liczba spadła, przy czym nadal najliczniejszą grupę osób stanowili mężczyźni.

Spośród osób, wobec których istniało podejrzenie, że stosowały przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu w 2018 r., 6 473 doprowadzono do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek. Z powyższego wynika, że grupa tych osób stanowiła 14,99% wszystkich osób, wobec których istniało podejrzenie, że stosowały przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu. W obszarze tym nastąpił spadek, bowiem w 2017 r., do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek doprowadzono 6 945 osób (dynamika 93,20%), wobec których istniało podejrzenie, że stosowały przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu.

Wśród osób doprowadzonych do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek w 2018 r. znajdowało się 6 104 mężczyzn (94,30% doprowadzonych), 367 kobiet (5,67%). Spośród osób, wobec których istniało podejrzenie, że stosowało przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu, 11 855 doprowadzonych zostało do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia. W grupie tej znajdowało się 96,6% mężczyzn.

Poniżej wykres przedstawiający liczbę i płeć osób doznających przemocy na przestrzeni lat 2006-2018.⁷

Wykres 12. Liczba i płeć osób pokrzywdzonych przemocą w rodzinie



Ministerstwo Sprawiedliwości *Sprawozdanie z realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie 2018.*

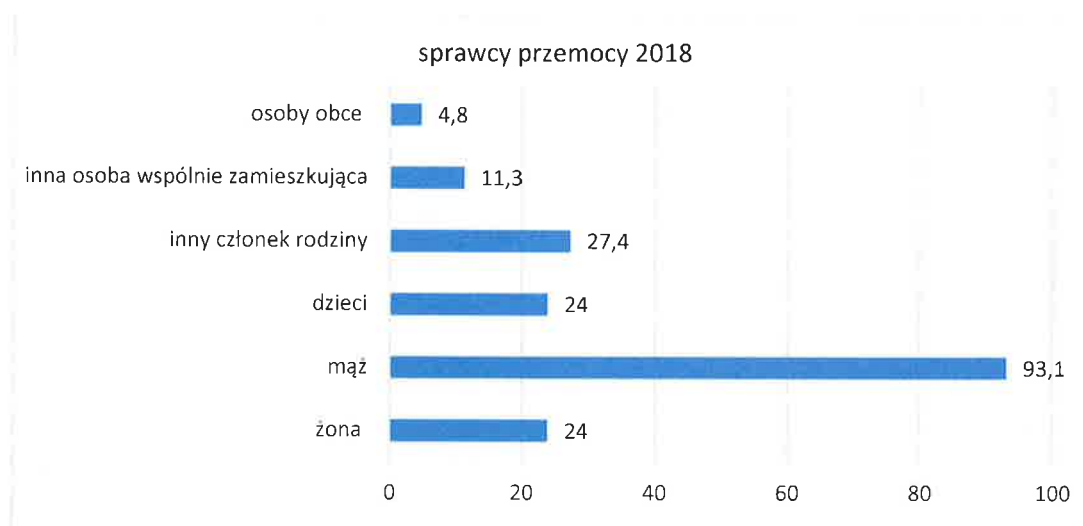
⁶Komenda Główna Policji *Wypadki drogowe w Polsce, 2019*

⁷<https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-krajowego-programu-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie> (14.10.2020)

Badanie „Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami” dostarcza nam wiedzy na temat obserwowanego przez tzw. sędziów kompetentnych zjawiska przemocy w województwie.

60% (2015 – 70%) respondentów wskazało na współwystępowanie problemu nadużywania alkoholu ze stosowaniem przemocy. Występowanie przemocy w rodzinie potwierdziło 93,5% badanych. Poszczególni badani znali od 1-80 takich rodzin, najczęściej 1-10 rodzin. Wśród sprawców najczęściej wskazywano odpowiedź „mąż”. Ponad 95% sprawców to osoby ze środowiska rodzinnego.

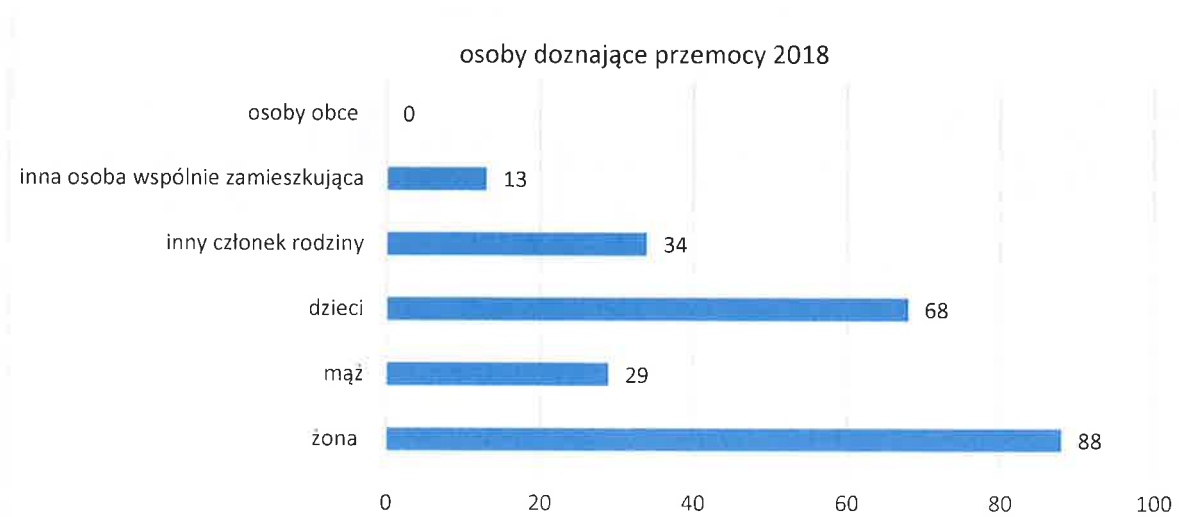
Wykres 13. Sprawcy przemocy w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami.- 2018



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2019

Ofiarami wg badanych najczęściej padają żona (88%) i dzieci (68%).

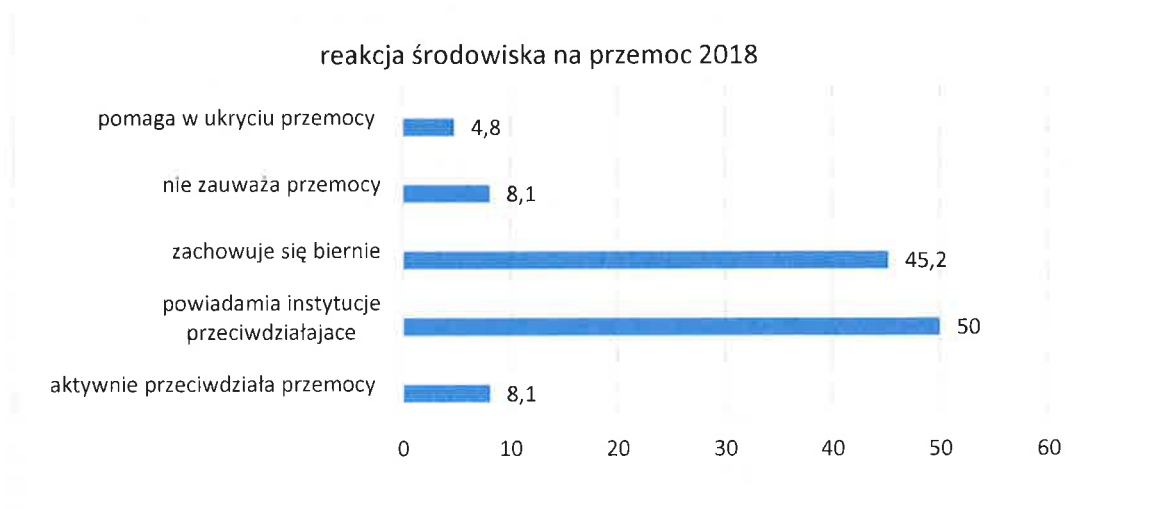
Wykres 14. Osoby doświadczające przemocy w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami. - 2018



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2019

Za najważniejszy czynnik blokujący przeciwdziałanie przemocy respondenci uznali bierność środowiska.

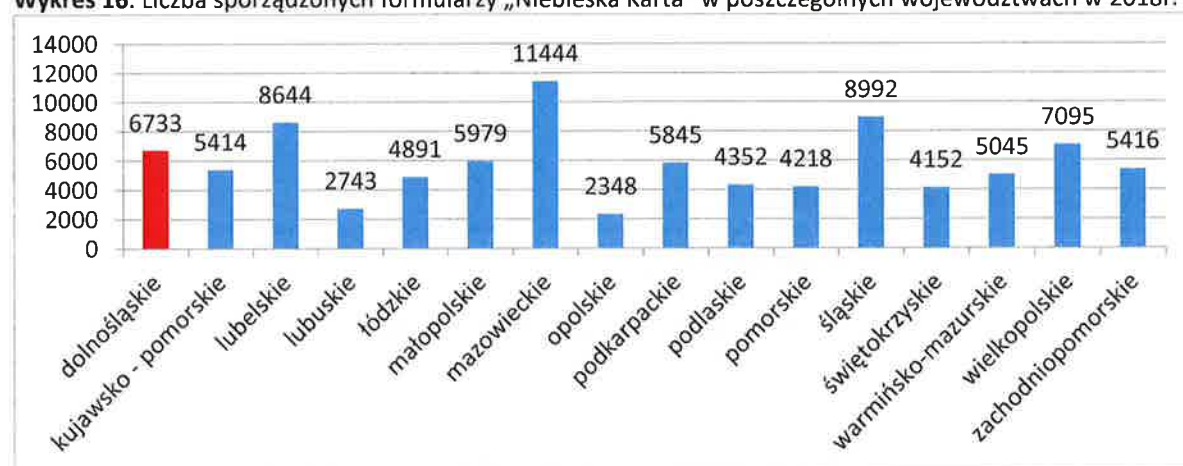
Wykres 15. Reakcja środowiska w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami. - 2018



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2019

Reakcje środowiska w ocenie respondentów są zróżnicowane, większość – w przybliżeniu 58,1% (2015 - 47,7%) środowiska w ocenie badanych aktywnie przeciwdziała przemoc i może być znaczącym wsparciem dla realizowanych programów i działań prewencyjnych. O problemie przemoc świadczy także liczba sporządzonych formularzy „Niebieska Karta”. Formularze są sporządzane przez przedstawicieli poszczególnych podmiotów wszczynających procedurę „Niebieskie Karty”. W 2018 r. zanotowano w Polsce wzrost liczby zakończonych procedur „Niebieskie Karty”, na skutek ustania przemoc w rodzinie i uzasadnionego przypuszczenia o zaprzestaniu dalszego stosowania przemoc w rodzinie oraz po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy. W 2017 r. odnotowano 49 455 takich przypadków, zaś w 2018r. 50 415. Najwięcej sporządzonych formularzy „Niebieska Karta – A” w 2018 r. odnotowano w województwach mazowieckim i śląskim zaś najmniej w lubuskimi i opolskim, co obrazuje poniższy wykres.

Wykres 16. Liczba sporządzonych formularzy „Niebieska Karta” w poszczególnych województwach w 2018r.



Ministerstwo Sprawiedliwości *Sprawozdanie z realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie 2018*

V. Diagnoza problemów narkotykowych na Dolnym Śląsku

1. Poziom zagrożenia problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi w województwie dolnośląskim.

1.1 Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną.

Sytuację w obszarze używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną obrazują wyniki badań Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD 2015 i ESPAD 2019.

Dane z tabeli 13 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych, na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz 24,6% (2015 30,5%), a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza 14,6% (2015 15,0%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz 41,9% (2015 53,6%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ułożyły się na drugim miejscu 21,1% (2015 15,0%). Wśród gimnazjalistów na trzecim miejscu pojawiło się też wysoko punktowane połączenie marihuany i alkoholu 11,9% a na czwartym znalazły się substancje wziewne 7,4% (2015 11,0%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu nadal znajduje się amfetamina 8% (2015 8,3%), a na czwartym substancje wziewne 8,7% (2015 7,2%). W grupie tej również jest wysoko punktowane używanie marihuany z alkoholem.

W przypadku większości substancji rozpowszechnienie eksperymentowania jest podobne w obu badanych kohortach⁸.

Tabela 13. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
w latach		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	30,5	24,6	25,0	21,4
	Substancje wziewne	11,0	7,4	11,2	8,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	14,6	17,0	15,1
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	7,5	6,4	7,4	6,6
	Amfetamina	4,7	4,7	5,3	4,2
	Metamfetamina	3,4	2,7	3,6	3,0
	LSD lub inne halucynogeny	4,0	3,8	5,5	3,2
	Kokaina	4,0	3,1	4,4	2,9
	Alkohol razem z tabletkami	5,5	5,6	5,7	5,3
	Alkohol z marihuaną i pochodnymi		11,9		12,1
II klasy szkół ponadgimna- -zjalnych	Marihuana lub haszysz	53,6	41,9	43,0	37,2
	Substancje wziewne	7,2	8,7	7,6	6,9
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	21,1	17,9	18,3
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	6,4	8,8	6,7	5,9
	Amfetamina	8,3	8,0	7,1	4,7
	Metamfetamina	4,2	4,7	3,9	2,9
	LSD lub inne halucynogeny	4,9	6,2	5,2	4,2

⁸K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

	Kokaina	3,4	4,4	4,3	3,1
	Alkohol razem z tabletkami	6,6	10,4	7,3	6,9
	Alkohol z marihuaną i pochodnymi		26,2		24,1

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Należy zwrócić uwagę na bardzo niskie nadal, mieszczące się w wąskim przedziale 3 – 3,5% (2015 1-2%) rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach. Szczególny niepokój powinny budzić natomiast dość znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (5,6% w młodszej kohorcie i 10,4% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych. Porównanie wyników uzyskanych w województwie dolnośląskim i w całym kraju nie pokazuje większych różnic w rozpowszechnieniu eksperymentowania z substancjami. Jedynie w przypadku marihuany i haszyszu nadal większy odsetek młodzieży w województwie dolnośląskim deklaruje używanie co najmniej jednej z tych substancji kiedykolwiek w życiu. Prawidłowość ta dotyczy młodzieży w obu kohortach.

Związek między używaniem substancji a picią występuje na niższym poziomie nauczania jedynie w zakresie używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. Eksperymentowanie z tymi substancjami znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt. W starszej kohorcie dziewczęta również częściej eksperymentują z lekami uspokajającymi i nasennymi, natomiast chłopcy częściej próbują marihuany lub haszyszu oraz alkoholu w połączeniu z marihuaną lub haszyszem.

Rozpowszechnienie eksperymentowania z substancjami pozostaje na zbliżonym poziomie, wśród badanych z Województwa Dolnośląskiego i ich rówieśników w całym kraju. Jedynie w przypadku marihuany i haszyszu odnotowujemy zdecydowanie częstsze próby ich używania przez uczniów z Województwa Dolnośląskiego, szczególnie ze starszej kohorty.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W badaniu z 2015 r. lista substancji, których używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy podlegało badaniu obejmuje przetwory konopi, substancje wziewne i ecstazy.

Dane zawarte w poniższej tabeli 14 pokazują, że pierwszą z tych substancji używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 24,9% uczniów z młodszej grupy i 39,0% - ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 4,6% gimnazjalistów i 2,2% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś ecstazy 1,8% uczniów z pierwszej grupy i 3,1% - z drugiej.

Tabela 14. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
		2015	2019	2015	2019
w latach					
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	24,9	25,3	19,2	24,8
	Substancje wziewne	4,6	7,5	5,9	8,5
	Ecstasy	1,8	3,9	2,9	4,4
	Amfetamina	3,2	4,4	3,7	4,8
	Metamfetamina	2,5	2,8	3,0	3,5
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	39,0	49,0	31,5	41,4
	Substancje wziewne	2,2	9,3	2,4	7,3
	Ecstasy	3,1	8,4	2,4	5,9
	Amfetamina	5,4	10,0	4,2	5,3

	Metamfetamina	3,3	5,4	2,6	3,3
--	---------------	-----	-----	-----	-----

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

W przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, używanie tych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy jest nadal bardziej rozpowszechnione w województwie dolnośląskim niż na terenie całego kraju. Szczególnie dużą różnicę można zaobserwować wśród starszej młodzieży - wyższy odsetek użytkowników amfetaminy 10,0% (2015 5,4%) i metamfetaminy 5,4% (2015 3,3%) wśród uczniów ze starszej kohorty, niż w przypadku ich rówieśników z kraju.

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni na pewno używali jej, co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu można uznać, że 12,9% uczniów klas trzecich gimnazjów i 19,9% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używa marihuany lub haszyszu, co najmniej raz w miesiącu (tabela 15). Podobnie jak w przypadku używania w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz kiedykolwiek w życiu, w województwie dolnośląskim odnotowujemy większy odsetek młodzieży używającej przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju.

Tabela 15. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
w latach		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	12,9	10,8	10,3	9,0
	Substancje wziewne	2,0	3,0	3,4	2,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	19,9	17,8	15,4	15,1
	Substancje wziewne	1,2	3,1	1,4	1,1

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Częste używanie substancji psychoaktywnych jest zróżnicowane ze względu na płeć – chłopcy w większym odsetku niż dziewczęta sięgają po każdą z substancji.

Jak wynika z badań ESPAD, problemem, który jest szczególnie charakterystyczny dla populacji młodych Dolnoślązaków jest bagatelizowanie ryzyka szkód związanych z używaniem przetworów konopi. Sięganie po środki psychoaktywne zależne jest, przynajmniej w pewnym stopniu, od postaw i oczekiwań wobec narkotyków. W jednym z pytań ankiety ESPAD proszono badanych o określenie na pięciopunktowej skali szacunkowej, na ile prawdopodobne jest ich zdaniem, że doświadczą po spożyciu przetworów konopi, wymienionych w pytaniu konsekwencji negatywnych i pozytywnych.

Badana młodzież częściej, za całkiem prawdopodobne lub pewne uważała konsekwencje pozytywne. Wśród nich na pierwszym miejscu lokuje się „Zwiększenie intensywności radości” (młodsza kohorta – 32,2% , w 2015 43,9%, starsza kohorta – 39,1%, w 2015 47,9%), na drugim – zwiększenie otwartości (młodsza kohorta – 30,0%, w 2015 38,5%, starsza kohorta - 34,4%, w 2015 38,1%) a na trzecim zwiększenie intensywności doświadczeń (młodsza kohorta – 26,6%, w 2015 33,6%, starsza kohorta – 30,3%, w 2015 36,8%). Najczęściej oczekiwaną konsekwencją negatywną były trudności z koncentracją (młodsza

kohorta – 20,4%, w 2015 26,6%, starsza kohorta –18,8%, w 2015 21,8%), a następnie – utrata wątku myślenia (młodsza kohorta – 18,9%, w 2015 23,1%, starsza kohorta – 18,7%, w 2015 21,4%) oraz trudności w prowadzeniu rozmowy (młodsza kohorta – 13,7%, w 2015 19,1%, starsza kohorta – 14,2%, w 2015 16,0%).

Znaczne rozpowszechnienie (tempo i zwiększony popyt) używania przetworów konopi w województwie dolnośląskim przekracza poziom ogólnopolski. Programy edukacyjne powinny nadal unikać demonizowania marihuany i haszyszu, ale rzeczowo, w dobrze udokumentowany sposób prezentować ryzyko różnych szkód zdrowotnych związanych z używaniem przetworów konopi. Należy też zadbać o to by przekaz profilaktyczny, szczególnie o charakterze edukacyjnym, przystawał do doświadczeń, postaw i przekonań młodych ludzi w konkretnym środowisku, trzeba zadbać o jego moc perswazyjną⁹.

1.2 Problem środków zastępczych tzw. „dopalaczy”.

Problem „dopalaczy” (smart drugs, legal highs) pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce zaczął narastać w ostatnich latach. Problem dopalaczy rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „Dopalacze” oferowane są w większości krajów europejskich, a także w Internecie. Wszędzie problem ten jest przedmiotem troski władz i zaniepokojenia społecznego. Nasza wiedza na temat dopalaczy jest wrywkowa, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym. Brak nawet precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. Dopalacze w zasadzie cieszą się statusem legalności – jednak obrót nimi odbywa się na zasadach pewnego wybiegu, stanowi omińnięcie prawa. W Polsce dopalacze jeszcze do października 2010 r. sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane bywają jako kadejka, sole do kąpieli, odświeżacze powietrza, itp.

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane wedle nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa ryzyko powikłań. O niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich już nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. W 2010 r. szpitale raportowały liczne przypadki zatrucia, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też trudności w niesieniu pomocy osobom, które przedawkowały dopalacze ze względu na trudny do określenia obraz toksykologiczny.

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia do ankiety kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami.

4,8% badanych z pierwszej grupy i 4,6% badanych z drugiej grupy było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy” są zbliżone (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 5,4%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 7,2%).

Dane o źródłach zakupów dopalaczy zestawiono w tabeli 16.

⁹K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Tabela 16. Źródła zakupów dopalaczy.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
w latach		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	W sklepie z dopalaczami	3,1	2,7	4,7	2,4
	Przez Internet	1,6	1,9	3,1	1,7
	W inny sposób	4,8	4,5	6,2	4,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	W sklepie z dopalaczami	3,3	2,8	3,3	1,9
	Przez Internet	1,7	2,7	2,1	1,3
	W inny sposób	4,6	6,2	5,4	4,4

K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Dopalacze najczęściej kupowane były w inny sposób niż w sklepie lub przez Internet (4,5% uczniów młodszych i 6,2% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych). Za pośrednictwem Internetu takich zakupów dokonywało tylko 1,9% badanych w pierwszej i 2,7% badanych w drugiej grupie. Wyniki pokazują, że nie ma istotnych różnic w popularności poszczególnych miejsc zaopatrzenia w dopalacze między województwem dolnośląskim a całym krajem.

Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 4,5% gimnazjalistów i 6,6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (tabela 17). Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 3,7%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 5,0%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 3,2% badanych z pierwszej grupy i 4,0% z drugiej grupy. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy” w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami jesienią 2010 r. i szerokim działaniem profilaktyczno-prewencyjnym. Należy jednak zauważyć, że odsetki aktualnych i regularnych użytkowników dopalaczy są zbliżone w obu grupach wiekowych. Używanie dopalaczy pozostawało na podobnym poziomie w Województwie Dolnośląskim i w kraju ogółem.

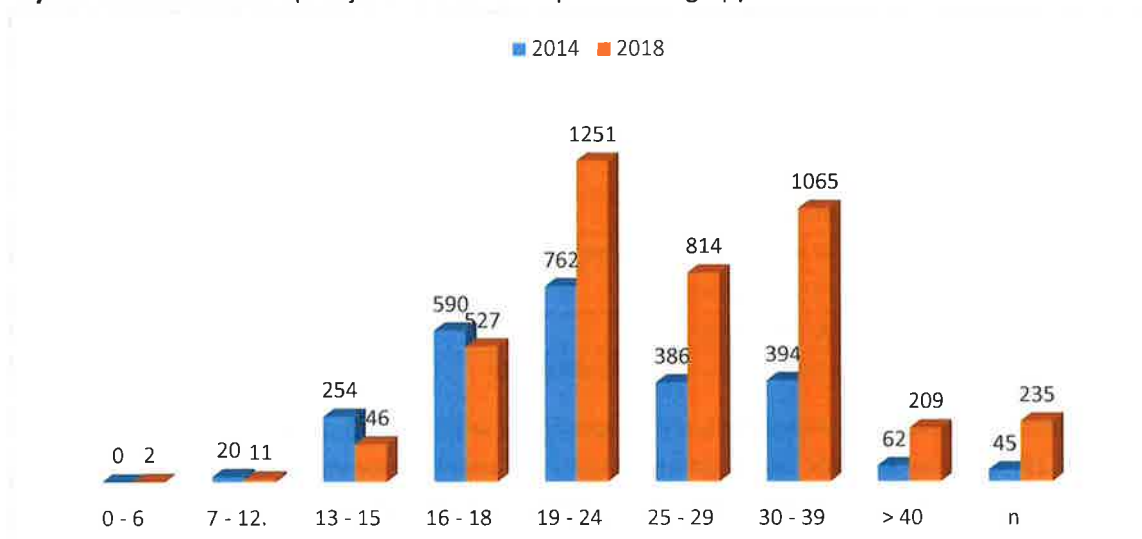
Tabela 17. Używanie dopalaczy.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
w latach		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	8,4	4,5	10,3	5,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	5,2	3,7	6,9	3,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	3,0	3,2	4,3	2,5
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	10,9	6,6	12,6	5,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	4,6	5,0	6,0	3,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,7	4,0	3,0	2,2

K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Poddając analizie „Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013 – 2014” i, Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Nowe narkotyki w Polsce 2017 - 2018, istotne zdaje się być zwrócenie uwagi na dynamikę i skalę zatruć nowymi środkami psychoaktywnymi (NSP) wśród różnych kategorii wiekowych (wykres 17).

Wykres 17. Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP w podziale na grupy wiekowe w Polsce.

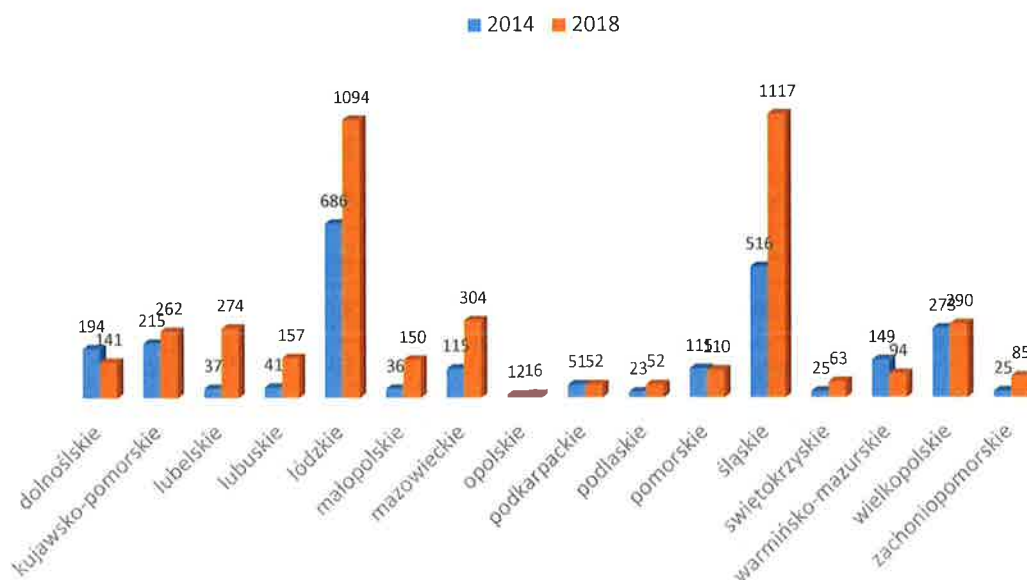


Państwowa Inspekcja Sanitarna *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 – 2014, Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Nowe narkotyki w Polsce 2017 - 2018*¹⁰

Najwyższy odsetek zatruc NSP w 2014 i w 2018 roku dotyczy osób w przedziale wiekowym 19 – 24 lat (ponad 60% wzrost między badaniami), następnie w przedziale wiekowym 30 – 39 lat (wzrost 170%), wśród 25 – 29 latków (wzrost 110%).

Wykres 18 Przedstawia ilość zatruc dopalaczami, wymagających interwencji medycznych, w latach 2014 i 2018 z podziałem na województwa. W porównaniu do 2014 roku, w 2018 w województwie dolnośląskim odnotowano 27,3% spadku zatruc NSP.

Wykres 18. Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP w podziale na województwa.



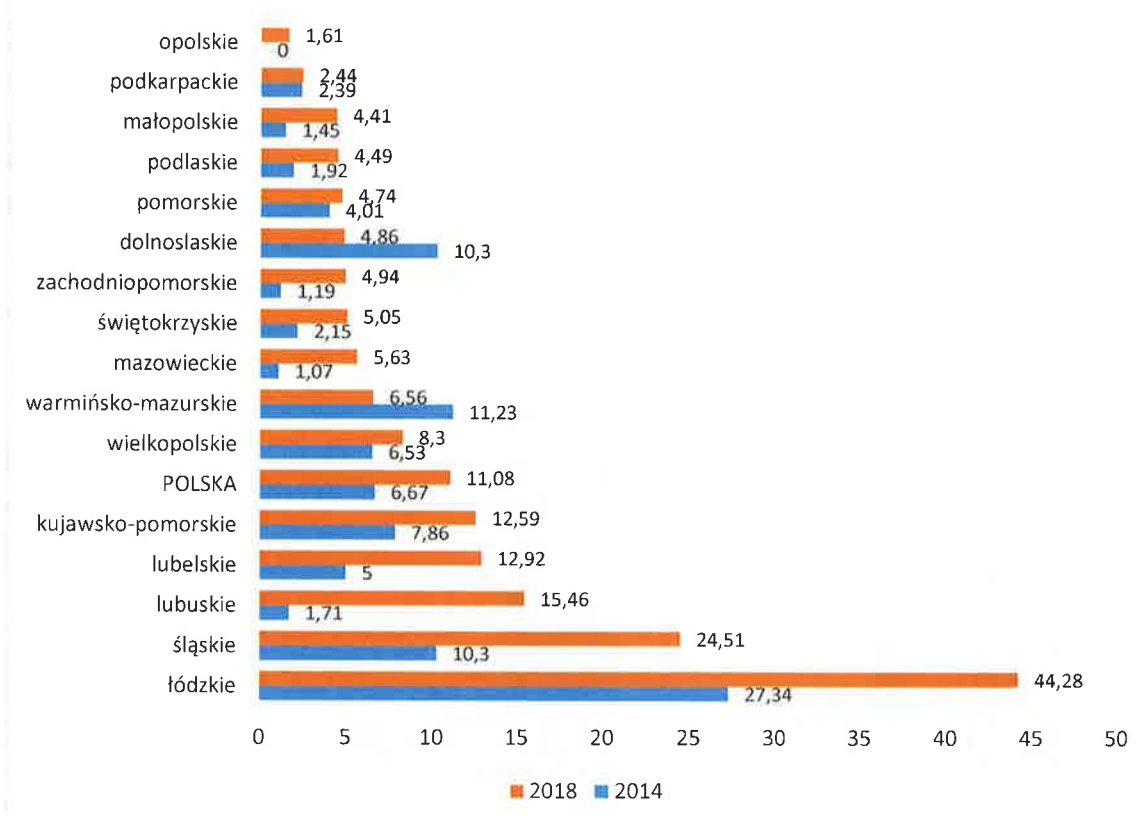
Państwowa Inspekcja Sanitarna *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 – 2014, Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Nowe narkotyki w Polsce 2017 - 2018*

W skali kraju wskaźnik podejrzeń zatruc środkami zastępczymi(NSP), przedstawiony w wykresie 19,

¹⁰Gis.gov.pl (20.08.2020)

w 2018 r. wynosił 11,08/100 tys. mieszkańców i był 1,67 razy większy w porównaniu do roku 2014 (wskaźnik = 6,67).

Wykres 19. Wskaźnik zatruc NSP na 100 tys. mieszkańców.



Państwowa Inspekcja Sanitarna *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 – 2014, Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Nowe narkotyki w Polsce 2017 – 2018*

Wskaźnik dla województwa dolnośląskiego w 2014 roku wyniósł 10,3 i przewyższał wskaźnik krajowy półtorakrotnie, w roku 2018 wskaźnik dla woj. dolnośląskiego wyniósł 4,86 i stanowił jedynie 43,8% wskaźnika krajowego.

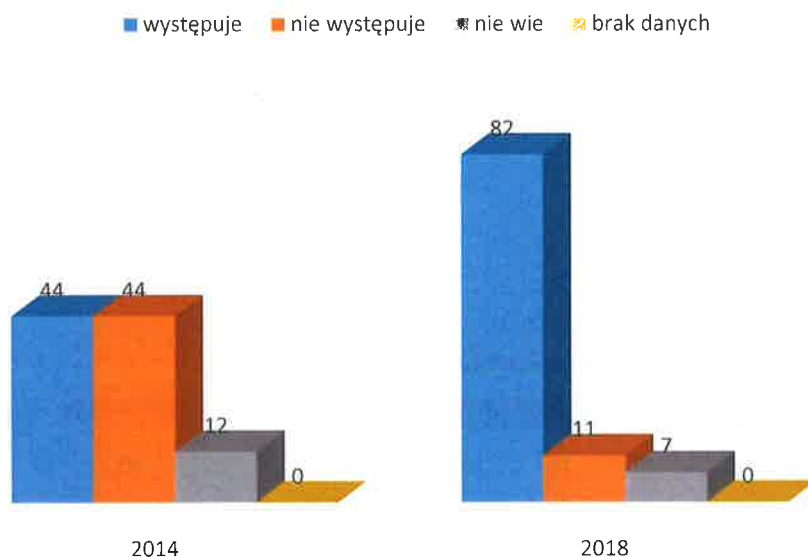
Wzrost liczby zgłoszonych przypadków może być spowodowany faktem zwiększenia zażywania tych substancji w związku ze zwiększającą się każdego roku obecnością na rynku nowych, zidentyfikowanych i jeszcze niezidentyfikowanych środków psychoaktywnych. Jest wysoce prawdopodobne, że substancje te wykazują znacznie silniejsze działanie na organizm (działanie psychotyczne i somatyczne), co może być również przyczyną zwiększania się liczby interwencji medycznych, a także większej liczby zgonów „w miejscu zdarzenia” mogących mieć związek z użyciem środka zastępczego¹¹. Niebagatelną rolę odgrywa też znaczny postęp w diagnostyce dotyczącej przypadków używania NSP.

¹¹Państwowa Inspekcja Sanitarna *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 – 2014. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Nowe narkotyki w Polsce 2017 - 2018.*

Analiza danych z przeprowadzonych badań ankietowych „Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami” w 2014 i 2019 roku, wskazuje na większe zainteresowanie używaniem środków psychoaktywnych wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.

Według danych osób z funkcją lub zawodem związanym z rozwiązywaniem problemów uzależnień, bezpośredni kontakt z problemami narkomanii w rejonie swojego działania potwierdziło 82,3% (2015 44,2%) respondentów.

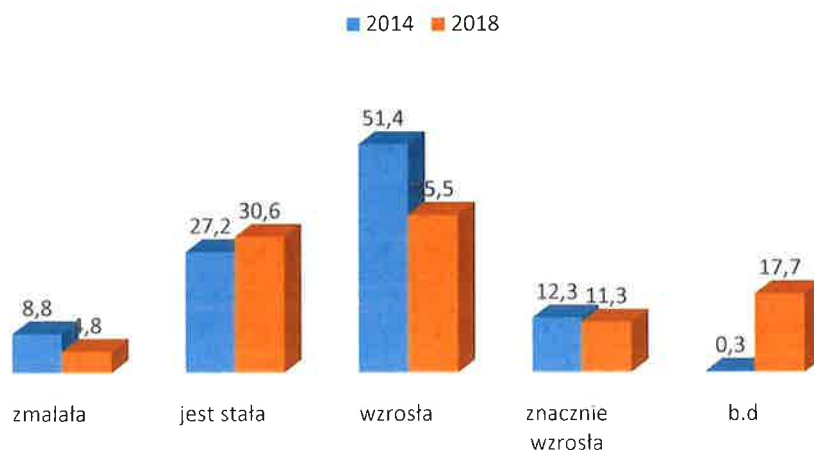
Wykres 20. Kontakt z problemami narkomanii w latach.



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019

Według badanych, w ciągu ostatnich trzech lat, ilość używającej środków odurzających młodzieży wzrasta, dynamikę przedstawia poniższy wykres.

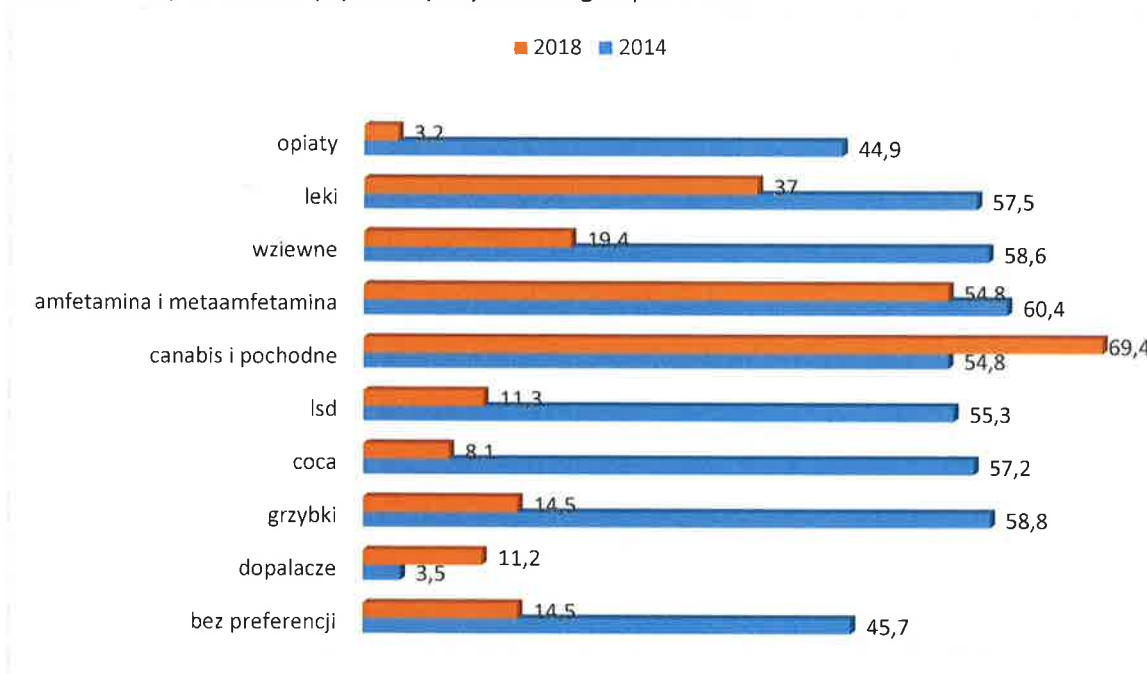
Wykres 21. Ilość osób biorących substancje psychoaktywne w ostatnich 3 latach.



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019

Wskaźnik wzrostu na przestrzeni lat wykazuje tendencję spadkową. Głównym środkiem psychoaktywnym używanym według respondentów są pochodne konopi indyjskich – 38,12% (2008 – 11,3).

Wykres 22. Użycie środków psychoaktywnych według respondentów.



A. Turek, *Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związany z Badanymi Zjawiskami*, Czarny Bór 2015, 2019

Powyższe wykresy przedstawiają zmiany zachodzące w grupie respondentów – od wiedzy „medialno – tabloidowej” z roku 2015 do wiedzy wynikającej z prowadzonych i udostępnianych w ramach konferencji UMWD i WOTUiW badań w 2018 roku.

Obraz z 2018 roku zbliża się do wyników badań młodzieży ESPAD i badań monitorujących w miastach i gminach.

Analizując przedstawione dane w wykresie 22, można stwierdzić, że dominującym używanym środkiem psychoaktywnym jest marihuana i jej pochodne oraz kolejno amfetamina z metamfetaminą i leki. Znaczącą jest też bardzo niska pozycja opiatów.

2. Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie dolnośląskim.

Tabela 18 przedstawia liczbę placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w województwie dolnośląskim. Na terenie województwa funkcjonuje: 4 Punkty konsultacyjno-diagnostyczne z zakresu profilaktyki HIV/AIDS oraz 2 placówki leczenia substytucyjnego. Ofertę terapeutyczną leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży posiada nadal 12 placówek, w tym: 8 poradni, 2 dzienne oddziały, 1 całodobowy oddział oraz 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

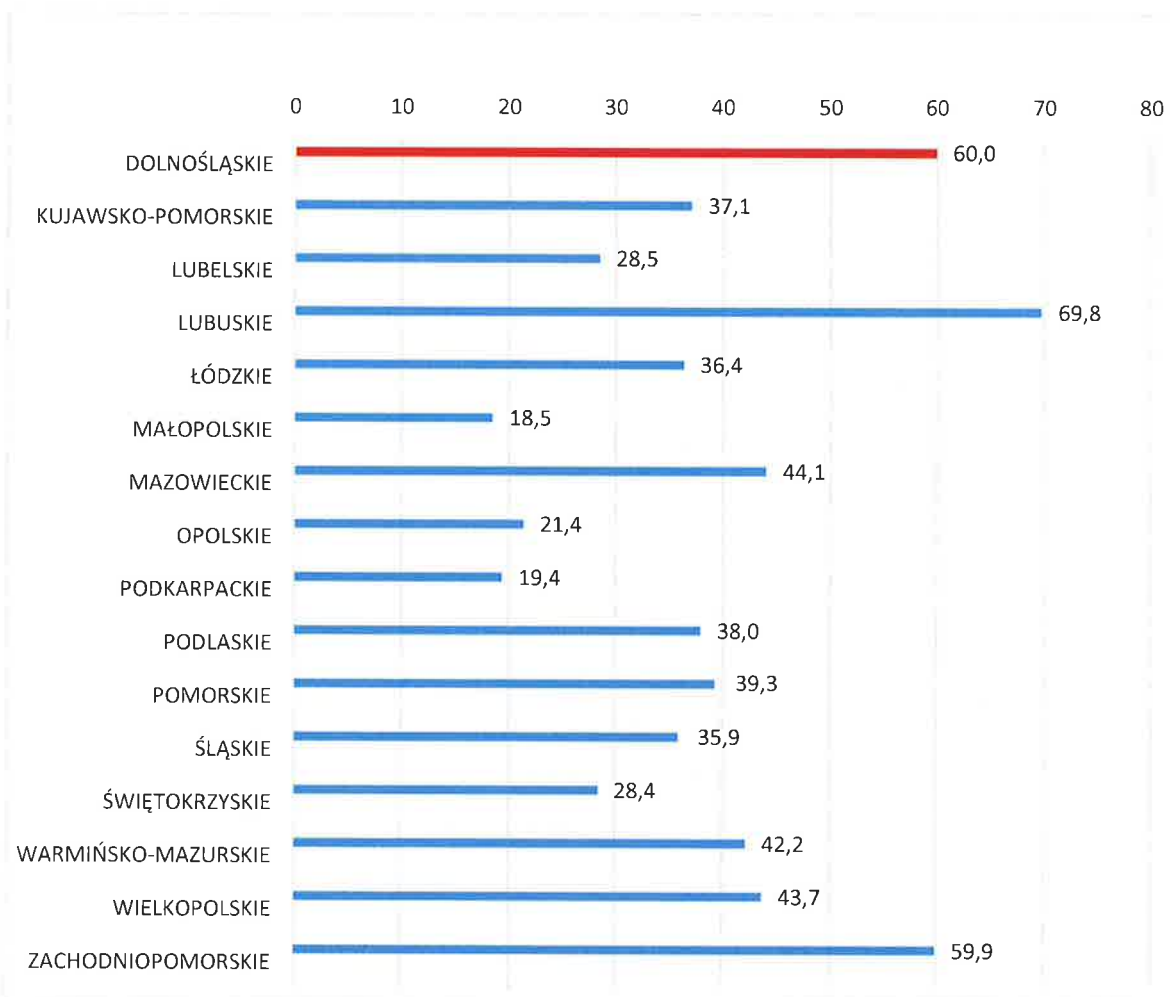
Tabela 18. Liczba placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych poszczególnych typów.

	Placówki ambulatoryjne	Placówki stacjonarne	Oddziały detoksykacyjne	Hostele	Placówki leczenia substytucyjnego	Punkty konsultacyjno–diagnostyczne HIV/AIDS
2015	14	5	4	4	3	6
2019	14	5	2	4	2	4

KBPN „Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym, Warszawa 2015.
KBPN „Internetowa Baza placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym 2020 – dane zweryfikowane przez Pełnomocnika ds. WOTUW Czarny Bór 2020

Według ostatnich zagregowanych danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w 2018 roku w całej Polsce z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, przyjęto do lecznictwa stacjonarnego ogółem 15 499 osoby, z tego, z samego województwa dolnośląskiego 1 742 osób. Oznacza to, że niemal co 9 leczona osoba pochodziła z Dolnego Śląska. Biorąc pod uwagę współczynnik na 100 tys. mieszkańców - województwo dolnośląskie plasuje się na 2 miejscu – spadek z 1 w 2013 roku (wykres 23) i jest to wynik nadal znacząco powyżej średniej ogólnopolskiej. Wysoki wskaźnik dla naszego regionu nadal w znacznej mierze wynika z graniczenia z Republiką Czeską posiadającą bardziej liberalną politykę narkotykową. Tu też mieści się nadal turystyka narkotykowa polegająca na wykupywaniu w polskich aptekach - z tego regionu, bez receptowych leków zawierających pseudoefedrynę (w Czechach preparaty zawierające pseudoefedrynę są dostępne tylko na receptę). Leki te na terenie Czech przetwarzane są w metamfetaminę (tzw. pico), która sporadycznie trafia do dystrybucji po polskiej stronie pogranicza.

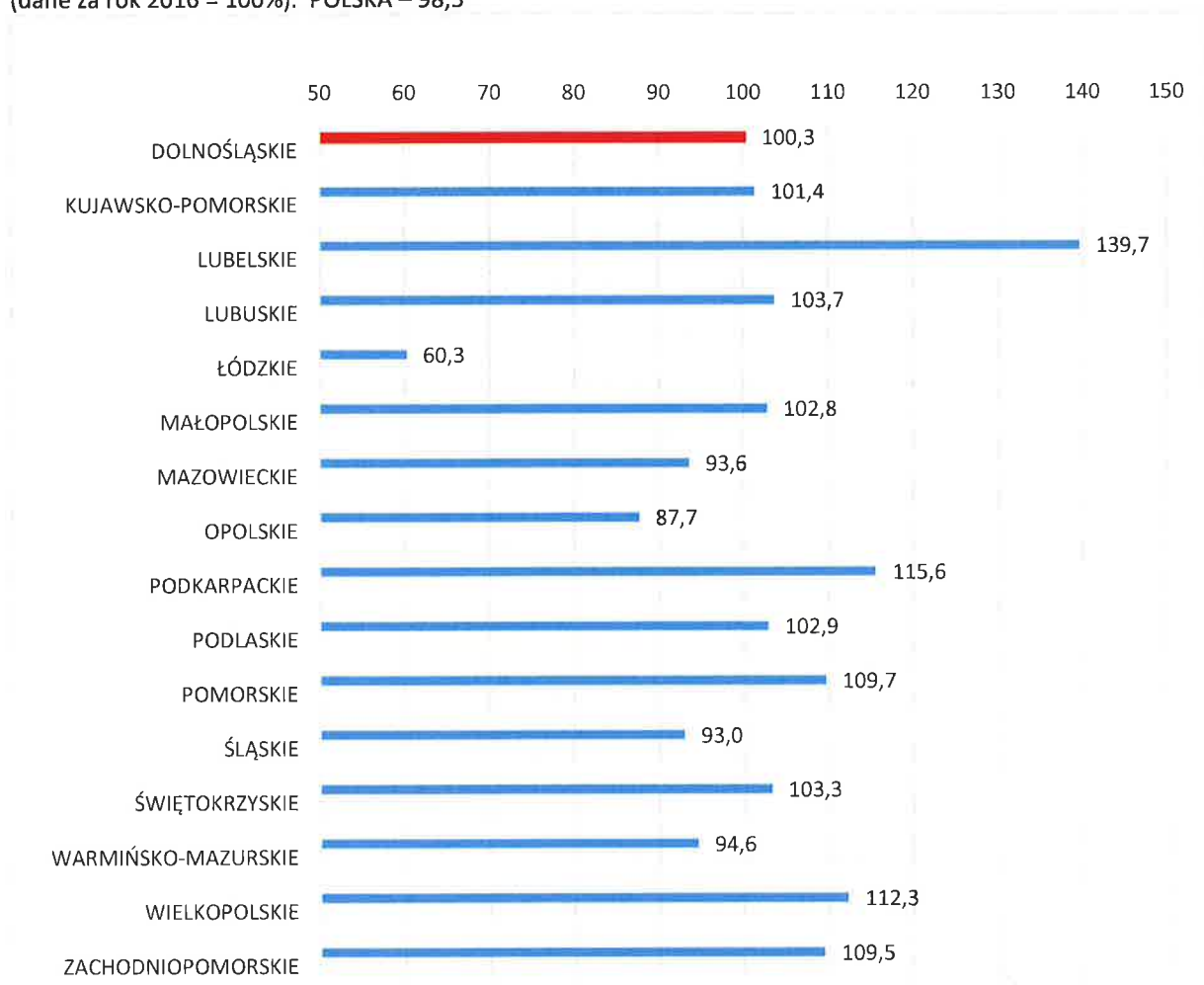
Wykres 23. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2018 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.). POLSKA – 40,4



Zakład Zdrowia Publicznego IPIN, form. MZ/Szp-11B

Poddając analizie dane z lat 2016 – 2018 można zauważyć stabilizację bądź niewielki wzrost przyjęć w większości województw. Współczynnik na 100 tys. dla Dolnego Śląska wyniósł 100,3 (jedynie o 1,8 więcej niż w Polsce).

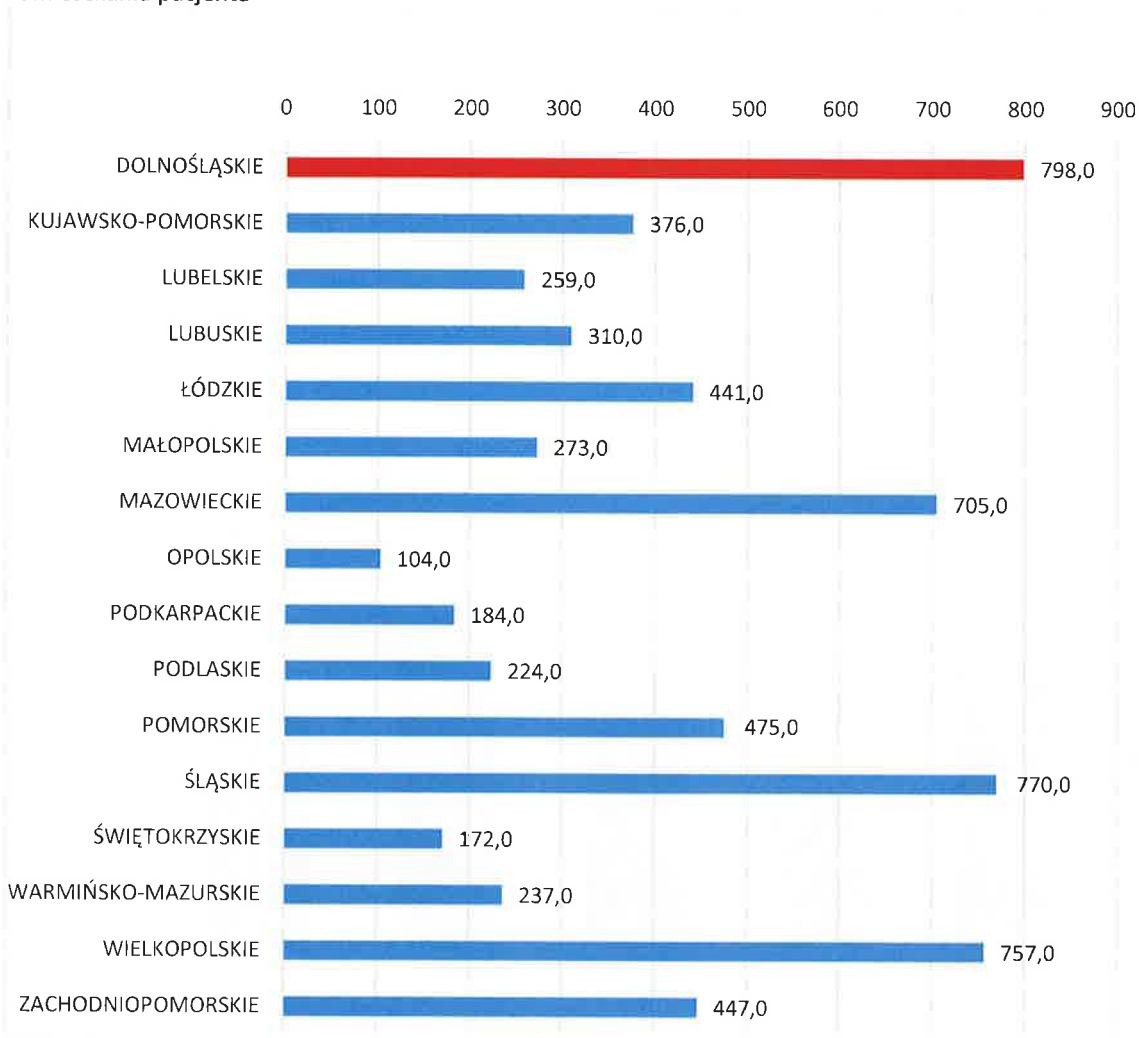
Wykres 24. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2016 – 2018 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (dane za rok 2016 = 100%). POLSKA – 98,5



A. Turek na podstawie danych Zakładu Zdrowia Publicznego IPIN, form. MZ/Szp-11B

W 2018 roku przyjęto do leczenia stacjonarnego po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 6 732 osoby, z tego osoby z województwa dolnośląskiego stanowiły 11,8% (798 osób).

Wykres 25. Przyjęci po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w 2018 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta



Zakład Zdrowia Publicznego IPIN, form. MZ/Szp-11B

Województwo dolnośląskie znajduje się na pierwszym miejscu wśród czterech województw w których liczba pacjentów pierwszorazowych przekracza 700 osób. Podwyższony wskaźnik przyjęć pierwszorazowych może zaburzyć w kolejnych latach stabilizację problemów narkotykowych w regionie. Wskazuje też na pojawienie się nowej grupy użytkowników środków psychoaktywnych. Równocześnie stan tego wskaźnika świadczy o skuteczności oddziaływań motywujących placówek leczenia odwykowego. W związku z opisaną sytuacją wskazany jest utrzymanie i rozszerzanie motywujących działań leczenia odwykowego, w tym dotychczasowych działań WOTUW zmierzających do przekształcenia Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Poradnię Terapii Uzależnień. W sferze profilaktyki rekomenduje się zwiększenie nacisku na profilaktykę selektywną i wskazującą w szkołach średnich poprzedzoną diagnozą sytuacji środowiskowej. Konieczna jest tutaj ścisła współpraca z samorządami gminnymi.

3. Przestępczość narkotykowa.

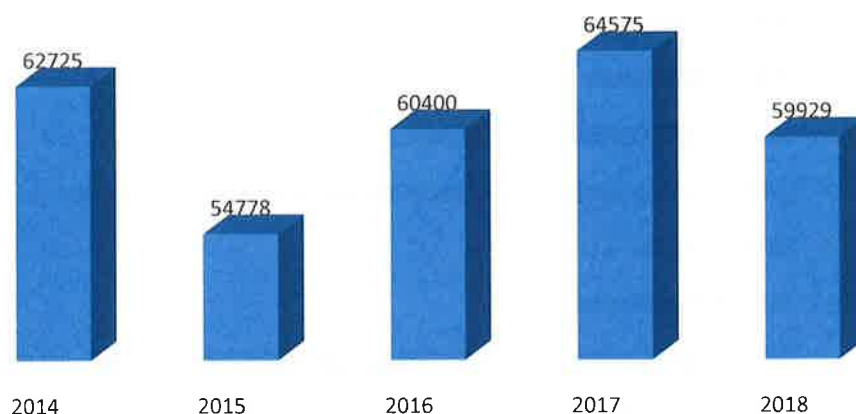
Analiza skali przestępczości narkotykowej, co oznacza przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w województwie dolnośląskim zostanie przedstawiona na podstawie danych dotyczących przestępstw stwierdzonych oraz podejrzanych. Należy podkreślić, iż w przypadku jednego podejrzanego może być stwierdzone więcej niż jedno przestępstwo. Ostatnie dostępne dane z podziałem na województwa pochodzą z 2016 (dostępność utrudniona ze względu na sytuację epidemiczną).

W 2016 roku Sądy skazały prawomocnie za opisane przestępstwa 19446 osób, co oznacza wzrost w stosunku do roku poprzedniego (16 402 osoby). Najwięcej osób skazano w województwie mazowieckim (2748 osób). Na drugim miejscu było województwo – śląskie (2 011 osób) na trzecim miejscu uplasowało się województwo dolnośląskie.

W województwie dolnośląskim odnotowano 1820 skazanych, co stanowi 9,4% wszystkich skazanych.

W 2014 roku Policja w kraju stwierdziła 62 725 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku (wykres 26). W kolejnych latach obserwujemy znaczny spadek liczby, a następnie wzrost i ponowny spadek do 59929 przypadków w 2018r.

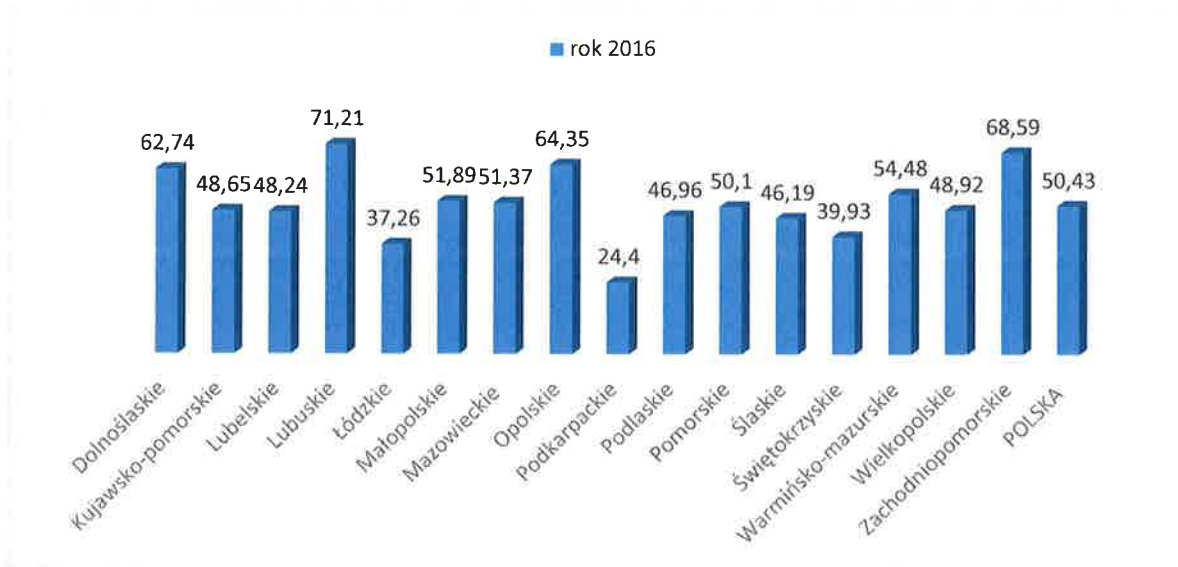
Wykres 26. Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych w latach 2014–2018.



KBPN - CINN *Raport o stanie narkomanii w Polsce*, Warszawa 2019.

Analizując dane dotyczące przestępstw w województwie dolnośląskim należy odnotować, że najwięcej przestępstw stwierdzono z art. 62 (posiadanie) 76,6%, następnie z art. 59 – 11,3% oraz art. 58 (udzielanie) –2,6%. W skali całego kraju najwięcej przestępstw odnotowano z art. 62.

Wykres 27. Wskaźnik liczby prawomocnie skazanych w 2016 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku - wg województw (wskaźnik na 100 tys.).



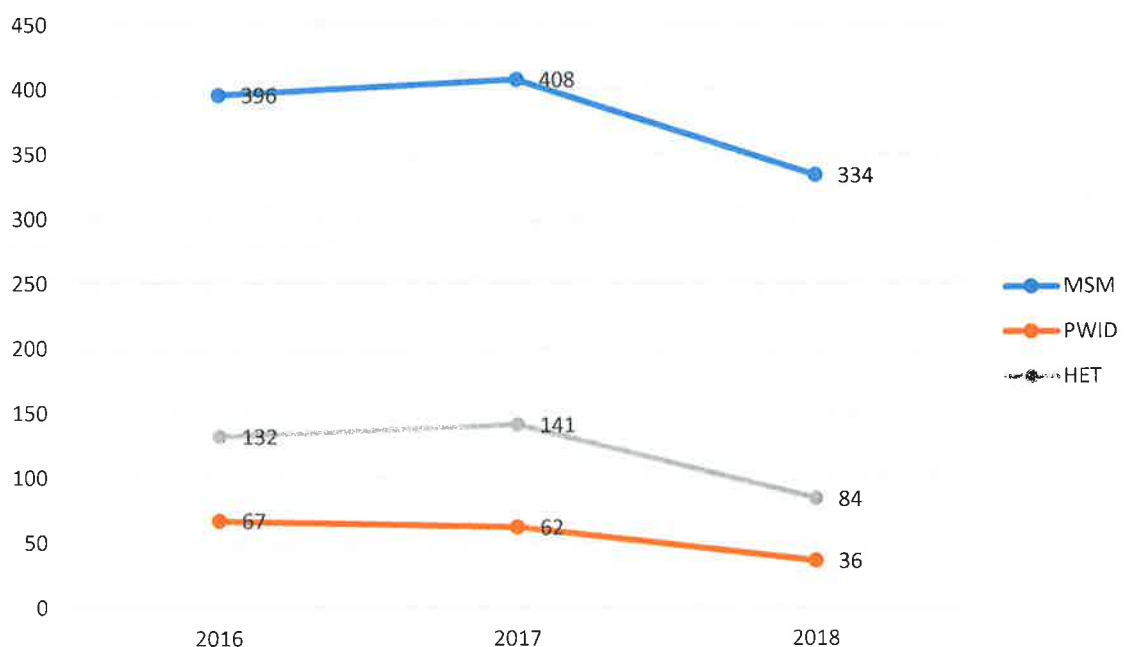
A. Turek na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2016 r.*, GUS 2016

Sprawy karne za naruszenie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są rozpatrywane przez sądy rejonowe właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Dane z Ministerstwa Sprawiedliwości o prawomocnych wyrokach skazujących w Polsce i województwie dolnośląskim zaprezentowano na wykresie 27.

4. Choroby zakaźne związane z narkotykami.

W Polsce epidemię HIV, zgodnie z wytycznymi WHO¹², nadal uważa się za epidemię skoncentrowaną w dwóch grupach kluczowych :mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) i osób wstrzykujących narkotyki (PWID – people who inject drugs), to jednak podział ten powinien być traktowany z rozwagą, ponieważ w ostatnich latach nastąpił wyraźny spadek liczby osób zakażonych w wyniku wstrzykiwania narkotyków, a nastąpił wzrost liczby osób zakażonych na drodze kontaktów seksualnych, w tym również w wyniku kontaktów heteroseksualnych. W latach 2006 - 2007 rejestrowano średnio około 115 osób wstrzykujących narkotyki zakażonych HIV, natomiast w latach 2016 – 2018 średnia liczba osób rejestrowanych zakażonych HIV tą drogą nie przekracza 55 nowych zakażeń i wciąż spada.

Wykres 28. Liczba zarejestrowanych osób zakażonych HIV i AIDS na drodze kontaktów seksualnych (MSM i HET) oraz na drodze wstrzykiwań narkotyków (PWID) w latach 2016 – 2018.

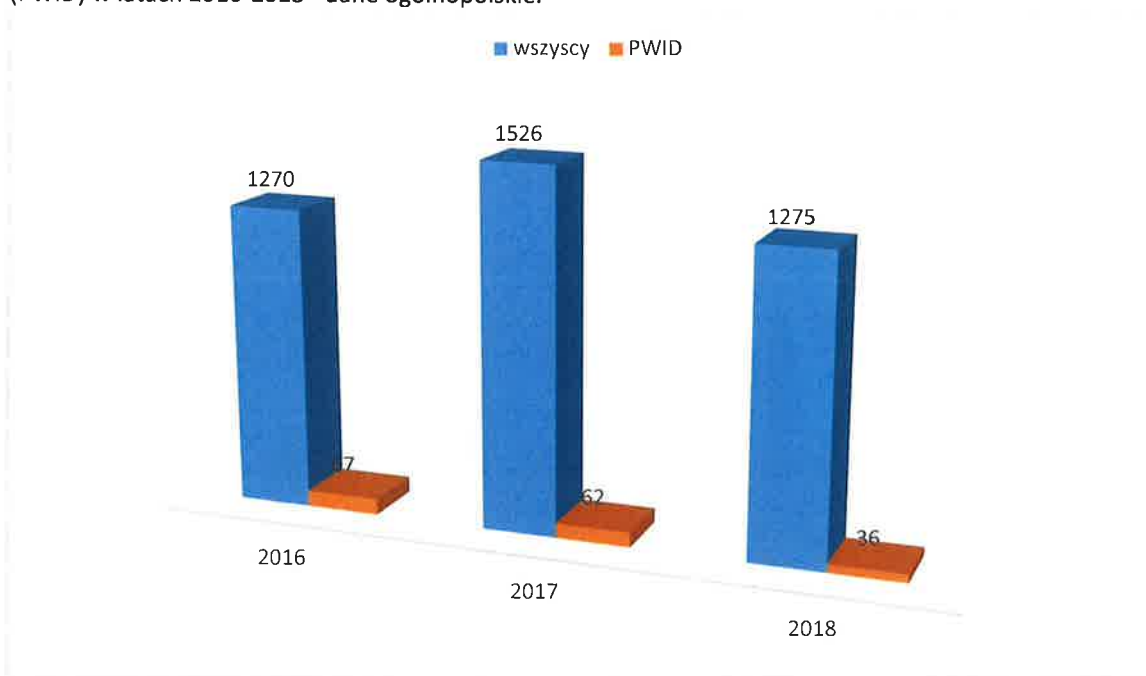


M. Rosińska, M. Niedźwiedzka –Stadnik „Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce ZECZiN 2019, Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016. I nr 1(83)2020

Zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS stanowią nadal jedne z poważnych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków, w szczególności w drodze iniekcji. Monitorowanie przypadków nowych zakażeń HIV oraz zachorowań na AIDS w grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków stanowi źródło informacji na temat skali tego zjawiska.

¹²Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016. I nr 1(83)2020

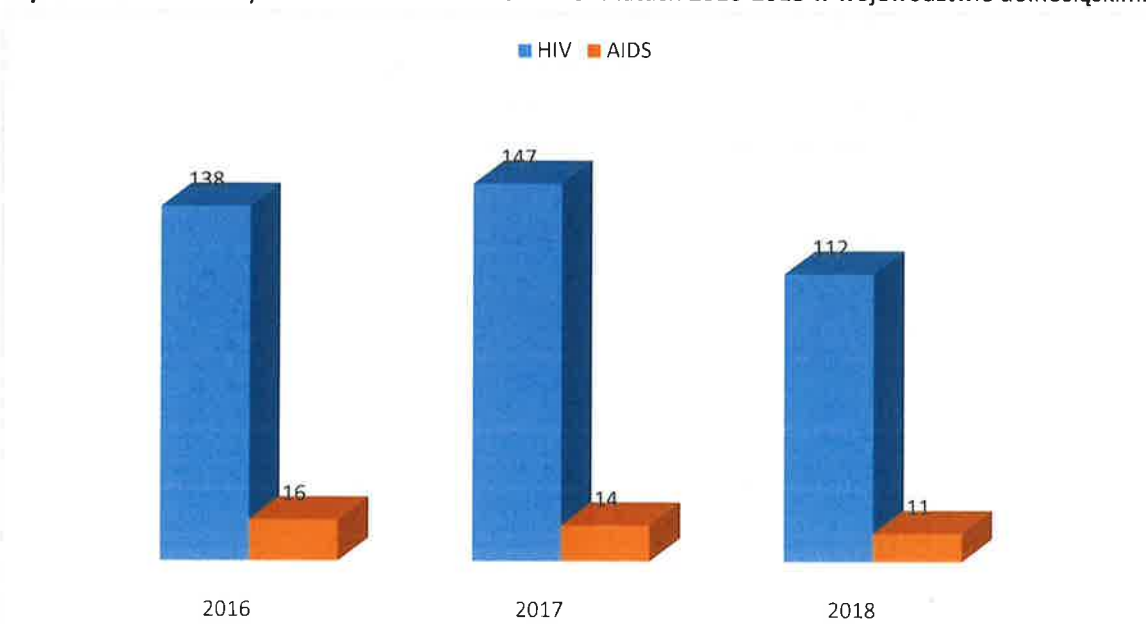
Wykres 29. Liczba nowych zakażeń HIV i zarażeń AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (PWID) w latach 2016-2018 - dane ogólnopolskie.



M. Rosińska, M. Niedźwiedzka –Stadnik „Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce ZECZiN 2019, Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016. I nr 1(83)2020

Analizując ten wskaźnik dla województwa dolnośląskiego, również odnotowujemy tendencję spadkową w latach 2006-2009, a od roku 2016 utrzymuje się na podobnym poziomie z zaznaczoną tendencją spadkową.(wykres 30).

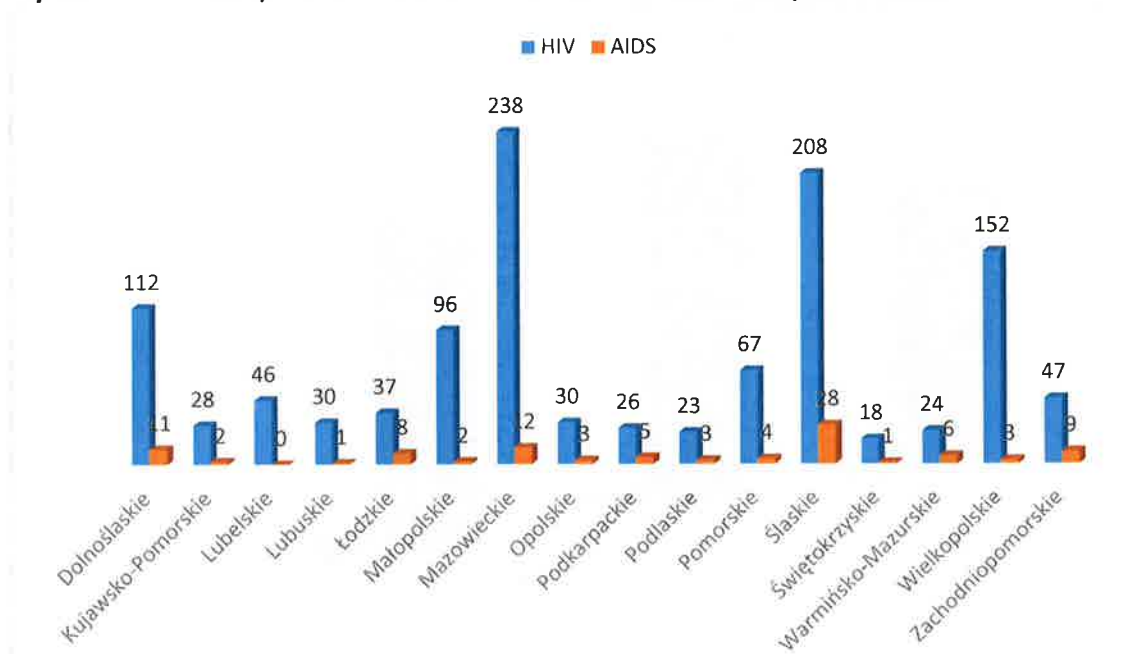
Wykres 30. Liczba nowych zakażeń HIV i zarażeń AIDS w latach 2016-2018 w województwie dolnośląskim.



M. Rosińska, M. Niedźwiedzka –Stadnik „Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce ZECZiN 2019, Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016. I nr 1(83)2020

Porównując dane z roku 2018 dla województwa dolnośląskiego z innymi województwami, zauważyć można czwartą w kolejności liczbę nowych zakażeń HIV wśród mieszkańców naszego regionu.

Wykres 31. Liczba nowych zakażeń HIV i zarażeń AIDS w 2018 roku w województwach.



M. Rosińska, M. Niedźwiedzka –Stadnik „Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce ZECZiN 2019, Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016. I nr 1(83)2020

Na przestrzeni lat 2016 – 2018, nastąpił wyraźny spadek liczby mężczyzn zakażonych poprzez kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Najwięcej zakażonych mężczyzn zdiagnozowano w roku 2017 – 408 nowych osób zakażonych HIV i AIDS, co stanowi 66,3% wszystkich zarejestrowanych zakażeń HIV i AIDS ze znaną drogą zakażenia, rozpoznanych w tym roku. Zakażenia w wyniku ryzykownych kontaktów heteroseksualnych stanowią 22,9% wszystkich zakażeń ze znaną drogą zakażenia wirusem. Na tym tle zakażenia w grupie PWID stanowią jedynie 10% wszystkich zakażeń ze znaną drogą zakażenia wirusem.

Należy tu zaznaczyć, że liczba wykrywanych zakażeń zależy nie tylko od liczby nowych zakażeń (szerzenia się epidemii), lecz także od efektywności testowania w kierunku HIV.

VI. Uzależnienia behawioralne.

Problem uzależnień behawioralnych traktuje się w niniejszym Programie dodatkowo, kierując uwagę na problem i akcentując konieczność podejmowania działań na rzecz skutecznej profilaktyki w tym zakresie szczególnie w odniesieniu do doniesień na temat wzrostu wskaźnika uzależnień w czasie pandemii Covid-19. O ile działania w obszarze uzależnień behawioralnych nie mogą być finansowane z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy alkoholem, Samorząd Województwa może podejmować takie inicjatywy przeznaczając na nie środki własne.

Terminem „uzależnienia behawioralne” czy „uzależnienia od czynności” (ang. *Action addiction, behavioral addiction*) określane są zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Do takiej formy zachowań należy zaburzenie uprawiania hazardu, jak również, choć bez formalnej klasyfikacji, szeroki wachlarz zachowań wykonywanych w sposób kompulsywny: związanych z Internetem i grami (zaburzenie grania w gry), z zakupami (zaburzenie kompulsywnego kupowania), z ćwiczeniami (zaburzenie uprawiania ćwiczeń), z seksem (zaburzenie uprawiania seksu) czy z pracą (zaburzenie kompulsywnego pożądanego pracy), ale także zachowania związane ze zdrowym odżywianiem się (ortoreksja) czy z opalaniem (tanoreksja).

Tego typu zachowania, mimo że dotyczą czynności regularnych (przystosowawczych), stają się kompulsywne, co oznacza, że bardzo trudno jest nad nimi zapanować i prowadzą one do negatywnych konsekwencji dla jednostki i jej otoczenia. Celem tych zachowań, wykonywanych w sposób patologiczny, jest nie tyle uzyskanie przyjemności, co obniżenie negatywnego afektu – złego samopoczucia, obniżonej samooceny, ponurego nastroju. Kategoria zaburzeń niezwiązanych z przyjmowaniem substancji, którą można utożsamić z uzależnieniami behawioralnymi, została formalnie utworzona w klasyfikacji DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) oraz w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w części dotyczącej zachowań kompulsywnych (F63)¹³.

Patologiczny Hazard

Sektor gier i zakładów wzajemnych w Polsce, obejmujący takie formy działalności jak: loterie pieniężne, gry liczbowe, zakłady wzajemne, salony gry bingo, kasyna, salony gry na automatach, punkty gry na automatach o niskich wygranych. Gry hazardowe uprawiać można w Internecie oraz poprzez uczestnictwo w loteriach SMS.

W porównaniu do innych problemów społecznych, hazardowi i problemom z nim związanym poświęca się niewiele uwagi w debacie publicznej. Hazard patologiczny, czyli uzależnienie od gier, w powszechnej opinii uznawane jest za stosunkowo marginalne zjawisko dotyczące niewielkiej liczby dorosłych mężczyzn. Hazard problemowy i patologiczny prowadzi do różnego rodzaju problemów zarówno u samych graczy, jak i u ich rodzin oraz najbliższego środowiska społecznego. Szeroka oferta różnego rodzaju form gier hazardowych skłania do postawienia pytania o rozpowszechnienie uprawiania gier, które z czasem mogą doprowadzić do problemu hazardu.

Dane z tabeli 19 (ESPAD 2015, ESPAD 2019) sugerują, że ok. 22% młodzieży ma za sobą doświadczenia w gry na pieniądze. Wśród gimnazjalistów takie doświadczenia zebrało w 2019 roku 19,1% badanych, zaś w starszej kohorcie – 22,2% badanych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 6,9% gimnazjalistów i 8,1% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

¹³ J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie. Warszawa 2015.

Tabela 19. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać - województwo dolnośląskie.

poziom klasy		Dolnośląskie		Polska	
		2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	18,7	19,1	20,3	18,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	10,6	12,7	12,3	10,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	6,9	6,9	8,5	5,5
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	25,1	21,2	26,6	21,4
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	15,5	13,3	17,4	12,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	8,6	8,1	10,8	7,9

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Porównanie wyników uzyskanych w Województwie Dolnośląskim z wynikami w całym kraju pokazuje zbliżone odsetki badanych, którzy mają za sobą doświadczenia grania za pieniądze.

W badaniu zastosowano dwa wskaźniki grania problemowego. Pierwszy to potrzeba stawiania w grze coraz większych pieniędzy, a drugi to okłamywanie kogoś ważnego dla respondenta w sprawie tego, jak dużo gra w gry hazardowe.

Potrzebę stawiania coraz większych pieniędzy wyraziło 4,5% uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 7,0% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra okazało się nieco mniej rozpowszechnione, tylko około 2% uczniów przyznało się do tego zachowania.

Internet i gry video

W kwestionariuszu ESPAD zawarto również pytania dotyczące korzystania z Internetu. Do takiej aktywności w ciągu ostatnich 7 dni przed badaniem przyznało się 96,9% gimnazjalistów i 95,5% uczniów z wyższego poziomu nauczania. Korzystanie z Internetu nie jest istotnie zróżnicowane ze względu na dzień tygodnia – uczniowie z obu poziomów nauczania podobnie często korzystają z Internetu w dni robocze, jak i w czasie weekendu. W obu grupach dniem stosunkowo największej aktywności jest poniedziałek (86,4% uczniów młodszych i 88,2% uczniów starszych), a najmniejszej – niedziela (odpowiednio 80,8% i 81,7%).

Tabela 20. Czas korzystania z Internetu w typowym dniu w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem.

Poziom Klasy		Nie korzystał		Pół godziny lub mniej		Ok. 1 godz.		Ok. 2-3 godz.		Ok. 4-5 godz.		6 godz. i więcej	
		2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	typowy dzień roboczy	2,7	2,7	6,5	7,4	18,6	15,1	37,0	29,4	18,4	21,7	16,8	17,5
	typowy dzień weekendowy	3,0	9,1	5,3	6,5	11,8	10,8	25,8	23,3	27,1	24,9	27,1	25,5

II klasy szkół ponadgimnazjalnych	typowy dzień roboczy	3,2	4,3	5,5	5,7	19,6	14,3	36,4	33,1	21,6	20,4	13,7	22,2
	typowy dzień weekendowy	3,3	4,4	6,9	5,9	12,9	12,0	29,2	24,3	23,8	24,6	23,8	28,9

K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

W tabeli 20 przedstawiono czas korzystania z Internetu w typowym dniu roboczym i weekendowym w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem. Analiza typowego dnia roboczego młodszej kohorty ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, która korzysta z Internetu 2-3 godzin dziennie – 29,4% (2015r. 37,0%), nieco mniej osób poświęca na tą aktywność około 4 – 5 godzin 21,7 (2015r. 18,4%). Natomiast w przypadku typowego dnia weekendowego, najliczniejsza jest frakcja korzystająca około 4-5 godzin lub ponad 6 godzin 25,5% (2015r. 27,1%), a na kolejnej pozycji znajduje się grupa osób, która poświęca na aktywność w Internecie około 2-3 godzin dziennie 23,3% (2015r. 25,8%). W starszej kohorcie w typowym dniu roboczym również największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z Internetu około 2-3 godzin 33,1% (2015r. 36,4%), jednak na drugim miejscu jest grupa osób, która korzysta z Internetu około 6 godzin dziennie 22,2% (2015r. 13,7%). W trakcie weekendu najliczniejsza jest frakcja korzystająca ponad 6 godzin dziennie 28,9% (2015r. 23,8%), na drugiej pozycji znajduje się grupa osób, która poświęca na aktywność w Internecie ok. 4-5 godzin lub ponad 6 godzin dziennie 24,6% (2015r. 23,8%). Większa ilość czasu wolnego w weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z Internetu.

Porównanie Województwa Dolnośląskiego i kraju ogółem pod względem liczby godzin w czasie typowego dnia w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem, w których uczniowie korzystali z poszczególnych usług w Internecie nie ujawnia istotnych różnic między analizowanymi obszarami. Ta prawidłowość dotyczy obu kohort. Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype (tabela 21). W młodszej grupie mniej więcej co trzeci badany twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, również co trzeci badany jest zdania, że jego rodzice uważają, że poświęca na tą aktywność za dużo czasu, a co szósty ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie jest podobnie, jeśli chodzi o przekonanie, że spędza się za dużo czasów w mediach społecznościowych. Natomiast nieco niższy odsetek osób uważa, że ich rodzice są przekonani, że spędzają za dużo czasu w tych mediach, a także nieco niższy odsetek ma zły humor, gdy nie ma dostępu do tych mediów.

Tabela 21. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype.

Poziom klasy		Zdecydowanie tak		Raczej tak		Ani tak, ani nie		Raczej nie		Zdecydowanie nie	
		2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	13,2	19,3	19,2	24,6	19,5	22,0	28,4	20,2	19,7	13,8
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	6,4	6,9	10,5	10,6	12,6	17,5	30,2	31,3	40,3	33,7

	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	14,9	20,8	17,5	20,1	16,2	16,7	20,9	20,6	30,4	21,8
II klasy szkół ponad gimnazjalnych	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	15,1	19,6	20,1	26,8	19,4	23,0	28,3	20,3	17,2	10,3
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	4,1	3,8	8,4	9,5	14,0	18,4	31,4	33,9	42,1	33,5
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	10,9	15,2	15,1	20,7	11,8	15,9	29,1	25,4	33,1	22,7

K. Charzyńska, J. Sierostawski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak: komputer, smartfon, konsola (tabela 22). W młodszej grupie 22,4% (2015r. 19,5%) badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tę aktywność za dużo czasu, 18,1% (2015r. 16,7%) badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,7% (2015r. 9,8%) badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są nieco niższe.

Tabela 22. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak: komputer, smartfon, konsola.

Poziom klasy		Zdecydowanie tak		Raczej tak		Ani tak, ani nie		Raczej nie		Zdecydowanie nie	
		2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019	2015	2019
III klasy gimnazjum	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	7,3	9,0	9,4	9,1	12,2	13,9	23,0	20,3	48,1	47,8
	Zły humor jeśli brak możliwości grania	3,4	4,2	6,4	5,5	10,8	10,9	20,2	20,4	59,2	59,1
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	9,6	11,2	9,9	11,2	10,6	10,4	17,4	15,6	52,4	51,6

II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	6,2	4,6	7,7	7,3	11,4	11,5	22,1	20,7	52,7	55,9
	Zły humor jeśli brak możliwości grania	2,2	3,0	3,9	3,3	7,9	8,9	20,3	16,6	65,7	68,2
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	6,3	7,5	9,4	7,8	7,0	9,5	17,5	15,7	59,8	59,5

K. Charzyńska, J. Sierosławski, *ESPAD Wrocław 2015, ESPAD Wrocław 2019*

Na profilaktykę uzależnień składają się spójne działania mające na celu zapobieganie uzależnieniom – zanim one wystąpią. Oddziaływania te są adresowane zarówno do ogółu społeczeństwa, jak i grup podwyższonego ryzyka, ale także do tych osób, które przejawiają zachowania sprzyjające pojawieniu się uzależnienia (np. piją alkohol czy miały pierwszy kontakt z narkotykami). W przypadku uzależnień behawioralnych profilaktyka również polega na przeciwdziałaniu. Istnieje jednak pewna różnica – w przypadku spożywania alkoholu czy używania narkotyków już pierwszy kontakt z substancją może być postrzegany jako przejaw zachowania problemowego. W przypadku e-czynności nie można przyjmować takiego kryterium – samo korzystanie z Internetu czy granie w gry nie jest postrzegane jako zjawisko negatywne. Dostępność Internetu oznacza możliwość korzystania z nowych treści edukacyjnych, zwiększa szanse rozwojowe, profilaktyczne i terapeutyczne. Internet dostarcza także rozrywki.

Profilaktyka uzależnień (także behawioralnych) polega na eliminowaniu lub redukowaniu wpływu znaczących czynników ryzyka i wzmacnianiu czynników chroniących.¹⁴

Służą temu strategie profilaktyczne czyli sposoby postępowania oparte na podstawach teoretycznych. Wiodące strategie profilaktyczne w odniesieniu do uzależnień behawioralnych to po pierwsze rozwijanie umiejętności społecznych, po drugie rozwijanie kompetencji wychowawczych rodziców i opiekunów. Ponadto edukacja normatywna, budowanie więzi uczniów ze szkołą, korygowanie deficytów rozwojowych, włączanie naturalnych mentorów, wczesne rozpoznawanie uzależnień i krótka interwencja.

Kluczową kwestią wydaje się integracja podmiotów działających w sferze uzależnień behawioralnych, identyfikacja zasobów instytucjonalnych, organizacyjnych i finansowych i podjęcie skutecznych działań opartych na dowodach naukowych w tym działań informacyjno-edukacyjnych kierowanych do szerokiego grona odbiorców, a także wysokojakościowych programów skierowanych na środowisko szkolne i rodzinne.

¹⁴ Magdalena Rowicka „Skuteczna Profilaktyka Uzależnień Behawioralnych ORE, Warszawa 2019

VII. Wnioski i rekomendacje

Przedstawiona diagnoza pozwala na przedstawienie następujących wniosków :

1. Wzrost ilości pierwszorazowych pacjentów uzależnionych od środków psychoaktywnych przy niezwiększającej się ilości ogółu osób używających środków psychoaktywnych może świadczyć o pozytywnych efektach programów motywujących do terapii. Może też być wynikiem bardziej intensywnego używania tych środków. Koniecznym jest przeprowadzenie badań szczegółowych tego problemu.
2. Utrwalił się podwyższony poziom wskaźnika ilości pacjentów leczonych pierwszorazowo z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych – dynamika sytuacji w ostatnich latach jest trudna do ustalenia z powodu braku dostępu do aktualnych danych.
3. Występuje nadal znaczna liczba pacjentów leczonych z powodu uzależnienia mieszanego (w tym krzyżowego z alkoholem oraz z lekami bez recepty).
4. Utrwały się trudności w kontraktowaniu leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (blokada ze względu na arbitralne limity NFZ).
5. Porównanie wyników ESPAD uzyskanych w Województwie Dolnośląskim i w całym kraju wskazuje na większe rozpowszechnienie używania marihuany w Województwie Dolnośląskim, niż w całym kraju. Ta prawidłowość dotyczy obu poziomów nauczania i wszystkich analizowanych okresów czasowych i jest szczególnie widoczna w przypadku eksperymentowania z tą substancją przez dziewczęta. Sugeruje to potrzebę opracowania programów profilaktycznych w zakresie używania, alkoholu i marihuany uwzględniających specyfikę dziewcząt jako adresatów. Wydaje się, że przygotowując takie programy warto odwoływać się do kwestii zdrowia prokreacyjnego.
6. Za najczęstsze przyczyny sięgania po środki przez młodzież pozostają zarówno w szkołach podstawowych jak i średnich - „wpływ grupy” i „ciekawość”.
7. Utrwalają się pozytywne efekty działań profilaktycznych prowadzonych w szkołach na Dolnym Śląsku - duży i stabilny udział aktywnego udziału młodzieży w programach widoczne również w badaniach ESPAD.
8. Narastanie liberalnych postaw rodziców wobec picia napojów alkoholowych przez ich dzieci sugeruje potrzebę edukacji rodziców w tym zakresie, jeśli chce się utrzymać paradygmat abstynencyjny profilaktyki.
9. Według wszystkich grup respondentów zmienia się struktura używanych środków narkotycznych - nadal zmniejsza się rola opiatów oraz dopalaczy, wzrasta znacznie marihuany i pochodnych, wzrasta leków bez receptowych, leków uspokajających i nasennych oraz alkoholu i nowych środków (produkty wytworzone z leków).
10. Tendencja spadkowa rozpowszechnienia używania „dopalaczy” wraz ze wzrostem przekonań o ryzyku związanym z ich używaniem sugerować może sukces działań profilaktycznych w tym obszarze.
11. Wyniki ESPAD uzyskane w Województwie Dolnośląskim w 2019 r. ujawniły skalę potrzeb dotyczącą profilaktyki w zakresie używania przetworów konopi. Prowadzenie działań profilaktycznych wydaje się przynosić efekty, powinno zatem nadal stanowić bezwzględny priorytet. Wskazaniem jest przeprowadzenie ukierunkowanych badań tego trendu - niezbędnym jest promowanie programów profilaktycznych ukierunkowanych na problemy marihuany i jej pochodnych w profilaktyce uniwersalnej. W profilaktyce wskazującej rozszerzenie programów dla użytkowników marihuany (np. Candis).
12. W Województwie Dolnośląskim odnotowano wyraźny spadek wartości odsetka osób, które eksperymentowały z marihuaną zarówno w starszej jak i w młodszej grupie. Ten wynik wskazuje, że programy ukierunkowane na ograniczenie podaży są skuteczne i należy dążyć do dalszego ich udoskonalania, tak aby pozytywny trend został utrzymany.
13. Wyniki badań wskazują na wzrost zachowań związanych z możliwością rozwoju uzależnień behawioralnych. Wskazaniem jest włączenie zagadnień uzależnień behawioralnych (wszystkie przejawy) do oddziaływań profilaktyki uniwersalnej. Należy ponadto wspierać działanie instytucji i organizacji działających na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym oraz

udzielającym pomocy osobom uzależnionym. W procesie szkolenia terapeutów placówek terapii uzależnień należy kontynuować tematykę dotyczącą metodyki terapii osób uzależnionych behawioralnie.

14. W analizie problemów dotyczących zjawiska przemocy widać iż prawie połowa badanych respondentów wykazuje postawę bierną w reakcji na przemoc. Takie zachowanie wyraźnie blokuje przeciwdziałanie przemocy. Koniecznym jest rozszerzenie systemu przeciwdziałania przemocy oraz upowszechnienie informacji o tym systemie. Wskazany jest podnoszenie kompetencji osób zajmujących się pomocą ofiarom przemocy w rodzinie.
15. Analiza sytuacji dotyczącej leczenia osób uzależnionych pokazała, że ważnym jest włączenie wszystkich placówek do cyklu terapii wszelkich rozpoznawanych uzależnień. Proces ujednolicania placówek rozpoczęto w roku 2017. Koniecznym jest wsparcie procesów modyfikacji pozostałych placówek terapii uzależnienia od alkoholu jak i uzależnienia od środków psychoaktywnych do poziomu placówek terapii uzależnień. Należy kontynuować cykl szkoleń terapeutów placówek w prowadzeniu terapii osób uzależnionych od wszystkich środków i zachowań.
16. Zasadne jest większe wspieranie działań związanych z FASD w województwie dolnośląskim. Istotne jest przygotowanie odpowiednich specjalistów (np. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych) do bycia edukatorem FASD, a także do pomocy rodzinom, w których dziecko ma FAS/FASD.
17. Zjawisko nietrzeźwości na dolnośląskich drogach nadal pozostaje poważnym problemem, dlatego też należy prowadzić działania w celu ograniczenia zjawiska nietrzeźwości w ruchu drogowym np. poprzez realizację szkoleń czy kampanii edukacyjnych.

VII. Planowany program działań - obszary problemowe, zadania

Wykorzystane w diagnozie problemów uzależnień w województwie dolnośląskim wyniki badań, dane statystyczne oraz dokumenty źródłowe pozwoliły rozpoznać skalę zjawiska, a także wyznaczyć priorytetowe kierunki działań w naszym regionie. Cel główny wojewódzkiego programu realizowany będzie za pomocą określonych celów szczegółowych, w oparciu o: działania profilaktyczne i edukacyjne, szkoleniowe, działania medyczne, redukcję szkód, jak również reintegrację społeczną oraz badania i monitoring.

<u>Cel operacyjny:</u>	
Integracja na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień	
1. Profilaktyka i edukacja	
<u>Cel szczegółowy:</u>	
Wspieranie i rozwój programów profilaktycznych oraz podnoszenie wiedzy ogółu społeczeństwa w zakresie problematyki uzależnień oraz HIV/AIDS.	
1. Profilaktyka uniwersalna	1. Prowadzenie działań edukacyjnych w tym kampanii społecznych adresowanych do ogółu społeczeństwa na temat szkód społecznych i zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu i używania środków psychoaktywnych.
	2. Wspieranie i realizacja programów edukacyjnych ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska picia alkoholu zwłaszcza przez dziewczęta oraz kobiety, w tym kobiety będące w ciąży.
	3. Wspieranie działań zmierzających do ograniczenia rozmiarów używania przetworów konopi przez dzieci i młodzież.
	4. Prowadzenie edukacji publicznej na temat uzależnień behawioralnych.
	5. Wspieranie programów profilaktyki uzależnień behawioralnych ukierunkowanych na rozwijanie umiejętności psychospołecznych dzieci oraz kompetencji wychowawczych rodziców i opiekunów.
	6. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków psychoaktywnych i alkoholu oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie.
	7. Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym.
	8. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, dorosłych, w tym programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych, problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego (programy profilaktyki uniwersalnej).
	9. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

	<p>10. Wspieranie i realizacja działań edukacyjnych na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód związanego z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.</p> <p>11. Profilaktyka zakażeń HIV i zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji i edukacji w tym zakresie.</p> <p>12. Wspieranie działalności Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych, gdzie bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania można wykonać testy na HIV.</p>
2. Profilaktyka selektywna	<p>1. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej i socjoterapeutycznej dla dzieci z rodzin z problemem uzależnień, w tym wspieranie działalności świetlic socjoterapeutycznych, środowiskowych, klubów młodzieżowych ze szczególnym uwzględnieniem realizacji programów socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem uzależnień.</p> <p>2. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktycznych i programów wczesnej interwencji rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i osób pracujących w tym zakresie zwłaszcza w gminach, w których brakuje takiej oferty lub jest ona niewystarczająca (gminy wiejskie i miejsko wiejskie).</p> <p>3. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków psychoaktywnych, alkoholu (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby itp.).</p> <p>4. Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem uzależnień.</p>
3. Profilaktyka wskazująca	<p>1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających alkoholu i środków psychoaktywnych w sposób szkodliwy, w tym w szczególności w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.</p>
Wskaźniki:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba działań edukacyjnych i kampanii społecznych na temat szkód społecznych i zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu i używania środków psychoaktywnych 2. Liczba wspartych programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej 3. Liczba dzieci i młodzieży z terenów wiejskich i miejsko wiejskich - odbiorców programów profilaktyki selektywnej i wskazującej 4. Liczba odbiorców programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności 5. Liczba dziewcząt biorących udział w programach edukacyjnych ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska picia alkoholu 6. Liczba kobiet, w tym kobiet w ciąży objętych programami ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska picia alkoholu 7. Liczba odbiorców działań edukacyjnych na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód związanego z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu 8. Liczba osób objętych wsparciem Punktów Konsultacyjno – Diagnostycznych 9. Liczba inicjatyw skierowanych na osób doznających przemocy z uwagi na problem uzależnień 	

2. Działalność szkoleniowa

Cel szczegółowy:

Podnoszenie kompetencji osób zawodem bądź funkcją związanych z działaniami z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień.

1.Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w obszarze profilaktyki uzależnień, w tym m.in. członków GKRPA, przedstawicieli samorządów lokalnych, terapeutów, pracowników oświaty i służby zdrowia, służb mundurowych, pomocy społecznej, organizacji pozarządowych i innych.

2.Wspieranie i udzielenie pomocy samorządom gminnym w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień poprzez realizację szkoleń, konferencji, seminariów m.in. dla członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych na temat skutecznych strategii profilaktycznych, monitorowania problemów uzależnień, realizacji polityki w zakresie ograniczenia dostępności alkoholu, promocji dobrych praktyk.

3.Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz używających środki psychoaktywne (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja).

4.Rozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień.

5.Wspieranie programów szkoleniowych z zakresu profilaktyki uzależnień, w tym chemicznych i behawioralnych adresowych do różnych grup zawodowych.

Wskaźniki:

1. Liczba przeprowadzonych konferencji, porad, szkoleń dla przedstawicieli instytucji działających w obszarze profilaktyki uzależnień
2. Liczba uczestników konferencji, porad, szkoleń
3. Liczba osób kształcących się w procesie certyfikacji

3. Działania medyczne, redukcja szkód i reintegracja społeczna.

Cel szczegółowy:

Zwiększenie działań terapeutycznych i psychologicznych dla osób uzależnionych oraz zwiększenie aktywności w kierunku włączania społecznego osób uzależnionych.

1. Działania medyczne i redukcja szkód wynikających z uzależnień	1.Rozwijanie programów terapeutycznych skierowanych do problemowych użytkowników i osób uzależnionych oraz ich rodzin.
	2.Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków.
	3. Wspieranie lub realizacja programów superwizji dla pracowników leczenia odwykowego.
	4.Wspieranie rozwoju placówek leczenia odwykowego, zakup sprzętu, wyposażenia oraz modernizacja istniejących i nowopowstałych placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków i współuzależnionych.
	5.Podejmowanie działań prowadzących do zmniejszenia ograniczeń w przyjmowaniu do leczenia odwykowego osób o szczególnych potrzebach, w tym osób z niepełnosprawnościami
	6.Rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków psychoaktywnych i alkoholu.

	<p>7. Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród używających szkodliwie i uzależnionych od środków psychoaktywnych, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych.</p> <p>8. Wspieranie zadań wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia i współuzależnienia.</p> <p>9. Zwiększenie dostępności usług terapii indywidualnej, grupowej oraz interwencji środowiskowej dla osób objętych programem leczenia substytucyjnego, ich rodzin oraz osób oczekujących na terapię.</p> <p>10. Wspieranie działalności środowisk abstyntenckich.</p> <p>11. Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów, w tym wspieranie i upowszechnianie programów socjoterapeutycznych, terapeutycznych, psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w tym dzieci z FASD oraz ich opiekunów, a także wspieranie utworzonego Centrum Diagnostyki i Terapii FAS</p> <p>12. Reedukacja osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu oraz środków psychoaktywnych.</p>
<p>2. Wspieranie rozwoju programów reintegracji społecznej</p>	<p>1. Poszerzanie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem w tym dla osadzonych w zakładach karnych i opuszczających te zakłady.</p> <p>2. Współdziałanie w zakresie rozwoju systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez współtworzenie ośrodków przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym tzw. Centrów Integracji Społecznej/ Klubów Integracji Społecznej w związku z art. 8 ust. 1 ustawy o zatrudnieniu socjalnym</p> <p>3. Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych po zakończeniu leczenia odwykowego.</p>
<p>Wskaźniki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba wspartych programów redukcji szkód 2. Liczba wspartych superwizji pracowników lecznictwa odwykowego 3. Liczba wspartych podmiotów lecznictwa odwykowego w zakresie modernizacji, zakupu sprzętu i wyposażania 4. Liczba uczestników programów leczenia substytucyjnego 5. Liczba uczestników programów dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w tym dzieci z FASD, oraz ich opiekunów 6. Liczba wspartych inicjatyw skierowanych do środowisk abstyntenckich 7. Liczba wspartych działań skierowanych do osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu i środków psychoaktywnych 8. Liczba programów pomocy dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem w tym dla osadzonych w zakładach karnych i opuszczających te zakłady 9. Liczba wspartych CIS, KIS 	

4. Badania i monitoring.

Cel szczegółowy:

Określanie skali zjawiska problemów uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego.

1. Zlecenie do realizacji badań ankietowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej przeprowadzane co 4 lata zgodnie z metodologią zalecaną przez Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

2. Zlecenie do realizacji badań i analiz jakościowych i ilościowych na poziomie lokalnym i wojewódzkim.

3. Realizacja corocznych monitoringów wojewódzkich za pośrednictwem WOTUW.

4. Analiza sprawozdań z działalności samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

5. Aktualizacja bazy danych podmiotów leczniczych świadczących usługi na rzecz osób uzależnionych na terenie województwa dolnośląskiego

6. Współpraca z samorządami, agendami rządowymi, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami (m.in. Policja, OPS, IPIN) w zakresie pozyskiwania danych statystycznych

Wskaźniki:


1. Liczba zleconych lub zrealizowanych badań
2. Liczba zebranych i udostępnionych publikacji i raportów z badań
3. Liczba aktualizacji baz danych

Spis tabel i wykresów:

Tabela 1.	Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku	6
Tabela 2.	Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej Gminnego/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w latach 2016 - 2018, objętych tą pomocą z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.	9
Tabela 3.	Picie napojów alkoholowych w Województwie Dolnośląskim w latach 2007, 2011, 2015 i 2019.	11
Tabela 4.	Picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.	11
Tabela 5.	Przekraczanie progu nietrzeźwości.	12
Tabela 6.	Przekraczanie progu nietrzeźwości w woj. dolnośląskim w latach 2007, 2011, 2015 i 2019.	12
Tabela 7.	Częstość spożywania jakiegoś napoju alkoholowego w trakcie ciąży (%)	14
Tabela 8.	Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu poszczególnych typów	15
Tabela 9.	Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych.	16
Tabela 10.	Liczba zarejestrowanych osób współuzależnionych	17
Tabela 11.	Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem uczestników ruchu będących pod działaniem alkoholu w układzie województw w 2019r	18
Tabela 12.	Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu wg naruszonego przepisu w 2018 i 2019 roku z podziałem na województwa	19
Tabela 13.	Używanie substancji kiedykolwiek w życiu.	23
Tabela 14.	Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy.	24
Tabela 15.	Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni.	25
Tabela 16.	Źródła zakupów dopalaczy.	27
Tabela 17.	Używanie dopalaczy.	27
Tabela 18.	Liczba placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych poszczególnych typów.	32
Tabela 19.	Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać - województwo dolnośląskie.	41
Tabela 20.	Czas korzystania z Internetu w typowym dniu w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem.	42
Tabela 21.	Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype.	43
Tabela 22.	Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak: komputer, smartfon, konsola.	44
Wykres 1.	Podaż alkoholu w regionie	7
Wykres 2.	Liczba osób nietrzeźwych	7
Wykres 3.	Liczba pijącej młodzieży	8
Wykres 4.	Alkohole używane przez młodzież	8
Wykres 5.	Występowanie rodzin z problemem alkoholowym w rejonach działania w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami	9
Wykres 6.	Picie napojów alkoholowych III klasach gimnazjum	10
Wykres 7.	Picie napojów alkoholowych w w II klasach szkół ponadgimnazjalnych	10
Wykres 8.	Przekraczanie progu nietrzeźwości w III klasach gimnazjum z podziałem na płeć na Dolnym Śląsku	13
Wykres 9.	Przekraczanie progu nietrzeźwości w II klasach szkół ponadgimnazjalnych z podziałem na płeć w Polsce	13
Wykres 10.	Grupy wiekowe osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu	16
Wykres 11.	Wypadki drogowe z udziałem użytkowników dróg będących pod działaniem alkoholu w latach 2010 - 2019	19

Wykres 12.	Liczba i płeć osób pokrzywdzonych przemocą w rodzinie	20
Wykres 13.	Sprawcy przemocy w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami.	21
Wykres 14.	Osoby doświadczające przemocy w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami.	21
Wykres 15.	Reakcja środowiska w opinii osób funkcją lub zawodem związanych z badanymi zjawiskami. - 2018	22
Wykres 16.	Liczba sporządzonych formularzy „Niebieska Karta” w poszczególnych województwach w 2018r.	22
Wykres 17.	Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP w podziale na grupy wiekowe w Polsce.	28
Wykres 18.	Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP w podziale na województwa.	28
Wykres 19.	Wskaźnik zatruc NSP na 100 tys. mieszkańców.	29
Wykres 20.	Kontakt z problemami narkomanii w latach.	30
Wykres 21.	Ilość osób biorących substancje psychoaktywne w ostatnich 3 latach.	30
Wykres 22.	Użycie środków psychoaktywnych według respondentów.	31
Wykres 23.	Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2018 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.). POLSKA – 40,4	33
Wykres 24.	Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2016 – 2018 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (dane za rok 2016 = 100%). POLSKA – 98,5	34
Wykres 25.	Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2018 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta	35
Wykres 26.	Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych w latach 2014–2018.	36
Wykres 27.	Wskaźnik liczby prawomocnie skazanych w 2016 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku - wg województw (wskaźnik na 100 tys.).	37
Wykres 28.	Liczba zarejestrowanych osób zakażonych HIV i AIDS na drodze kontaktów seksualnych (MSM i HET) oraz na drodze wstrzykiwań narkotyków (PWID) w latach 2016 – 2018.	38
Wykres 29.	Liczba nowych zakażeń HIV i zarażeń AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (PWID) w latach 2016-2018 - dane ogólnopolskie.	39
Wykres 30.	Liczba nowych zakażeń HIV i zarażeń AIDS w latach 2016-2018 w województwie dolnośląskim.	39
Wykres 31.	Liczba nowych zakażeń HIV i zarażeń AIDS w 2018 roku w województwach.	40

Przewodniczący
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego



Andrzej Jaroch