

Załącznik do uchwały nr XXXI/880/13
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego
z dnia 14 lutego 2013r.



DOLNOŚLĄSKI PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ NA LATA 2013-2016

Wrocław, 2013

SPIS TREŚCI

I. Wstęp.....	2
II. Podstawy prawne programu.....	4
III. Zasady realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016”	6
IV. Diagnoza problemów alkoholowych na Dolnym Śląsku.....	7
1. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w województwie dolnośląskim.....	7
2. Używanie napojów alkoholowych w populacji generalnej.....	10
3. Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną.....	12
4. Uzależnienia behawioralne.....	15
5. Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego.....	17
6. Zjawisko przemocy w województwie dolnośląskim.....	20
V. Diagnoza problemów narkotykowych na Dolnym Śląsku.....	22
1. Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie dolnośląskim.....	22
2. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną.....	24
3. Problem „dopalaczy”	29
4. Skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.....	30
5. Przestępczość narkotykowa.....	32
6. Choroby zakaźne związane z narkotykami.....	35
VI. Planowany program działań - obszary problemowe, zadania.....	40
1. Prowadzenie działalności profilaktycznej zmierzającej do ograniczenia spożycia alkoholu i zjawiska przemocy domowej, a także zmniejszenia skutków picia problemowego.....	40
2. Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz reintegracja społeczna.....	41
3. Badania i monitoring problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie....	42
4. Prowadzenie działalności profilaktycznej zmierzającej do ograniczenia wzrostu popytu na narkotyki oraz zjawiska HIV/AIDS.....	43
5. Leczenie, rehabilitacja, ograniczenie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna.....	44
6. Badania i monitoring problemu narkotyków i narkomanii oraz HIV/AIDS.....	45

I. Wstęp

Niniejszy „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” jest kontynuacją działań realizowanych w ramach założeń zainicjowanych uchwaleniem pierwszego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zadań z Zakresu Zapobiegania Narkomanii na lata 1999-2003”, drugiego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zadań z Zakresu Zapobiegania Narkomanii na lata 2004-2008”, a także trzeciego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009 - 2012”.

Podstawową rolą Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach realizacji ww programu jest inspirowanie i wspieranie realizacji konkretnych zadań w ramach posiadanych możliwości merytorycznych, organizacyjnych i finansowych. Wskazany program stanowi merytoryczne i organizacyjne ramy dla realizacji zadań, ze szczególnym uwzględnieniem wskazanych priorytetów wynikających z przyjętych celów.

Zasadniczym celem programu jest zmniejszenie rozmiarów negatywnych skutków o charakterze rodzinnym, społecznym i zdrowotnym związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu (w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie) i innych środków psychoaktywnych. Biorąc pod uwagę interdyscyplinarny charakter programu oraz zaangażowanie w jego realizację wielu instytucji i organizacji przyczyni się on do zmniejszenia rozmiaru problemu uzależnień na terenie całego województwa dolnośląskiego.

Program został napisany na podstawie analizy dostępnych danych, badań i raportów, a przede wszystkim w oparciu o priorytetowe zadania wskazane w krajowych programach dotyczących profilaktyki uzależnień. Część zadań została określona w sposób szczegółowy, a niektóre z nich w sposób bardziej ogólny. Dzięki temu Program ma charakter otwarty i stwarza możliwość bieżącej jego weryfikacji, biorąc pod uwagę aktualne potrzeby społeczne, bieżące badania oraz zmiany legislacyjne.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” stanowi wyznacznik celów i działań, wokół których będą koncentrowały się również zadania innych podmiotów zaangażowanych w profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie dolnośląskim. Niezmiernie istotnym warunkiem skuteczności działań z tego zakresu na Dolnym Śląsku jest skoordynowana współpraca pomiędzy samorządami różnych szczebli, organizacjami pozarządowymi jak też innymi instytucjami. Ważna jest stała wymiana poglądów i doświadczeń, która przyczyni się do skuteczniejszego realizowania zadań i efektywniejszego wykorzystania środków przeznaczonych na poszczególne zadania.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” został opracowany przez pracowników Działu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień -

Wydziału Zdrowia, Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” został poddany konsultacjom społecznym z ekspertami reprezentującymi różne instytucje zajmujące się profilaktyką uzależnień oraz pomocą osobom uzależnionym i ich rodzinom.

II. Podstawy prawne programu

Ustawy i rozporządzenia:

1. Ustawa z dnia 05 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (t. j. Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012r., poz. 1356).
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (t. j. Dz. U. z 2012r., poz. 124 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005r. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t. j. Dz. U. z 2010r., Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (t. j. Dz. U. z 2011r., Nr 43, poz. 225 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2009r. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2010r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. z 2012r., poz. 734).
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011r. Nr 44, poz. 227).
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 24, poz. 128).
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. z 2011r., Nr 78, poz. 428).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać

zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. z 2007r. Nr 205, poz. 1493 z późn. zm.).

Programy krajowe przyjęte uchwałą Rady Ministrów:

1. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 z dnia 22 marca 2011 roku.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 z dnia 15 maja 2007 roku.
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2006 - 2016 z dnia 25 września 2006 roku.

Założenia wojewódzkie:

1. Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do roku 2020 przyjęta Uchwałą Nr XLVIII/649/2005 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 listopada 2005r.
2. Uchwała Nr 132/III/07 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 08 lutego 2007 roku w sprawie powołania Eksperta Wojewódzkiego do spraw informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego.

Dokumenty międzynarodowe a problem uzależnienia od alkoholu i narkotyków:

1. Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu.
2. Europejski Program Działań na rzecz Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (2003r.), Europejska Karta Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (2004r.).
3. „Council Conclusions on Alcohol and Health” (Konkluzje Rady w sprawie alkoholu i zdrowia, 2009).
4. Globalna Strategia Redukująca Szkodliwe Spożywanie Alkoholu.
5. Strategia Antynarkotykowa UE.

III. Zasady realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016”

1. Zadania „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” dotyczą bezpośrednio profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w tym: zadań z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, przeciwdziałania narkomanii, zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
2. Środki finansowe przeznaczone na realizację „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” - na podstawie art. 9³ ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) 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 Dolnośląskiego, ze środków własnych Samorządu Województwa Dolnośląskiego, ze środków budżetu państwa oraz ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
3. Finansowanie zadań „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” 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 Uzależnień na lata 2013-2016” odpowiada Zarząd Województwa Dolnośląskiego realizujący niniejszy program przez Departament Polityki Zdrowotnej, Wydział Zdrowia - Dział Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego oraz Eksperta ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego.
6. „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” jest dokumentem otwartym i może być na podstawie uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego wzbogacany o nowe treści.
7. „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013-2016” obowiązuje do czasu uchwalenia kolejnego programu na następne lata.

IV. Diagnoza problemów alkoholowych na Dolnym Śląsku

Populacja województwa wynosi 2.916 577¹. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe dla Dolnego Śląska).

Tabela 1. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku.

Uzależnieni od alkoholu	2% populacji	ok. 58 331
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	4% populacji	ok. 116 663
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym	4% populacji	ok. 116 663
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	ok. 174 994
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok. 160 000

Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, strona internetowa: www.parpa.pl

1. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w województwie dolnośląskim.

Na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 28 października 1982 roku (z późniejszymi zmianami), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (dawniej rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu z dnia 31 grudnia 1999 roku), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (z późniejszymi zmianami)

placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu są:

- poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
- poradnie leczenia uzależnień;
- całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu;
- całodobowe oddziały leczenia uzależnień;
- dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu;
- dzienne oddziały leczenia uzależnień;
- oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
- hostele dla osób uzależnionych od alkoholu.

¹ GUS, NSP 2011, Stan na 31.12.2011

Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu realizują:

- o działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej;
- o programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów;
- o programy psychoterapii uzależnień;
- o programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie;
- o indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
- o indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
- o działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu.

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 zorganizowany jest 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). Wg danych NFZ w poradniach i oddziałach leczenia uzależnień ponad 90% pacjentów to osoby leczone z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu.

Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim.

Tabela 2. Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu poszczególnych typów.

Rok	Poradnie PTUA	Dzienne oddziały leczenia uzależnienia od alkoholu DOTUA	Całodobowe oddziały leczenia uzależnienia od alkoholu COTUA	Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych OLAZA
2009	32	3	8	4
2010	37	4	8	4
2011	37	4	8	4

Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki lecznictwa odwykowego w województwach.

Jak widać z powyższego zestawienia liczba całodobowych oddziałów leczenia uzależnienia od alkoholu oraz oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych przez ostatnie trzy lata nie zmieniła się, natomiast zwiększyła się liczba placówek wykonujących świadczenia ambulatoryjne: oddziałów dziennych (z trzech do czterech) oraz poradni (o pięć).

Pacjenci placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim.

Tabela 3. Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych.

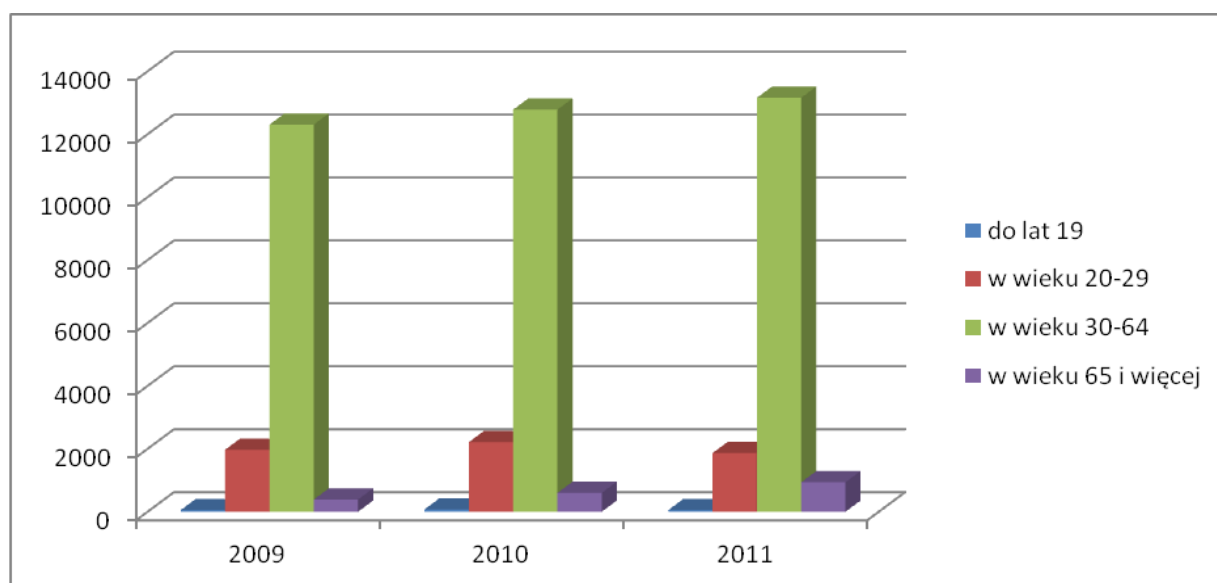
Rok	Uzależnieni zarejestrowani ogółem			Uzależnieni, którzy zgłosili się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2009	17399	3839	22%	7616	1511	20%
2010	17718	4051	23%	7700	1625	21%
2011	17573	4186	24%	7619	1684	22%

Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki lecznictwa odwykowego w województwach.

Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych, leczonych w 2011r. jest nieznacznie mniejsza w porównaniu z rokiem 2010, choć wyższa niż w roku 2009. Widać natomiast liczbowy wzrost kobiet uzależnionych w poszczególnych latach, przy czym 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, z danych obejmujących lata 2009-2011 w grupie leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu systematycznie maleje odsetek osób niepełnoletnich i młodych dorosłych, natomiast wzrasta odsetek osób w wieku 65 lat i więcej (wykres 1).

Wykres 1. Grupy wiekowe osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu.



Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki lecznictwa odwykowego w województwach.

Pacjenci współzależni.

Tabela 4. Liczba zarejestrowanych osób współzależniowych.

Rok	Osoby współzależnione ogółem			Osoby współzależnione, które zgłosiły się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2009	3411	3198	94%	1409	1248	89%
2010	3023	2701	89%	1408	1267	90%
2011	3313	2751	83%	1191	1046	88%

Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu” wypełniane corocznie przez placówki leczenia odwykowego w województwach.

Liczba członków rodzin osób uzależnionych, zarejestrowanych pod mianem „współzależni” utrzymuje się na podobnym poziomie, ze zdecydowaną nadal przewagą kobiet szukających pomocy z powodu picia swoich bliskich.

2. Używanie napojów alkoholowych w populacji generalnej.

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii co cztery lata realizuje badania w populacji generalnej (2002, 2006, 2010). Badania te przeprowadzane są na próbie losowej mieszkańców w wieku 15-64 lata za pomocą wywiadów kwestionariuszowych. Ich wyniki są wykorzystywane do formułowania rekomendacji oraz wskazówek dla kształtowania polityki w obszarze przeciwdziałania narkomanii. W 2010 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z ośmioma województwami, w tym z Urzędem Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego zrealizowały wspólnie część terenową badania dotyczącego używania substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych jak i nielegalnych oraz „dopalaczy”, uczestnictwa w grach o charakterze hazardowym jak również konsumpcji napojów alkoholowych.

Badani pytani byli o częstotliwość używania alkoholu, a także o zachowania oraz doświadczenia z alkoholem. Pytania dotyczyły okresu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem.

Ponad 83% badanych przyznało się do używania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Była to zdecydowanie najbardziej rozpowszechniona substancja psychoaktywna wyłączając tytoń. Najczęściej badani wymieniali piwo. 73% ankietowanych w okresie referencyjnym piło ten właśnie napój. Ankietowani nieco rzadziej wskazywali wino (69%) oraz napoje spirytusowe (68%).

Zgodnie z oczekiwaniami struktura spożywanego alkoholu wykazywała zróżnicowanie ze względu na płeć.

Tabela 5. Odsetki konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych w podziale na płeć.

	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY
Piwo	76,7	69,7
Wino	66,3	72,4
Wódka	73,9	62,2
Alkohol ogółem	83,5	83,1

Źródło A. Malczewski, *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, 2010.*

Taka struktura picia alkoholu jest w dużej mierze uwarunkowana kulturowo. Tradycyjny model zakłada, że konsumpcja napojów wysokoprocentowych oraz piwa są raczej domeną mężczyzn. Picie piwa oraz alkoholi wysokoprocentowych przez kobiety nie jest tak szeroko akceptowane społecznie, a czasami wręcz „źle widziane” i naznaczające. Badania nad młodzieżą oraz wiele badań populacyjnych wskazuje na fakt zacierania się tych różnic pomiędzy płciami. Na uwagę zasługują względnie niewielkie różnice w odsetkach, które mogą świadczyć o stopniowym powolnym odchodzeniu od tradycyjnego sposobu postrzegania zagadnień związanych z piciem przez kobiety oraz mężczyzn.

Największe średnie spożycie 100% alkoholu w roku w litrach dotyczy piwa. Średnia dla wszystkich badanych wyniosła 1,9 litra na głowę natomiast dla konsumentów piwa 2,9 litra. Niewiele mniejsze wartości wskaźnik ten osiągnął w przypadku napojów spirytusowych. Było to odpowiednio 1,5 litra i 2,7 litra. Zdecydowanie najniższe wskaźniki uzyskano w przypadku wina. Średni ankietowany wypijał 0,4 litra czystego alkoholu w winie w ciągu roku. Konsument wina wypijał średnio 0,7 litra w ciągu roku.

Tabela 6. Szacowane średnie roczne zużycie alkoholu w litrach 100% alkoholu.

Napoje spirytusowe	
Średnia dla wszystkich badanych	1,5
Średnia dla konsumentów napojów spirytusowych	2,7
Wino	
Średnia dla wszystkich badanych	0,4
Średnia dla konsumentów wina	0,7
Piwo	
Średnia dla wszystkich badanych	1,9
Średnia dla konsumentów piwa	2,9

Źródło A. Malczewski, Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, 2010.

Wódka oraz inne napoje wysokoprocentowe charakteryzują się relatywnie niską częstotliwością używania. W przypadku napojów spirytusowych największy odsetek respondentów używał ich 2-5 razy do roku.

Ok. 12% respondentów przyznawało się do picia napojów spirytusowych raz na rok. Odpowiednio 11,5 % i 10,2% respondentów używało napojów spirytusowych raz w miesiącu i 2-3 razy w miesiącu. Zdecydowanie mniej, ok. 5% respondentów deklarowało, że piło napoje spirytusowe 1-2 razy w tygodniu. Odsetek ten był jeszcze mniejszy w przypadku picia 3-4 razy w tygodniu. Odsetek niepijących mocnych alkoholi wyniósł 32%. Wino jest stosunkowo częściej używane przez respondentów, jednak struktura częstotliwości jest zbliżona do napojów spirytusowych. Przez 19,6 % respondentów wino było pite od 2 do 5 razy w roku. 18,9% respondentów konsumowało wino raz w roku. Ok. 11% piło wino raz w miesiącu, a 7% respondentów 2-3 razy w miesiącu. Wino było nieco częściej konsumowane 3-4 razy w tygodniu. Odsetek „winnych abstynentów” wyniósł 30,6%.

Piwo wśród badanych było zdecydowanie częściej konsumowanym alkoholem. 14,5% respondentów pijało piwo 1-2 razy w tygodniu, a 3,6% 3-4 razy w tygodniu. Stosunkowo duży odsetek

(2%) przyznał się do picia piwa codziennie lub prawie codziennie. Zdecydowanie niższe odsetki badanych niż w przypadku wina i napojów spirytusowych deklarowały picie piwa raz na rok oraz 2-5 razy w roku.

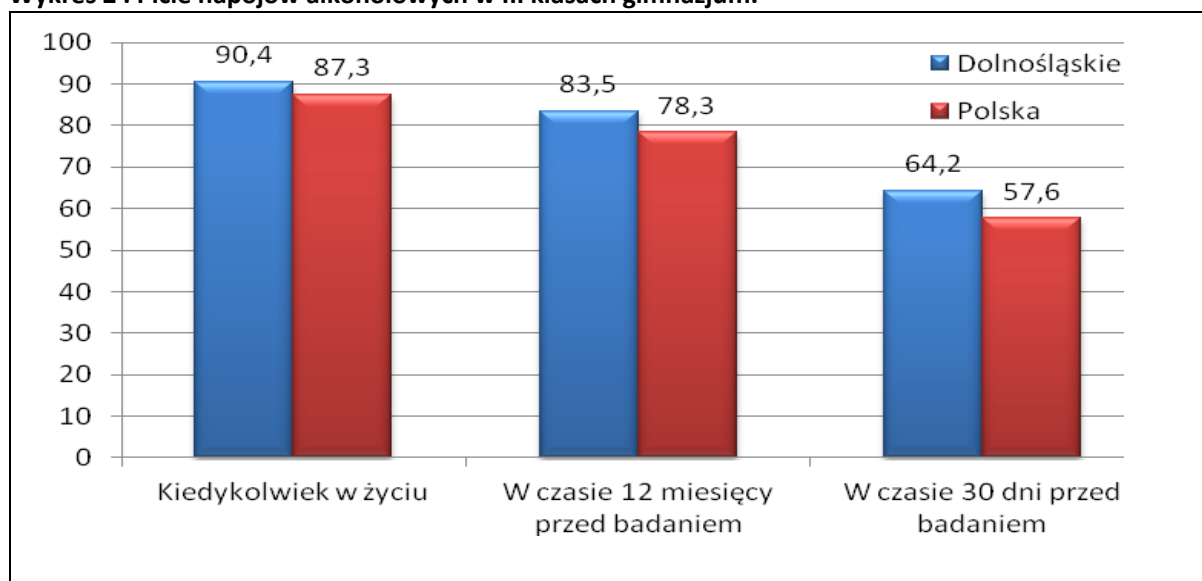
Badani byli także pytani o negatywne skutki picia nadmiernych ilości alkoholu. 14,3% osób w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz nie pamiętało, co się z nimi działo poprzedniej nocy. Podobnie 14,2% respondentów miało poczucie winy w związku z piciem alkoholu. Prawie 13% ankietowanych miało poczucie, że po alkoholu zrobili coś niewłaściwego, naruszającego normy zachowania. Prawie 10% respondentów przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie mogło zaprzestać picia po jego rozpoczęciu, a niewiele mniej, bo prawie 9% piło alkohol rano, po „imprezie” w celu zwalczenia złego samopoczucia. Dwie ostatnie sytuacje wydają się najbardziej niepokojące. Pierwsza świadczy o problemach z kontrolowaniem picia, druga zaś może prowadzić do rozwoju tzw. „ciągów alkoholowych”. Zdecydowana większość ankietowanych nie prowadziła pojazdów mechanicznych po alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jednak ok. 10% ankietowanych przyznało się do takiego zachowania, a prawie 3% nie pamiętało, bądź nie było pewnych, czy zdarzyło im się takie zachowanie.

3. Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną.

W maju i czerwcu 2011r. w ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) woj. dolnośląskiego. 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 90,4% gimnazjalistów z klas trzecich i 97,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wykres 2).

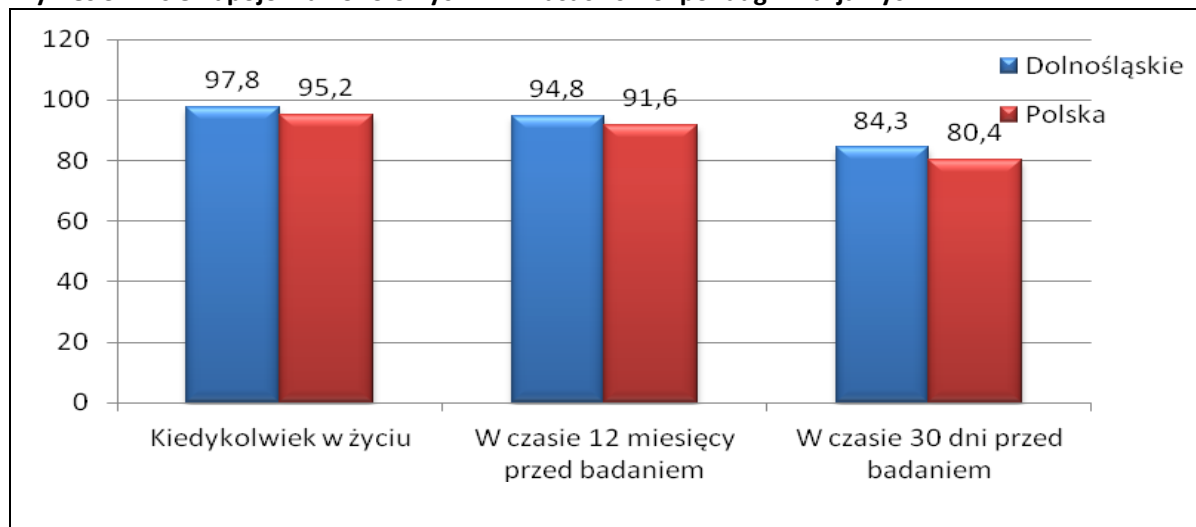
Wykres 2 . Picie napojów alkoholowych w III klasach gimnazjum.



Źródło: Janusz Sierosławski, ESPAD 2010.

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiegokolwiek napoje alkoholowe 83,5% młodszych uczniów i 94,8% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych nie odbiegają znacznie od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych.

Wykres 3 . Picie napojów alkoholowych w II klasach szkół ponadgimnazjalnych.



Źródło: Janusz Sierosławski, ESPAD 2010.

Na tym tle nie dziwi wyższy odsetek konsumentów w klasach starszych - większość uczniów z tych klas w momencie badania była już pełnoletnia lub zbliżała się do wieku dorosłości. Niewiele niższy odsetek konsumentów alkoholu wśród uczniów klas trzecich gimnazjów - głównie piętnastolatków powinien budzić niepokój spoglądając na rzecz, czy to z perspektywy zdrowia publicznego, czy norm prawnych. Jak pokazują wyniki badania, wśród piętnastolatków picie alkoholu stanowi normę, przynajmniej w sensie

statystycznym. Uczniowie w woj. dolnośląskim nieznacznie częściej niż uczniowie w całym kraju deklaruje picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu, a także picie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Prawidłowości te dotyczą zarówno gimnazjalistów, jak uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Częste używanie alkoholu było częściej deklarowane przez uczniów w woj. dolnośląskim niż na terenie całego kraju, szczególnie w młodszej kohorcie.

Rozpowszechnienie picia alkoholu okazało się zróżnicowane ze względu na płeć tylko, gdy analizujemy picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jednak nawet wyniki odnoszące się do częstego picia pokazują, że różnice między chłopcami i dziewczętami nie są zbyt wielkie. Nie osiągają one wartości 10 punktów procentowych. Wyniki te zdają się wskazywać zatrzymanie się procesu wyrównywania różnic we wzorach picia między dziewczętami i chłopcami, który wiązać można było z procesem emancypacji dziewcząt. Picie alkoholu w naszej kulturze, to raczej domena mężczyzn. Wśród dorosłych mieszkańców naszego kraju spotykamy wielokrotnie więcej niepijących kobiet, niż mężczyzn abstynentów. Wśród nastolatków proporcje te są niemal wyrównane. Wódkę pił, co najmniej raz w ciągu ostatnich trzydziestu dni, więcej niż co trzeci badany gimnazjalista (43,9%) i co znacznie więcej niż co drugi uczeń szkoły wyższego poziomu (66,8%). Picie piwa zdarzyło się w tym czasie większości badanych, grubo ponad połowie gimnazjalistów (64,7%) i ponad trzech czwartych uczniów starszych (83%). Wino piła blisko jedna czwarta młodszej młodzieży (22,7%) objętej badaniem i ponad jedna trzecia uczniów ze starszej grupy (36,2%). Rozpowszechnienie picia piwa i wódki jest zauważalnie wyższe w woj. dolnośląskim w porównaniu do całego kraju.

Tabela 7. Przekraczanie progu nietrzeźwości.

poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	54,7	48,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	41,4	36,4
	W czasie 30 dni przed badaniem	25,1	21,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	74,5	70,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	57,8	54,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	36,4	32,3

Źródło: Janusz Sierostawski, ESPAD 2010.

Przekraczanie progu nietrzeźwości kiedykolwiek w życiu, a także w czasie 12 miesięcy i 30 dni przed badaniem, zdarzało się w woj. dolnośląskim nieznacznie częściej niż w całym kraju. Przekraczanie progu nietrzeźwości jest zróżnicowane ze względu na płeć badanych. Przekraczanie progu nietrzeźwości przez chłopców z woj. dolnośląskiego jest obserwowane nieznacznie częściej niż na terenie całego kraju,

przy czym różnice w większym stopniu dotyczą młodszej kohorty. Dziewczęta z woj. dolnośląskiego upijają się częściej niż dziewczęta w Polsce ogółem i prawidłowość ta dotyczy obu kohort.

Kwestię nietrzeźwości badano także przy użyciu drugiego pytania, w którym nietrzeźwość została zdefiniowana bardziej precyzyjnie poprzez wskaźniki behawioralne (zataczanie się, bełkotanie, utrata pamięci). Takie sformułowanie pytania spowodowało, że chwytą ono stany silnego upicia, tak zatem trzeba interpretować wyniki.

Porównanie odsetków potwierdzeń nietrzeźwości w woj. dolnośląskim i w całym kraju pokazuje, że młodzież z woj. dolnośląskiego częściej potwierdzała silne upicie się kiedykolwiek w życiu, jak również w ciągu ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni przed badaniem.

4. Uzależnienia behawioralne.

Uzależnienia behawioralne są uwzględnione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w części dotyczącej zachowań kompulsywnych. Przy czym z nazwy wymieniany jest tylko patologiczny hazard. Inne uzależnienia behawioralne można pomieścić w grupie zaburzeń określanymi jako inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów). Do grupy uzależnień behawioralnych włącza się - poza hazardem - między innymi uzależnienie od Internetu, zakupoholizm, pracoholizm².

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.

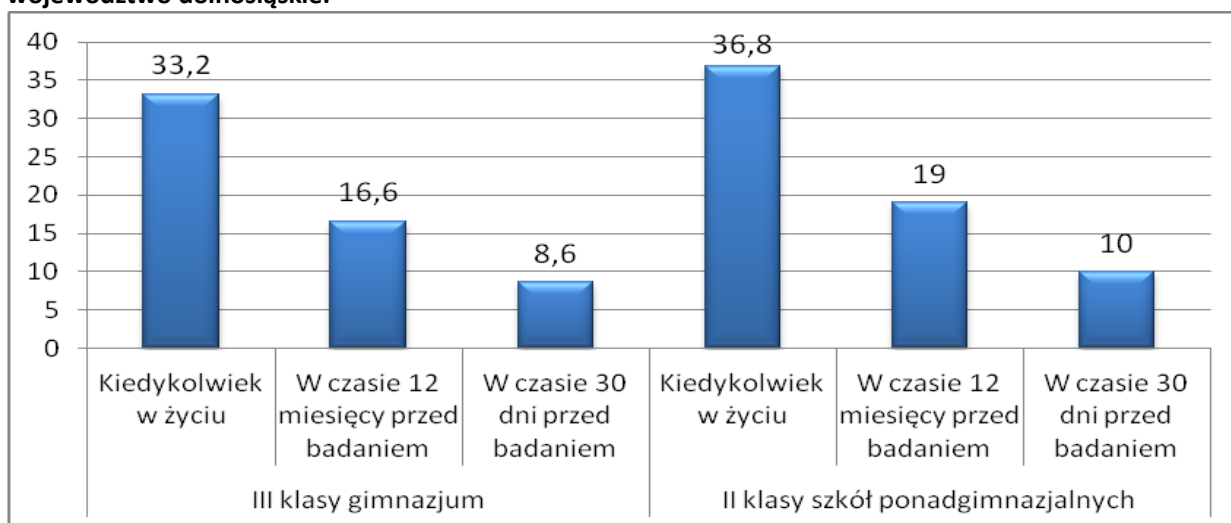
W porównaniu do innych problemów społecznych, hazardowi i problemom z nim związanym poświęca się niewiele uwagi w debacie publicznej. Hazard patologiczny, czyli uzależnienie od gier, w powszechnej opinii uznawane jest za stosunkowo marginalne zjawisko dotyczące niewielkiej liczby dorosłych mężczyzn. 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.

Zarówno ESPAD 2010 jak i badania populacji generalnej 2011 zawierały pytania dotyczące uczestnictwa w grach o charakterze hazardowym.

Dane z wykresu 4 (ESPAD 2010) sugerują, że ok. jednej trzeciej młodzieży ma za sobą doświadczenia w gry na pieniądze. Wśród gimnazjalistów takie doświadczenia zebrało 33,2% badanych, zaś w starszej kohorcie - 36,8% badanych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 8,6% gimnazjalistów i 10,0% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

² Jacek Moskalewicz, Uzależnienia behawioralne- Nowe wyzwanie, Serwis Informacyjny Narkomania Nr 3(59)2012.

Wykres 4. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać - województwo dolnośląskie.



Źródło: Janusz Sierostawski, ESPAD 2010.

Porównanie wyników uzyskanych w woj. dolnośląskim z wynikami w całym kraju pokazuje prawie identyczne 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 7,4% uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 8,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Kłamanie w sprawie tego jak wiele się gra okazało się mniej rozpowszechnione, tylko 3% uczniów przyznało się do tego zachowania.

Uczniowie, którzy zadeklarowali oba symptomy, stanowili wśród gimnazjalistów 1,8%, zaś wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych - 2,2%. Granie problemowe jest równie często deklarowane przez uczniów z województwa dolnośląskiego, jak przez młodzież w całym kraju.

W ramach badań dotyczących substancji psychoaktywnych realizowanych co cztery lata - badania populacji generalnej - po raz pierwszy poruszona została kwestia uczestnictwa w grach hazardowych. Respondentów pytano, w jakie gry oraz jak często grali w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Najczęściej ankietowani deklaruowali udział w grach losowych typu Lotto (84,9%). Wśród wszystkich badanych, co trzeci grał w Lotto rzadziej niż raz na miesiąc (55,5%), a ponad co dziesiąty badany raz w miesiącu lub częściej (12,1%). Dwa, trzy razy w miesiącu 13,4% respondentów a raz w tygodniu lub częściej w Lotto grało 15,9% badanych. Inne gry cieszyły się o wiele mniejszą popularnością. Drugą w kolejności grą były loterie i inne gry wysyłane za pomocą sms-a. 34,7% badanych brało udział w tego typu grach w ciągu 12 miesięcy przed badaniem.

Na podstawie wyników badania można spróbować określić, kto najczęściej uczestniczy w grach losowych. Połowa mężczyzn zadeklarowała udział w grach o charakterze hazardowym (51,8%), podobnie jak kobiety (51,2 %). W badanej populacji udział w grach losowych najczęściej deklarowały osoby w wieku powyżej 35 lat - 55%. Analizując wykształcenie badanych odnotowujemy, że częściej grają osoby

z wyższym wykształceniem (58,6%) oraz zasadniczym zawodowym (59,3%). Ponadto, w gry hazardowe najczęściej grają osoby będące w związkach z innymi osobami (małżeństwo lub konkubinat). W tej grupie ponad połowa deklaruje grę (58,5%).

W trakcie badania pytano także o wielkość środków, które grający przeznaczali na wszystkie gry w czasie ostatnich 12 miesięcy, a także o sumę, którą udało się wygrać, grając w gry losowe w tym czasie. Badani średnio wydali 399 zł, z tego połowa więcej niż 100 zł (N=253). Analizując deklaracje dotyczące przeciętnych kwot przeznaczonych na różnego rodzaju gry w ciągu jednego dnia, należy odnotować, że mężczyźni wydają więcej niż kobiety na automaty oraz zakłady bukmacherskie. Najbardziej zbliżone kwoty badani przeznaczali na loterie sms. W przypadku większości gier kobiety wydawały przeciętnie więcej. Respondentów pytano, ile w czasie ostatnich 12 miesięcy wydali na gry losowe, a ile wygrali. Respondenci średnio wydali prawie 400 zł, a wygrali 469 zł, co oznacza, że w ich odczuciu więcej zarobili niż wydali. Ponadto respondentów pytano, czy wydali więcej niż zaplanowali. Większość graczy deklaruje, że grając nigdy nie przekroczyła kwoty pierwotnie przeznaczonej na grę (76,3%). Co piątemu badanemu, który grał, sytuacje takie zdarzały się „wyjątkowo” lub „czasami” (19,7%). 3,6% z tej grupy odpowiedziało, że zawsze bądź często wydaje na grę więcej pieniędzy, niż planowało.

5. 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 2011 roku nietrzeźwi użytkownicy dróg uczestniczyli w 4 972 wypadkach drogowych (12,4% ogółu wypadków), śmierć w nich poniosło 559 osób (13,3% ogółu zabitych), a 6 075 osób odniosło obrażenia (12,3% ogółu rannych).

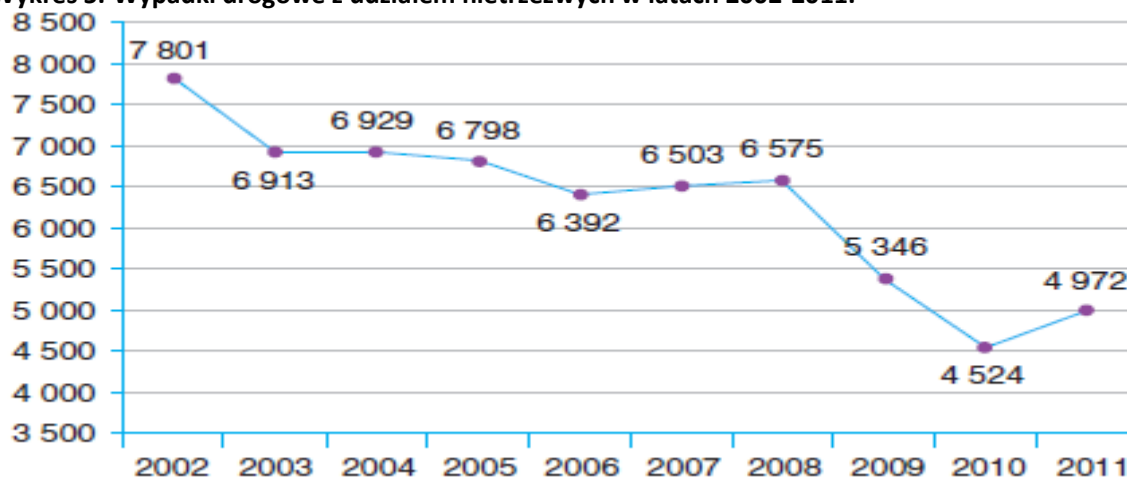
Tabela 8. Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu w układzie województw w 2011 roku.

Województwa	Wypadki		Zabici		Ranni	
	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%
Dolnośląskie	282	5,7	24	4,3	357	5,9
Kujawsko-pomorskie	156	3,1	24	4,3	184	3,0
Lubelskie	305	6,1	31	5,5	428	7,0
Lubuskie	65	1,3	11	2,0	89	1,5
Łódzkie	517	10,4	47	8,4	610	10,0
Małopolskie	548	11,0	39	7,0	650	10,7
Mazowieckie (bez terenu działania KSP Warszawa)	434	8,7	59	10,5	496	8,2
Opolskie	93	1,9	9	1,6	114	1,9
Podkarpackie	287	5,8	39	7,0	348	5,7
Podlaskie	126	2,5	29	5,2	166	2,7
Pomorskie	309	6,2	33	5,9	365	6,0
Śląskie	659	13,3	43	7,7	810	13,3
Świętokrzyskie	264	5,3	42	7,5	301	5,0
Warmińsko-mazurskie	272	5,5	42	7,5	350	5,8
Wielkopolskie	298	6,0	53	9,5	373	6,1
Zachodniopomorskie	209	4,2	25	4,5	246	4,0
Komenda Stołeczna Policji	148	3,0	9	1,7	188	3,1
P O L S K A	4 972	100,0	559	100,0	6 075	100,0

Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku, Komenda Główna Policji.

W województwie dolnośląskim odnotowano w 2011 roku 282 wypadków z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu, co stanowiło 5,7% ogółu wypadków (w 2010 roku wypadków z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu było 262). W tego typu wypadkach zginęły na Dolnym Śląsku 24 osoby, a rannych było 357 osób (w 2010 roku zginęło 15 osób, a rannych było 345 osób).

Wykres 5. Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych w latach 2002-2011.



Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku, Komenda Główna Policji.

W porównaniu do roku 2010, w 2011 roku zwiększyła się liczba wypadków z udziałem osób nietrzeźwych o 448 (+9,9%) w kraju. Nietrzeźwi najczęściej uczestniczyli w zdarzeniach drogowych w ostatnich dniach tygodnia: soboty (20,7%) i niedziele (18,8%). 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 pod wpływem alkoholu.

W 2011 roku, w porównaniu z rokiem 2010 nastąpił wzrost liczby ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (w stanie po użyciu oraz w stanie nietrzeźwości) o 17 603 osoby.

Tabela 9. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu wg naruszonego przepisu w 2010 i 2011 roku (Art.87§1 KW, Art.87§2 KW, Art.178a§1 KK, Art.178a§2 KK)³.

Naruszony przepis	2010 r.	2011 r.
Art. 87 § 1 KW	20 431	25 084
Art. 87 § 2 KW	8 715	9 919
Art. 178a § 1 KK	79 182	84 939
Art. 178a § 2 KK	57 557	63 546
O g ó ł e m	165 885	183 488

Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku, Komenda Główna Policji.

³ Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (t. j. Dz.U. z 2010 r., Nr 46, poz. 275 z późn. zm.):

Art. 87 § 1 :

Kto, znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega karze aresztu albo grzywny nie niższej niż 50 złotych.

Art. 87 § 2 :

Kto, znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, prowadzi na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub strefie ruchu inny pojazd niż określony w § 1, podlega karze aresztu do 14 dni albo karze grzywny.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.):

Art. 178a § 1 :

Kto, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Art. 178a § 2 :

Kto, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub w strefie ruchu inny pojazd niż określony w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Tabela 10. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu wg naruszonego przepisu w 2010 i 2011 roku z podziałem na województwa.

Województwo	Art. 87 KW		Art. 178a KK		Razem	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Dolnośląskie	2 712	2 764	11 102	11 704	13 814	14 468
Kujawsko-pomorskie	1 203	1 790	7 754	8 471	8 957	10 261
Lubelskie	1 510	1 887	9 548	10 366	11 058	12 253
Lubuskie	1 067	1 517	6 310	6 680	7 377	8 197
Łódzkie	1 578	2 052	10 145	10 801	11 723	12 853
Małopolskie	2 775	2 732	8 570	8 585	11 345	11 317
Mazowieckie (bez KSP)	1 547	2 068	9 563	11 496	11 110	13 564
Opolskie	998	972	4 577	5 141	5 575	6 113
Podkarpackie	1 245	1 619	6 915	7 717	8 160	9 336
Podlaskie	1 096	1 208	4 534	5 102	5 630	6 310
Pomorskie	2 009	2 340	7 334	7 327	9 343	9 667
Śląskie	3 066	3 891	12 321	12 470	15 387	16 361
Świętokrzyskie	1 120	1 491	5 577	7 079	6 697	8 570
Warmińsko-mazurskie	1 173	1 695	5 430	5 842	6 603	7 537
Wielkopolskie	2 500	3 261	13 315	15 837	15 815	19 098
Zachodniopomorskie	2 530	2 395	9 291	9 449	11 821	11 844
KSP Warszawa	1 017	1 321	4 453	4 418	5 470	5 739
O g ó t e m	29 146	35 003	136 739	148 485	165 885	183 488

Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku, Komenda Główna Policji.

Kierujący pojazdami będący pod działaniem innego środka brali udział w 24 wypadkach i 59 kolizjach drogowych, z czego byli sprawcami 21 wypadków, w których 12 osób zginęło, a 28 zostało rannych oraz 52 kolizji⁴.

6. Zjawisko przemocy w województwie dolnośląskim.

Na podstawie analizy danych z Komendy Głównej Policji⁵ można stwierdzić, że w 2011 roku w stosunku do 2010 roku spadła zarówno liczba interwencji domowych przeprowadzonych przez policjantów (o 0,3%), jak też liczba interwencji przeprowadzonych wobec przemocy w rodzinie, która jest tożsama z liczbą założonych niebieskich kart (o 15,1%). Spadła również liczba tych interwencji w miastach (o 17,1%) oraz na terenach wiejskich (o 12,3%). Średni udział procentowy niebieskich kart w ogólnej liczbie interwencji domowych na terenie kraju osiągnął w analizowanym okresie poziom 12,1%.

Tabela 11. Liczba interwencji domowych ogółem oraz liczba interwencji dot. przemocy w rodzinie (NK).

Rok	Dane ogólnopolskie			Dane z KWP we Wrocławiu		
	Liczba interwencji domowych (ogółem)	Liczba interwencji dotycząca przemocy w rodzinie (Niebieskie Karty)	% NK	Liczba interwencji domowych (ogółem)	Liczba interwencji dotycząca przemocy w rodzinie (Niebieskie Karty)	% NK
2009	573 834	81 415	14,2 %	11 037	6 555	59,4 %
2010	586 062	83 488	14,2 %	10 340	5 304	51,3 %
2011	584 279	70 867	12,1 %	12 567	3 746	29,8 %

Źródło: Sprawozdanie z realizacji przez jednostki organizacyjne Policji w 2010 i 2011 roku procedury „Niebieskie karty”, Komenda Główna Policji, 2011 i 2012.

⁴ Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku, Komenda Główna Policji, 2012.

⁵ Sprawozdanie z realizacji przez jednostki organizacyjne Policji w 2011 roku procedury „Niebieskie karty”, Komenda Główna Policji, 2012.

W roku 2011 ponad na terenie województwa dolnośląskiego zostało ujętych, w statystykach policji, jako ofiary przemocy 5 342 osoby (w tym 3 549 kobiet, 442 mężczyzn, małoletnich do lat 13 - 926 osób, a małoletnich od 13 do 18 lat - 425 osób).

W 2011 roku, analogicznie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najczęściej przemocy wobec osób najbliższych dopuszczali się mężczyźni, którzy stanowili 94,9% ogólnej liczby sprawców. O 17,1% spadła ogólna liczba sprawców zatrzymanych przez Policję w związku z przemocą w rodzinie. W liczbie sprawców przemocy będących pod wpływem alkoholu zaobserwowano spadek o 16,2%. Spadła także o 11,5% liczba sprawców przemocy w rodzinie przewiezionych do wytrzeźwienia do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych.

Tabela 12. Liczba sprawców przemocy w rodzinie na terenie województwa dolnośląskiego.

Rok	Dane z KWP we Wrocławiu					
	Liczba sprawców przemocy (ogółem)	Liczba sprawców przemocy (kobiety)	Liczba sprawców przemocy (mężczyźni)	Liczba sprawców przemocy (nieletni)	Liczba sprawców przemocy w rodzinie będących pod wpływem alkoholu	% sprawców będących pod wpływem alkoholu
2009	6 650	395	6 237	18	4 452	66,9 %
2010	5 379	282	5 079	18	3 662	68,1 %
2011	3 768	207	3 556	5	2 346	62,2 %

Źródło: Sprawozdanie z realizacji przez jednostki organizacyjne Policji w 2010 i 2011 roku procedury „Niebieskie karty”, Komenda Główna Policji, 2011 i 2012.

Na terenie województwa dolnośląskiego sytuacja wygląda podobnie jak w skali całego kraju, jednak dane przedstawiające liczbę sprawców, którzy są pod wpływem alkoholu od paru lat nie spadają poniżej 50 %.

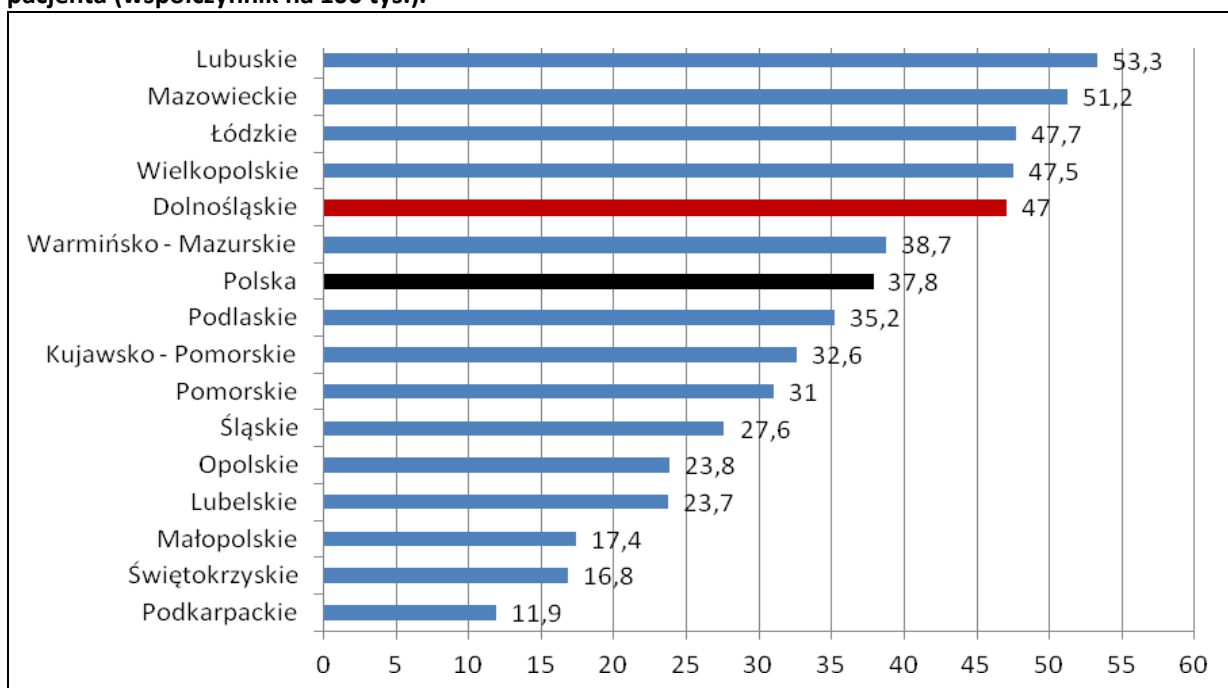
Dane przedstawione w podrozdziale Zjawisko przemocy w województwie dolnośląskim nie dają pełnego obrazu dotyczącego liczby założonych Niebieskich Kart, liczby sprawców oraz ofiar przemocy domowej itd. na terenie województwa dolnośląskiego, gdyż są to dane zebrane tylko przez jednostki organizacyjne Policji. Ponadto zauważyć trzeba, iż na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie karty” oraz wzorów formularzy „Niebieskie Karta” – dokument Niebieska Karta może być także wypełniany przez przedstawiciela ochrony zdrowia, oświaty, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, przedstawiciela gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

V. Diagnoza problemów narkotykowych na Dolnym Śląsku

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

W 2010 roku w całej Polsce z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, przyjęto do leczenia stacjonarnego ogółem niespełna 14,5 tysiąca osób, z tego z samego województwa dolnośląskiego 1351 osób. Oznacza to, że niemal co 10 leczona osoba pochodziła z Dolnego Śląska. Biorąc pod uwagę współczynnik na 100 tys. mieszkańców - województwo dolnośląskie plasuje się na 5 miejscu (wykres 6) i jest to wynik nieco powyżej średniej ogólnopolskiej (37,8).

Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2010 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.).

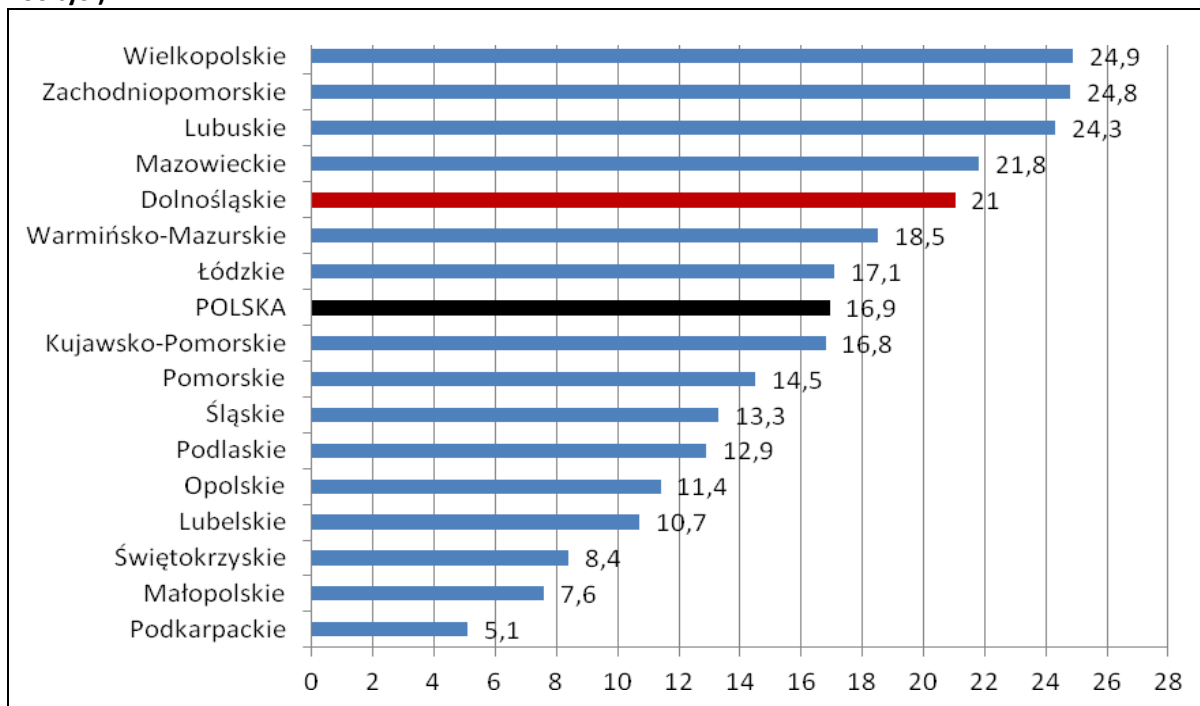


Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W stosunku do 2009r. nastąpił wzrost przyjęć, jednak różnice nie są znaczne. W całej Polsce w roku 2009 przyjęto niespełna 13 tysięcy osób (1321 z Dolnego Śląska), współczynnik na 100 tys. dla Dolnego Śląska wyniósł 45,9, w Polsce 34,0.

W 2009 roku przyjęto do leczenia stacjonarnego po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 5682 osoby, z tego osoby z województwa dolnośląskiego stanowiły 10,7%. W liczbach bezwzględnych uplasowało się na 3 pozycji, zaraz za województwem mazowieckim (964) i wielkopolskim (772). Biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. województwo z wynikiem 21,1 znalazło się na 4 miejscu (wskaźnik dla Polski 14,9).

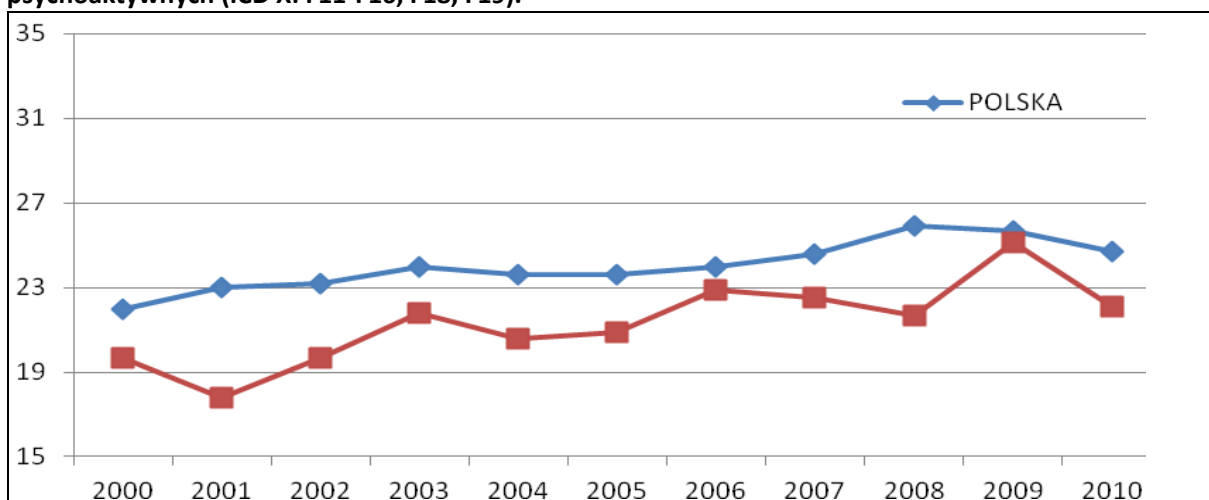
Wykres 7. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2010 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.).



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W 2010 roku wskaźnik dla Polski wzrósł do poziomu 16,9 przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców, zaś w województwie dolnośląskim utrzymał się na podobnym poziomie (21). W całym kraju przyjęto 6439 osób, w tym najwięcej w województwie mazowieckim (1143), najmniej w podkarpackim i świętokrzyskim (107).

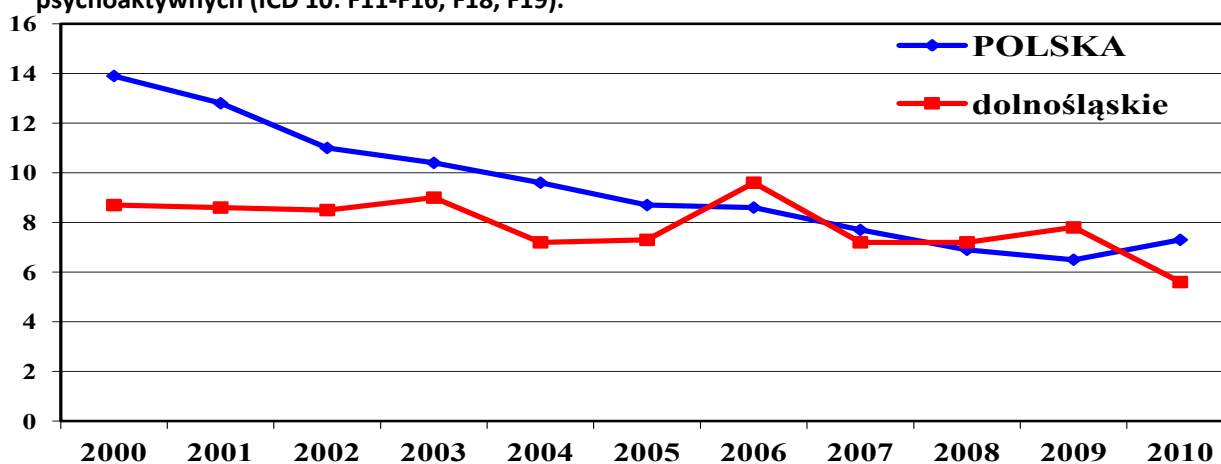
Wykres 8. Odsetki kobiet wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2010 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19).



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Na przestrzeni lat 2000-2009 wzrósł odsetek kobiet z województwa dolnośląskiego przyjmowanych do leczenia stacjonarnego, w roku 2010 nastąpił nieznaczny spadek do poziomu z roku 2008. W 2009 odsetek kobiet z województwa dolnośląskiego wzrósł niemal do poziomu ogólnopolskiego, jednakże w żadnym z prezentowanych lat nie przekroczył tego odsetka. Biorąc pod uwagę rozkład terytorialny w 2010 roku, województwo dolnośląskie jest na 14 miejscu pod względem odsetka kobiet przyjętych do leczenia, najwięcej procentowo kobiet przyjęto w województwie wielkopolskim (29,8%), świętokrzyskim (28,2%) oraz łódzkim (29,3%), dwudziestu procent nie przekroczyło jedynie województwo lubuskie.

Wykres 9. Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2010 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD 10: F11-F16, F18, F19).



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Na przestrzeni lat 2000-2008 spadł odsetek osób poniżej 18 roku trafiających do leczenia stacjonarnego zarówno na terenie całego kraju, jak również wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego, choć w przypadku Dolnego Śląska nie był on tak dynamiczny (wykres 9). W roku 2010 obserwujemy nieznaczny wzrost ogólnopolskiego odsetka z jednoczesnym spadkiem w województwie dolnośląskim do poziomu najniższego na przestrzeni prezentowanych lat. Analizując sytuację w poszczególnych województwach w 2010 roku zaobserwować można duże zróżnicowanie odsetka od 3,6% w podkarpackim, do aż 10,6 w lubuskim i łódzkim. W województwie dolnośląskim w 2010 roku przyjęto 5,6% młodych ludzi do 18 roku życia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

2. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną.

Sytuację w obszarze używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną obrazują wyniki badań ESPAD 2011.

Dane z tabeli 13 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (32,0%), a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (15,2%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu

również znajdują się marihuana i haszysz (45,5%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ulokowały się na drugim miejscu (15,7%). Wśród gimnazjalistów na trzecim miejscu znalazły się substancje wziewne (6,9%), a na czwartym amfetamina (6,1%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajduje się amfetamina 10,2%, a na czwartym LSD lub inne halucynogeny (5,4%). Wśród gimnazjalistów co najmniej trzyprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze LSD lub inne halucynogeny (3,7%), grzyby halucynogenne (3,7%), kokaina (3,3%) oraz ecstazy (3,1%).

Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu co najmniej 3% badanych, jest szersza i obejmuje także sterydy anaboliczne (3%). W przypadku większości substancji wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie. Tylko do doświadczeń z substancjami wziewnymi częściej przyznaje się młodzież ze szkół gimnazjalnych⁶.

Tabela 13. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu.

Poziom klasy	Środki psychoaktywne	Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	32,0	24,3
	Substancje wziewne	6,9	8,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,2	15,5
	Amfetamina	6,1	4,6
	LSD lub inne halucynogeny	3,7	3,3
	Crack	1,7	2,1
	Kokaina	3,3	3,3
	Heroina	2,7	1,3
	Ecstasy	3,1	3,0
	Grzyby halucynogenne	3,7	3,1
	GHB	1,2	1,2
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,0	1,8
	Alkohol razem z tabletkami	6,3	5,8
	Alkohol razem z marihuaną	X	X
	Sterydy anaboliczne	2,5	2,7
	Polska heroina (kompot)	2,7	2,4

⁶ Janusz Sierostawski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

II klasy szkół ponadgimna- zjalnych	Marihuana lub haszysz	45,5	37,3
	Substancje wziewne	4,8	5,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,7	16,8
	Amfetamina	10,2	8,3
	LSD lub inne halucynogeny	5,4	3,9
	Crack	2,0	1,8
	Kokaina	3,7	3,9
	Heroina	2,2	1,2
	Ecstasy	4,4	5,0
	Grzyby halucynogenne	4,8	3,5
	GHB	1,3	1,2
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,6	1,4
	Alkohol razem z tabletkami	8,8	7,5
	Alkohol razem z marihuaną	X	X
	Sterydy anaboliczne	3,0	3,2
Polska heroina (kompot)	2,0	2,0	

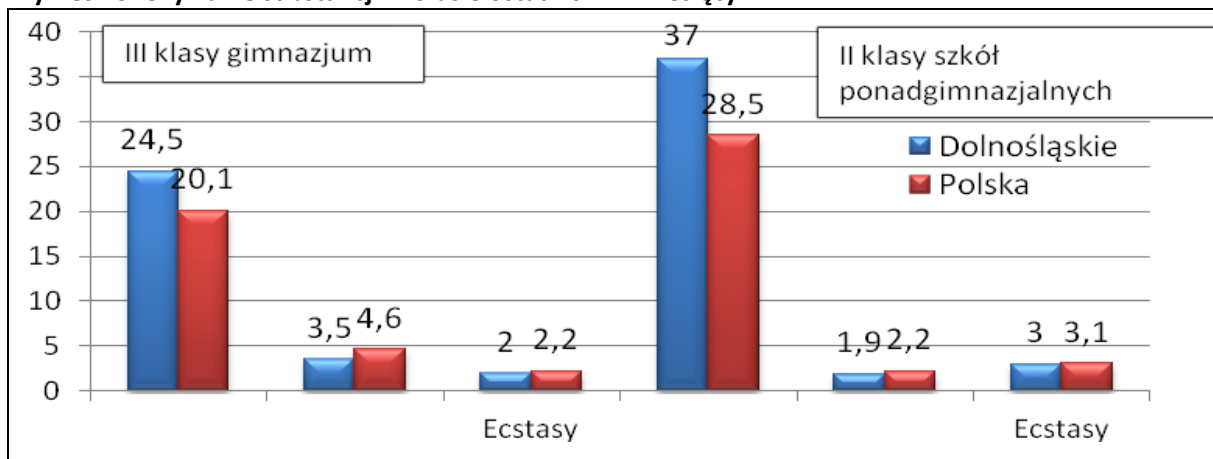
Źródło: Janusz Sierostawski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

Należy zwrócić uwagę na bardzo niskie, mieszczące się w wąskim przedziale 1-2% rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach. Szczególny niepokój powinny budzić natomiast dość znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (6,3% w młodszej kohorcie i 8,8% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych. Porównanie wyników uzyskanych w woj. dolnośląskim i w całym kraju nie pokazuje większych różnic w rozpowszechnieniu eksperymentowania z substancjami. Jedynie w przypadku marihuany i haszyszu większy odsetek młodzieży w woj. dolnośląskim deklaruje używanie co najmniej jednej z tych substancji kiedykolwiek w życiu. Prawidłowość ta dotyczy młodzieży w obu kohortach.

Związek między używaniem substancji a płcią występuje na obu poziomach nauczania. Chłopcy częściej deklaruje próby używania praktycznie wszystkich substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi. Eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt. Jednak w starszej kohorcie próby łączenia alkoholu z tabletkami spotyka się tak samo często wśród dziewcząt, jak wśród chłopców.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W badaniu z 2011r. lista substancji, których używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy podlegało badaniu została znacznie skrócona. Pozostały na niej tylko przetwory konopi, substancje wziewne i ecstasy (tabela 13). Dane zawarte w poniższym wykresie pokazują, że pierwszą z tych substancji używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 24,5% uczniów z młodszej grupy i 37,0% - ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 3,5% gimnazjalistów i 1,9% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś ecstasy 2,2% uczniów z pierwszej grupy i 3,1% - z drugiej.

Wykres 10. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy.

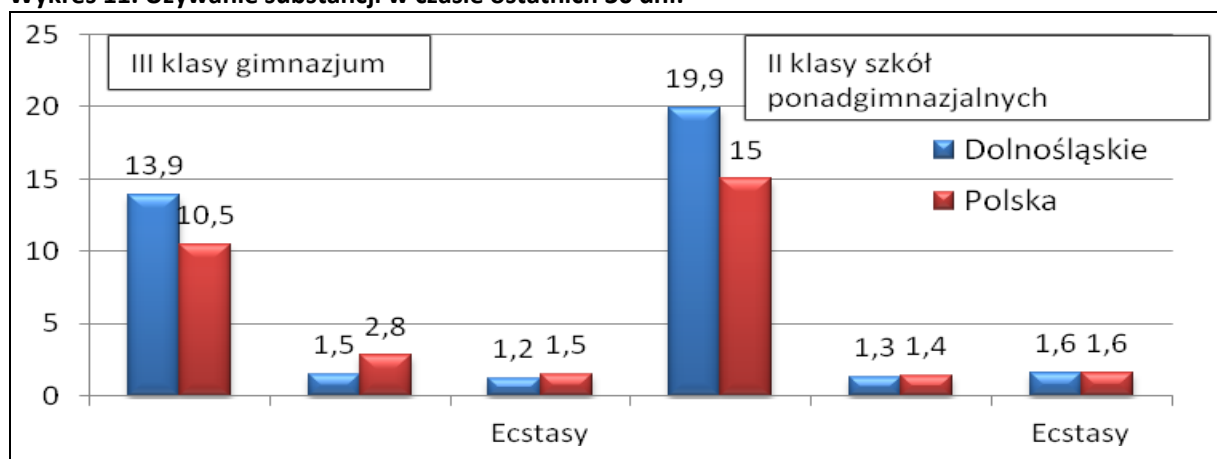


Źródło: Janusz Sierostawski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

Podobnie jak w przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, używanie tych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy jest bardziej rozpowszechnione w woj. dolnośląskim niż na terenie całego kraju. Szczególnie dużą różnicę można zaobserwować wśród starszej młodzieży. Używanie substancji wziewnych lub ecstasy pozostaje na zbliżonym poziomie na obu analizowanych obszarach.

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 używają 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 13,9% uczniów klas trzecich gimnazjów i 19,9% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używa marihuany lub haszyszu, co najmniej raz w miesiącu (wykres 11). Podobnie jak w przypadku używania w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz kiedykolwiek w życiu, w woj. dolnośląskim odnotowujemy większy odsetek młodzieży używającej przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju. Różnice są jednak mniejsze niż w przypadku dwóch wcześniej analizowanych okresów czasowych.

Wykres 11. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni.



Źródło: Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

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 - 35,6%, starsza kohorta - 39,9%), na drugim - zwiększenie otwartości (obie kohorty - 30,3%) a na trzecim zwiększenie intensywności doświadczeń (młodsza kohorta - 25%, starsza kohorta - 28,3%). Najczęściej oczekiwaną konsekwencją negatywną były trudności z koncentracją (młodsza kohorta - 22,1%, starsza kohorta - 18,5%), a następnie - utrata wątku myślenia (młodsza kohorta - 18,5%, starsza kohorta - 17,5%) oraz trudności w prowadzeniu rozmowy (młodsza kohorta - 14,6%, starsza kohorta - 13,1%).

Wysokiemu poziomowi i silnemu wzrostowi rozpowszechnienia używania przetworów konopi towarzyszy wzrost skłonności młodych ludzi do ignorowania ryzyka szkód związanych z używaniem marihuany i haszyszu w porównaniu do oceny ryzyka związanego z używaniem innych substancji. Wydaje się, że opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych będzie najlepszą odpowiedzią na te wyzwania. Programy te powinny unikać demonizowania marihuany i haszyszu, ale rzeczowo, w dobrze udokumentowany sposób prezentować ryzyko różnych szkód zdrowotnych związanych z używaniem przetworów konopi⁷.

⁷ Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

3. Problem „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 wyrywkowa, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak i 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 ominięcie prawa. W Polsce dopalacze jeszcze do października 2010r. sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane bywają jako kadzidełka, 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 oraz trudny do określenia obraz toksykologiczny, zwiększa ryzyko powikłań. Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia do ankiety kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami. Rozkłady odpowiedzi zamieszczono w tabeli 14.

Zgodnie z oczekiwaniami niemal wszyscy badani słyszeli o „dopalaczach”. Jednak tylko 17,9% badanych z pierwszej grupy i 24,8% badanych z drugiej grupy było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy” są jeszcze niższe⁸.

Tabela 14. Poziom kontaktów z dopalaczami.

Poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Wiedza o dopalaczach	94,6	93,7
	Wizyta w sklepie z dopalaczami	17,9	15,3
	Kupowanie dopalaczy	8,7	8,0
II klasy szkół ponad-gimnazjalnych	Wiedza o dopalaczach	95,3	94,9
	Wizyta w sklepie z dopalaczami	24,8	21,6
	Kupowanie dopalaczy	13,5	11,6

Źródło: Janusz Sierostawski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

Wedle wyników badań nie ma znaczących różnic między woj. dolnośląskim i całym krajem na żadnym z trzech poziomów kontaktów z dopalaczami. Dane o źródłach zakupów dopalaczy zestawiono w tabeli 15.

⁸ ibidem

Tabela 15. Kupowanie dopalaczy.

Poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	W sklepie z dopalaczami	6,3	5,9
	Przez Internet	1,5	1,7
	W inny sposób	3,9	4,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	W sklepie z dopalaczami	11,9	10,3
	Przez Internet	2,2	1,7
	W inny sposób	4,7	3,9

Źródło: Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011

Podstawowym miejscem zakupu „dopalaczy” były sklepy z tymi substancjami. Za pośrednictwem Internetu takich zakupów dokonywało tylko 1,5% badanych w pierwszej i 2,2% badanych w drugiej grupie. Wyniki nie pokazują różnic między woj. dolnośląskim i całym krajem odnośnie najbardziej popularnych miejsc zakupu dopalaczy.

Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 12,1% gimnazjalistów i 17,3% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (tabela 16). Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe. W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 1,8% badanych z pierwszej grupy i 2,8% z drugiej grupy. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy” w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami na jesieni 2010 r.

Tabela 16. Używanie dopalaczy.

Poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	12,1	10,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	6,7	7,1
	W czasie 30 dni przed badaniem	1,8	2,5
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	17,3	15,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	9,6	9,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,8	2,2

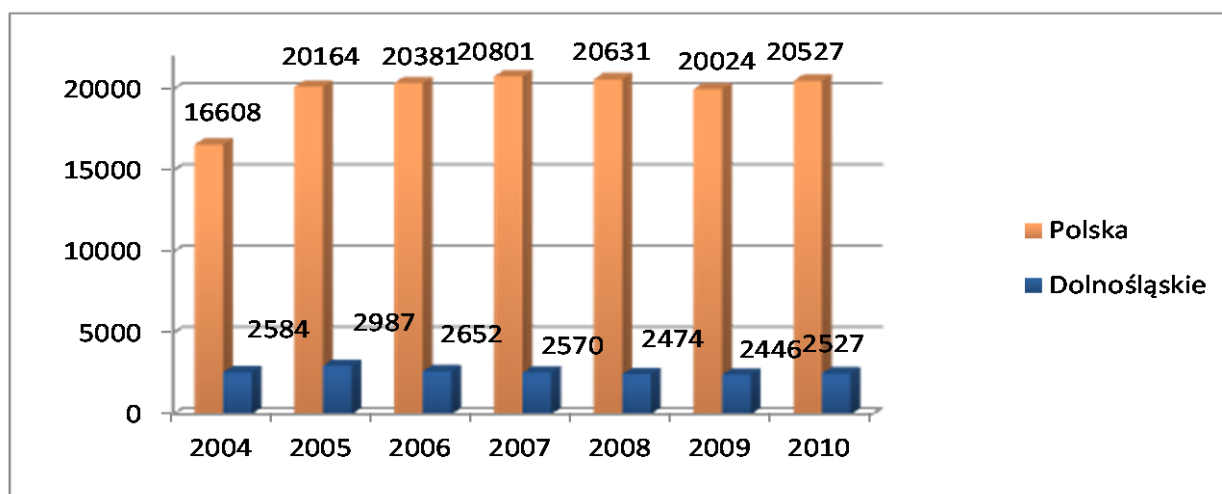
Źródło: Janusz Sierosławski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ESPAD 2011.

4. Skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

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 12. Trudno jest je analizować w zestawieniu z danymi Policji, ponieważ osoba podejrzana o popełnienie przestępstwa, wobec której wszczęto postępowanie, może zostać skazana kilka lat później. W 2010 roku rejestrujemy niewielki spadek liczby osób skazanych prawomocnie z ustawy. Najwięcej skazanych odnotowano w 2007 roku (20 801). Na karę pozbawienia wolności skazano

14 837 osób w 2010 roku, z tego prawie 85% otrzymało karę w zawieszeniu. W województwie dolnośląskim w 2005 roku zarejestrowano największą liczbę osób skazanych (2 987).

Wykres 12. Skazani prawomocnie w latach 2004-2010 z ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku oraz przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku.

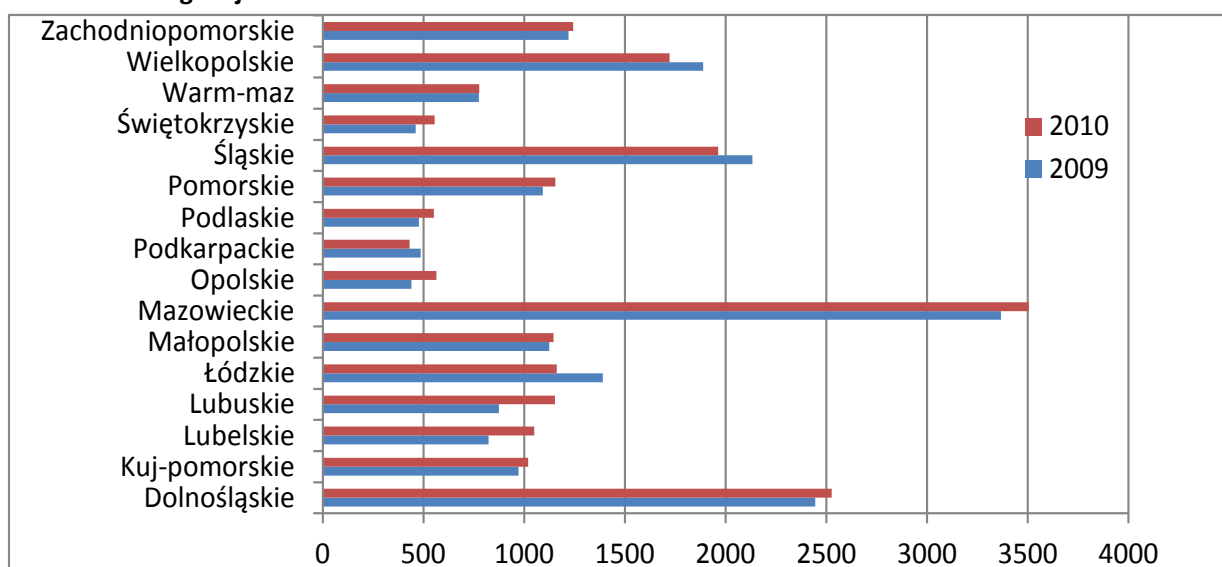


Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Analizując zróżnicowanie terytorialne należy odnotować największe liczby (ponad 2 000 osób) skazanych prawomocnie z ustawy w województwach: mazowieckim (3 505), dolnośląskim (2 527), w województwie śląskim (1 963). Najmniej skazanych zarejestrowano w województwach: podkarpackim (431) podlaskim (552) oraz świętokrzyskim (555).

Na karę pozbawienia wolności skazano w 2010 roku 1 721 Dolnoślązaków - 11,6% ogółu skazanych w Polsce, w tym bez zawieszenia 176 osób. W całym kraju skazano na karę pozbawienia wolności 14 837 osób, w tym bez zawieszenia: 2 278.

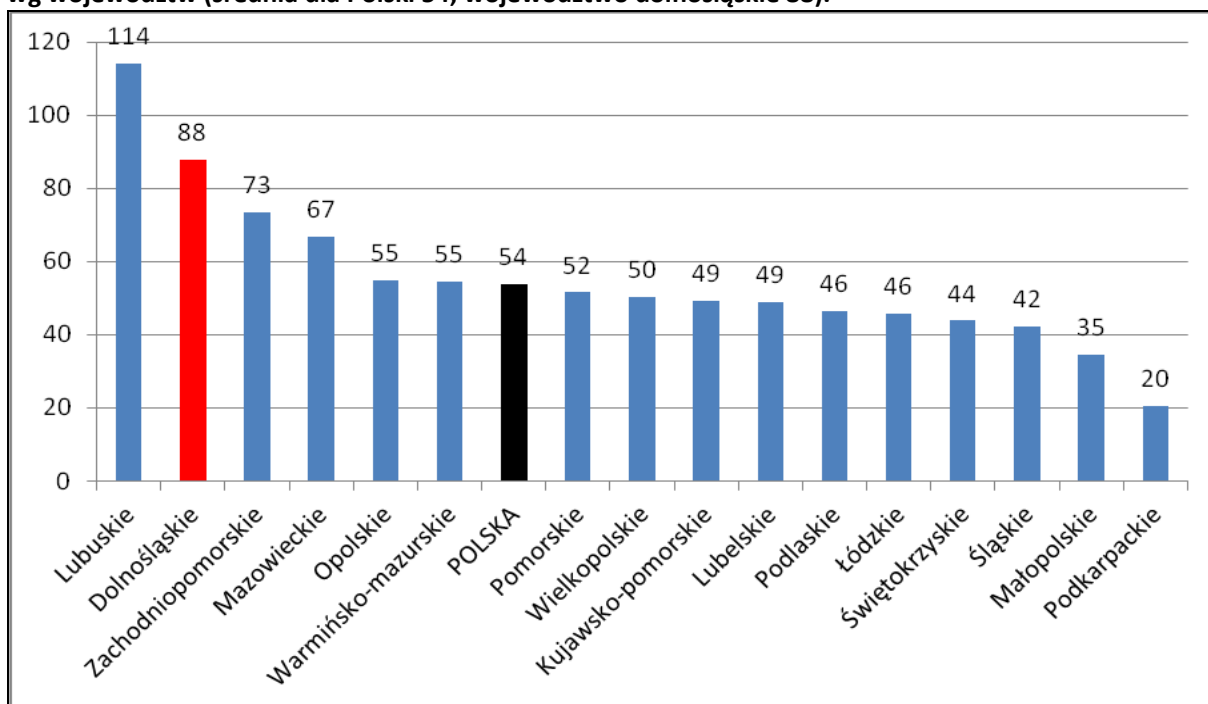
Wykres 13. Liczba skazanych prawomocnie przez sądy w latach 2009 i 2010 z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wg województw.



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

W celu porównania sytuacji pomiędzy województwami, dane z 2010 roku zostały przeliczone według wskaźnika na 100 tysięcy. Największy wskaźnik został zanotowany w województwie lubuskim (114). Kolejno ze wskaźnikiem (88) województwo dolnośląskie, zachodniopomorskie (73) oraz mazowieckie (67). Najniższe wskaźniki zarejestrowano w województwie podkarpackim (20), małopolskim (35), śląskim (42). W przypadku obydwu wskaźników województwo dolnośląskie pozostaje w czołówce.

Wykres 14. Wskaźnik skazanych prawomocnie w 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wg województw (średnia dla Polski 54; województwo dolnośląskie 88).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2010 r., GUS 2011.

5. Przestępczość narkotykowa.

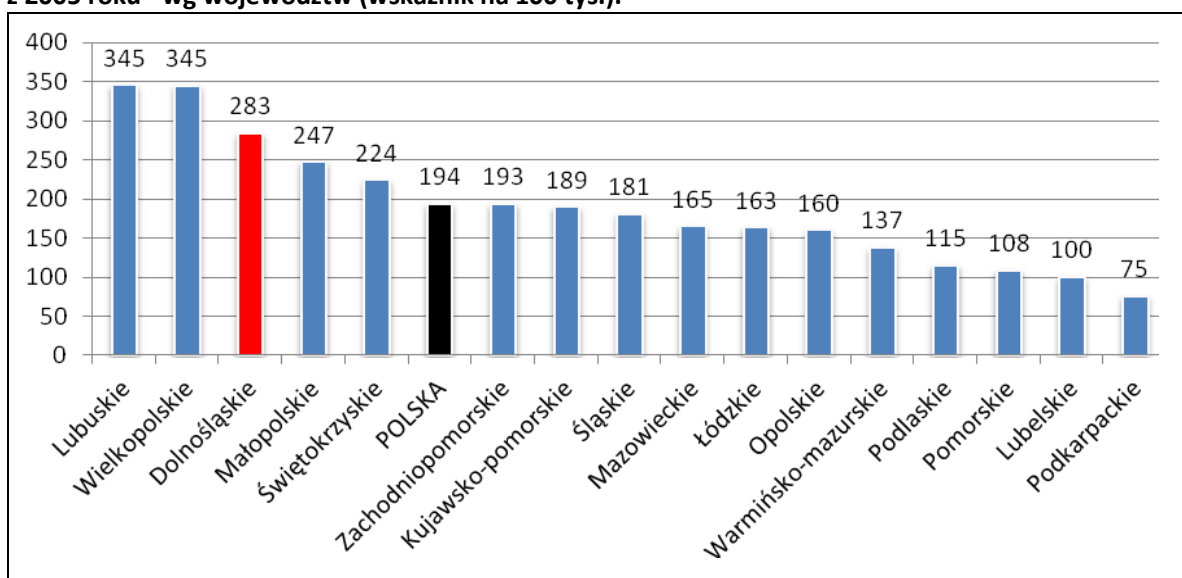
Analiza skali przestępczości narkotykowej, co oznacza przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w województwie dolnośląskim zostanie przedstawiona na podstawie danych dotyczących przestępstw stwierdzonych oraz podejrzanych. Należy podkreślić, iż w przypadku jednego podejrzanego może być stwierdzone więcej niż jedno przestępstwo.

W 2010 roku Policja stwierdziła 72 375 przestępstw, co oznacza wzrost w stosunku do roku poprzedniego. Najwięcej przestępstw wykryto w województwie wielkopolskim (12 855, 18% wszystkich stwierdzonych). Na drugim miejscu było województwo śląskie (8 628, 12%), a na trzecim - mazowieckie (8 348, 12%). Najmniej czynów karalnych, poniżej 2%, zarejestrowano na Podlasiu (1 179), w województwie podkarpackim (1 392) oraz opolskim (1 711). W województwie dolnośląskim odnotowano 5 507 przestępstw, co stanowi 7,6% wszystkich przestępstw, podobnie jak w roku 2009.

W 2011 roku Policja stwierdziła 74 535 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku. Biorąc pod uwagę wskaźnik procentowy województwo dolnośląskie w 2011 roku było wraz z województwem małopolskim na 4 miejscu (11,1%) zaraz za województwem wielkopolskim (15,9%),

mazowieckim (11,7%) i śląskim (11,2%). Najmniejszy odsetek przestępstw odnotowano w województwie podlaskim (1,9%). Analizując dane dotyczące przestępstw w województwie dolnośląskim należy odnotować, że najwięcej stwierdzono z art. 59 (sprzedaż i nieodpłatne udzielenie narkotyku) 45,5%, następnie z art. 62 (posiadanie) - 38,4%. W skali całego kraju najwięcej przestępstw - 50% wykryto z art. 62.

Wykres 15. Wskaźnik liczby przestępstw w 2011 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku - wg województw (wskaźnik na 100 tys.).

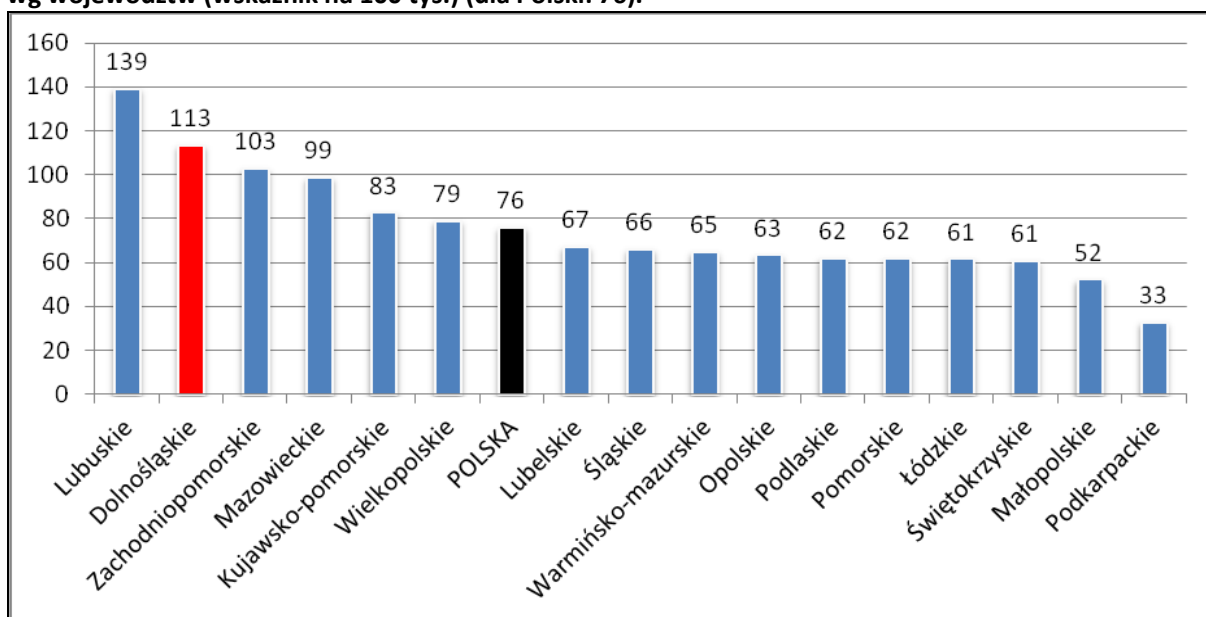


Źródło: Komenda Główna Policji.

Przyjrzymy się liczbie podejrzanych, która jest mniejsza od liczby przestępstw, ponieważ jeden podejrzany mógł popełnić więcej niż jeden czyn karalny. W 2010 roku podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii było 26 865, co oznacza niewielki wzrost w stosunku do roku 2009. Najwięcej osób zarejestrowano w województwie mazowieckim (4 678 osób, 17,5% wszystkich podejrzanych), następnie w województwie dolnośląskim podobnie jak w roku 2009 (3 325, 13%). W czołówce pozostało również województwo śląskie z liczbą 2 610 podejrzanych, co stanowi 10% wszystkich podejrzanych. Najmniej przypadków rejestrujemy w województwie podkarpackim (544 osoby, 2%), świętokrzyskim (627), podlaskim (648) oraz opolskim (669).

W 2011 roku Policja odnotowała 29 146 osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z tego 11,3% w województwie dolnośląskim. W liczbach bezwzględnych województwo dolnośląskie jest na drugim miejscu. Taki sam wynik otrzymujemy przeliczając liczby podejrzanych na 100 tysięcy (113). Na czele rankingu uplasowało się województwo lubuskie (wskaźnik 139) a na trzeciej pozycji - zachodniopomorskie (103). Najmniejsze wskaźniki odnotowało województwo podkarpackie (33), małopolskie (52), świętokrzyskie oraz łódzkie (61), wskaźnik dla Polski 76. W strukturze osób podejrzanych dominowały osoby z artykułu 62 (78,7%). Jest to nieco wyższy odsetek niż średnia ogólnopolska (71,5%).

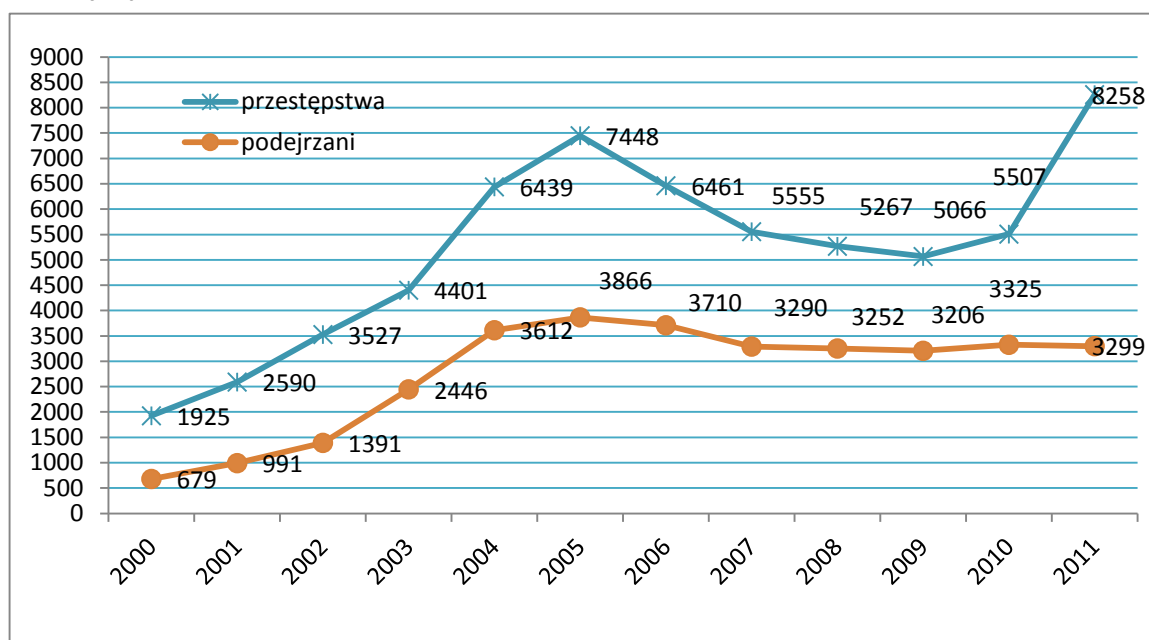
Wykres 16. Wskaźnik podejrzanych w 2011 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku - wg województw (wskaźnik na 100 tys.) (dla Polski: 76).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, GUS 2012.

Analizując dynamikę przestępczości narkotykowej (wykres 17) rejestrujemy wzrost do roku 2005 liczby podejrzanych oraz przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Od 2006 roku odnotowujemy tendencję spadkową, która jest o wiele większa w przypadku przestępstw stwierdzonych niż liczba osób podejrzanych. W roku 2011 nastąpił znaczny wzrost liczby popełnianych przestępstw przy jednoczesnym stałym poziomie podejrzanych, co świadczyć może o przypisywaniu jednemu podejrzanemu więcej niż jednego czynu karalnego.

Wykres 17. Liczba przestępstw i podejrzanych w województwie dolnośląskim latach 2000-2011 z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku.



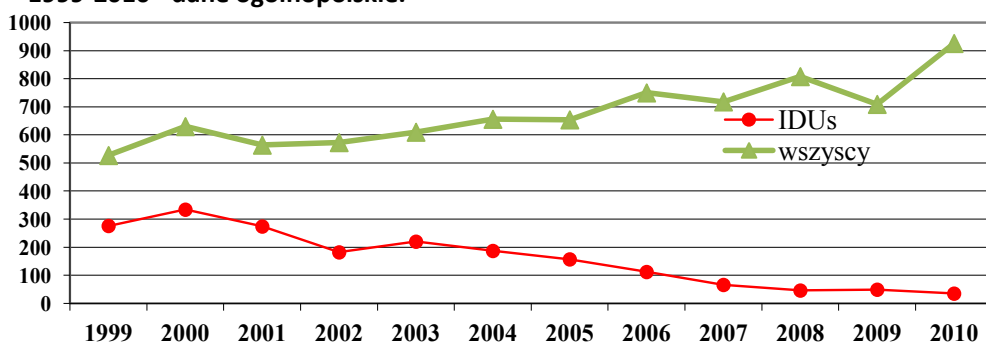
Źródło: Komenda Główna Policji.

6. Choroby zakaźne związane z narkotykami.

Ogólnopolski trend dotyczący nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2000-2010 wskazuje na tendencję spadkową. Dane z 2010 roku świadczą o stabilizacji trendu (odnotowano 35 nowych przypadków) (wykres 18). Analizując dane należy jednak wziąć pod uwagę ryzyko ich niedoszacowania z uwagi na duży procent przypadków zakażeń HIV bez wyszczególnionej drogi transmisji wirusa. Jednocześnie zauważyć należy wzrost o niemal ¼ wszystkich nowych zakażeń HIV w 2010 roku w stosunku do roku 2009.

Zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS stanowią 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. Dane pozyskiwane są z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny. Ostatnie dostępne dane dotyczą roku 2010.

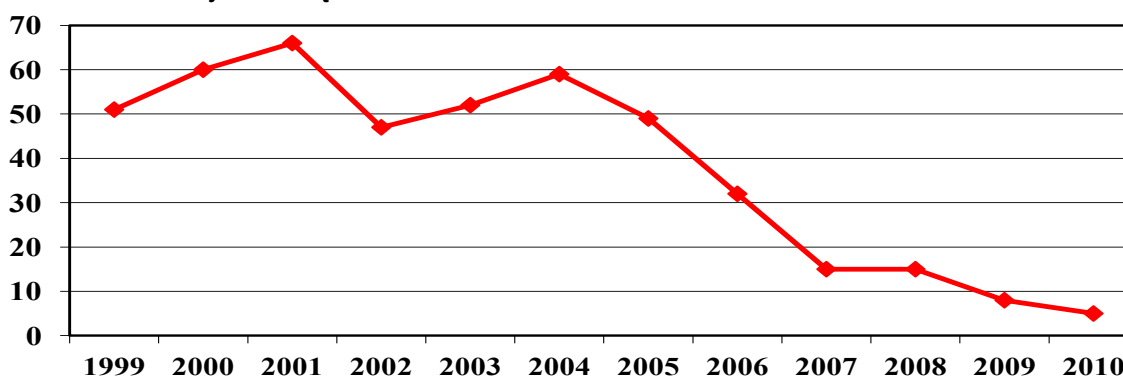
Wykres 18. Liczba nowych zakażeń HIV, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2010 - dane ogólnopolskie.



Źródło: Poland: *New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. Warsaw, National Bureau for Drug Prevention.(2010).

Analizując ten wskaźnik dla województwa dolnośląskiego, również odnotowujemy tendencję spadkową w latach 2004-2010 (wykres 19).

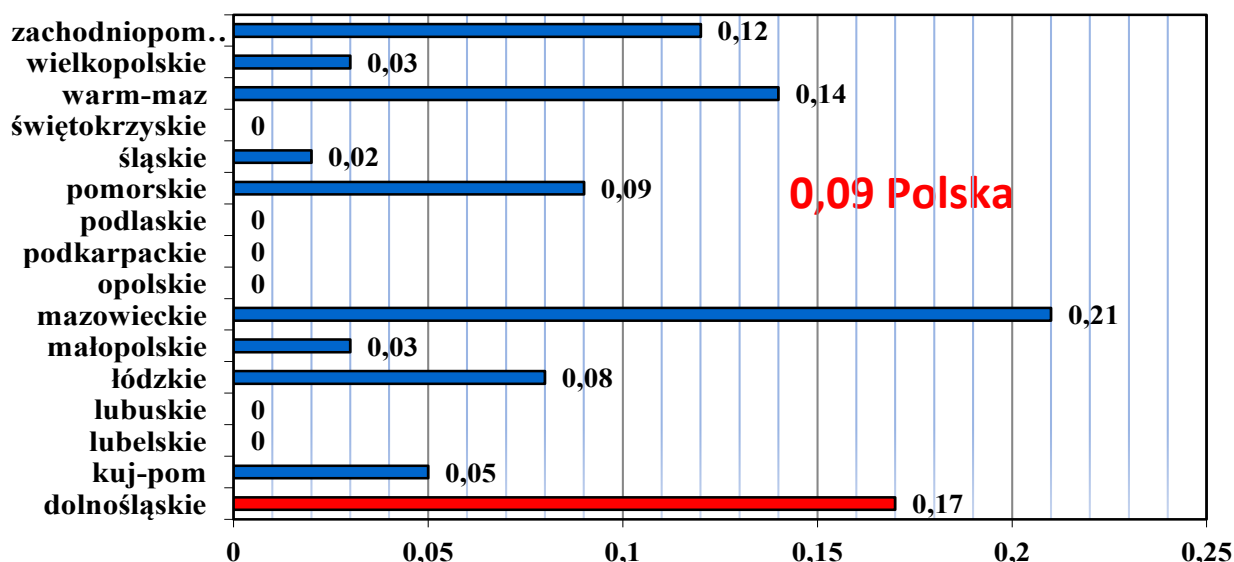
Wykres 19. Liczba nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 1999-2010 w woj. dolnośląskim.



Źródło: Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Porównując dane z roku 2010 dla województwa dolnośląskiego z innymi województwami, zauważyć można drugi w kolejności po województwie mazowieckim (0,21) wskaźnik na 100 tys. mieszkańców (0,17).

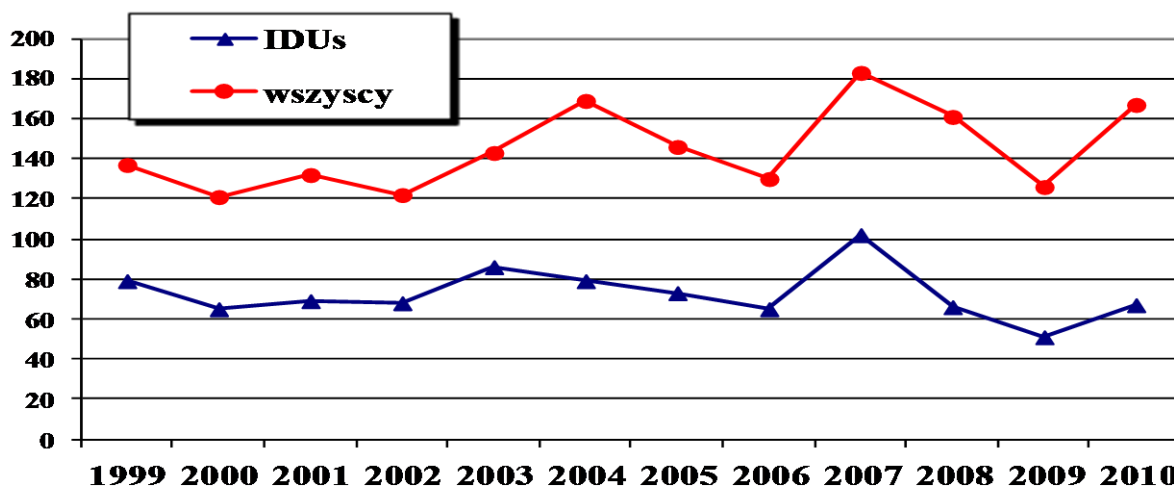
Wykres 20. Liczba nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2010 roku (wskaźniki na 100 tys.) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).



Źródło: Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Dane ogólnopolskie dotyczące nowych zachorowań na AIDS świadczą o fluktuacji trendu na przestrzeni lat 1999-2010. Od roku 2007 do 2009 dane prezentują trend spadkowy zarówno w grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków, jak również odnośnie wszystkich przypadków zachorowań (wykres 21). Sytuacja zmienia się w 2010 roku, w którym odnotowujemy wyraźny wzrost zachorowań zarówno w grupie IDUs jak i zachorowań ogółem.

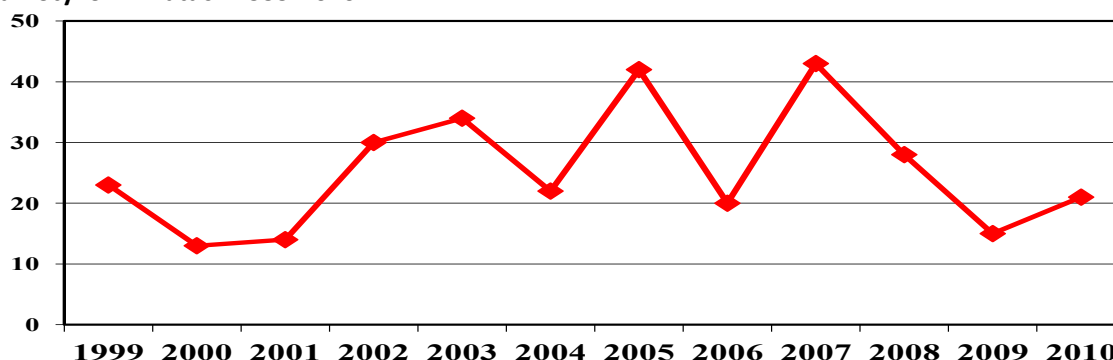
Wykres 21. Liczba nowych zachorowań na AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2010 - dane ogólnopolskie.



Źródło: Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues. Warsaw, National Bureau for Drug Prevention. (2010).

Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego używających narkotyków drogą iniekcji fluktuuje w latach 1999-2010. W roku 2010 w województwie dolnośląskim odnotowano 21 nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

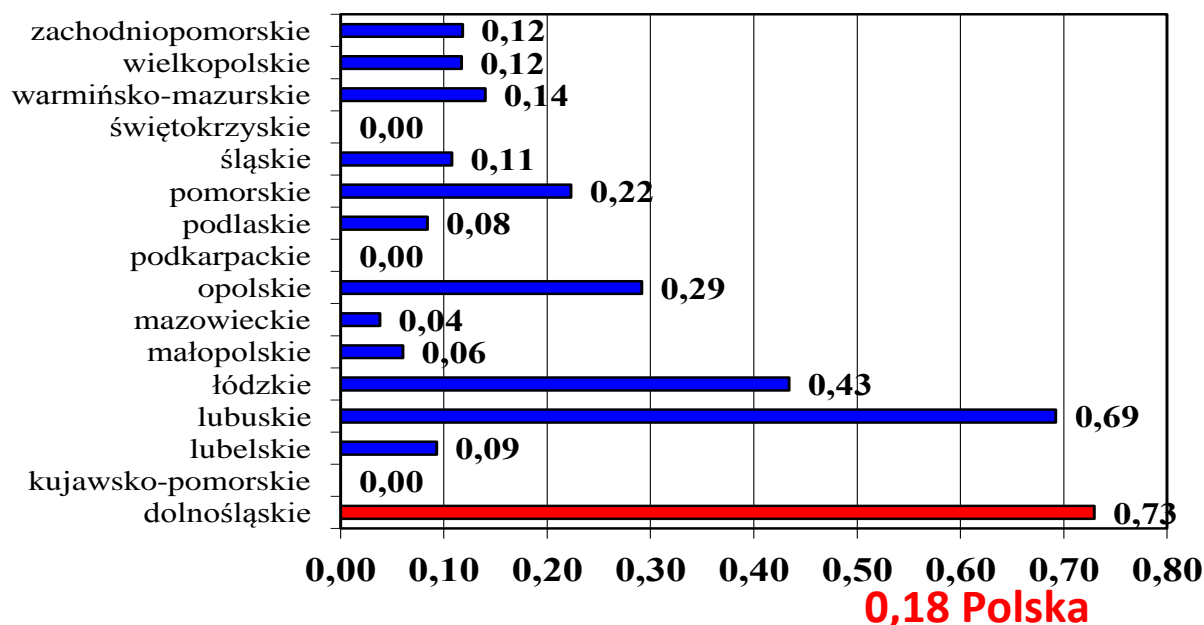
Wykres 22. Liczba nowych zachorowań na AIDS w woj. dolnośląskim wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 1999-2010.



Źródło: Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców dla województwa dolnośląskiego dotyczący nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków osiągnął w 2010 roku wartość najwyższą spośród wszystkich województw (0,73) (wykres 23).

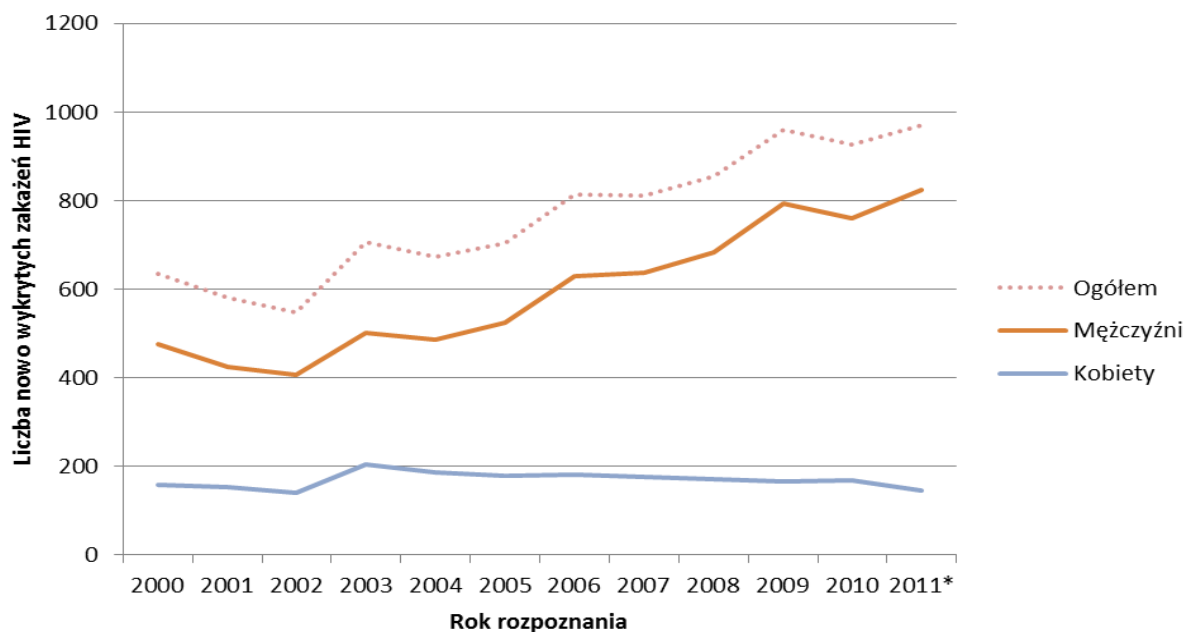
Wykres 23. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2010 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (rejestrowane wg miejsca zamieszkania).



Źródło: Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

W latach 2010-2011 potwierdził się obserwowany w ostatnim dziesięcioleciu wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV. Wzrost ten dotyczy wyłącznie mężczyzn, liczba nowo wykrywanych zakażeń wśród kobiet uległa w tym czasie niewielkiemu spadkowi (wykres 24).

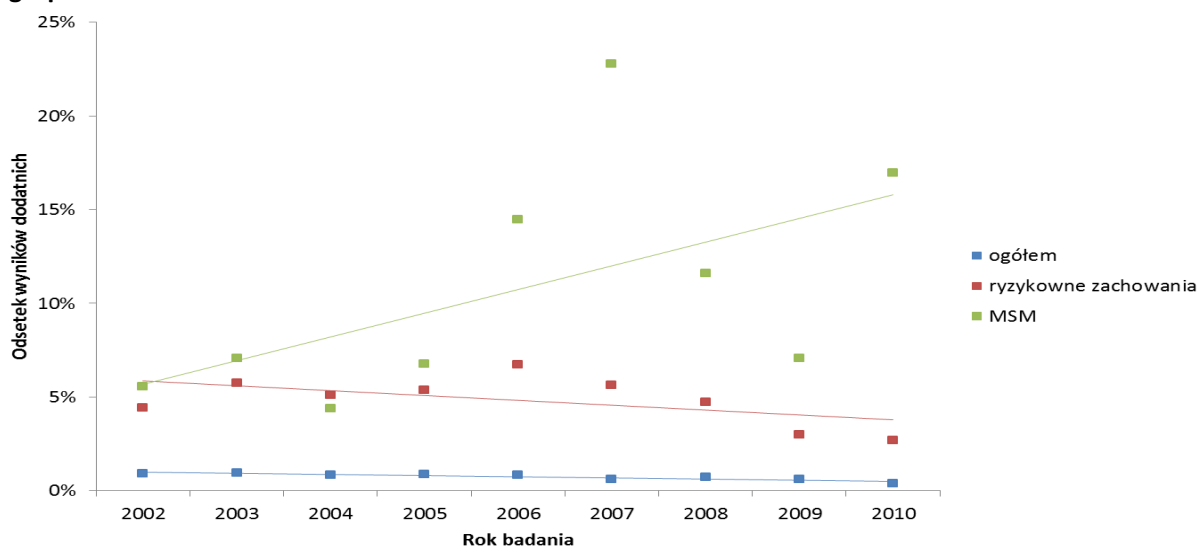
Wykres 24. Nowo wykrywane zakażenia HIV w Polsce w latach 2000-2011 wśród mężczyzn i kobiet.



Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS.

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. Wśród osób badających się w kierunku HIV ogółem odsetek wyników dodatnich wykazywał tendencję spadkową, od 2002 do 2010 roku w przybliżeniu odnotowano prawie dwukrotny spadek. Było to spowodowane relatywnym wzrostem liczby badań w populacji o niskim poziomie zachowań ryzykownych w stosunku do badań z powodu zachowań ryzykownych. Zwraca jednak uwagę fakt, że odsetek wyników dodatnich wśród badanych w kierunku HIV wzrósł istotnie w grupie MSM, do wartości powyżej 15%.

Wykres 25. Odsetek wyników dodatnich wśród osób badanych w kierunku HIV ogółem, w grupie badanej z powodu zachowań ryzykownych lub przynależności do grupy szczególnie narażonej oraz w grupie MSM.



Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS.

Wskazuje to, że tendencja wzrostowa nowych rozpoznań w tej grupie odpowiada zwiększającej się liczbie nowych zakażeń.

Od połowy pierwszej dekady XXI w. obserwuje się spadek liczby nowo wykrywanych zakażeń związanych z dożylnym przyjmowaniem narkotyków (IDU) i wzrost liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową.

W latach 2000-2010 liczba nowo wykrytych zakażeń IDU spadła o 90%, liczba zakażeń wzrosła o 345% wśród MSM i o 114% w przypadku zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych. Znaczny spadek liczby zakażeń związanych z narkotykami stanowi korzystną tendencję.

Wskaźnik wykrywanych zakażeń HIV w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w Polsce w latach 2000-2011 wyniósł 2,0 na 100 tys. rocznie, ale różnił się istotnie pomiędzy województwami. W ostatnich latach wskaźnik ten był szczególnie wysoki w województwach dolnośląskim, warmińsko mazurskim i mazowieckim⁹.

⁹ Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 1(51)/2012.

VI. Planowany program działań - obszary problemowe, zadania

1. Prowadzenie działalności profilaktycznej zmierzającej do ograniczenia spożycia alkoholu i zjawiska przemocy domowej, a także zmniejszenia skutków picia problemowego.	
Cel: ograniczenie spożycia alkoholu i zjawiska przemocy	
Grupa zadań	Wskaźniki
I. Wspieranie rozwoju programów i zadań z zakresu profilaktyki uniwersalnej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zrealizowanych programów 2. Liczba uczestników programów (dzieci, rodziców, opiekunów, ofiar i sprawców przemocy, osób żyjących w otoczeniu osób pijących) 3. Liczba realizatorów 4. Liczba wspieranych i realizowanych kampanii 5. Liczba osób przeszkolonych
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie nowych i rozwój istniejących ośrodków wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym, ze szczególnym naciskiem na ośrodki oferujące program socjoterapeutyczny. 2. Tworzenie i upowszechnianie działań edukacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych kształtujących kompetencje społeczne dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym oraz problemem przemocy domowej. 3. Zwiększanie kompetencji osób zajmujących się pomaganiem dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym, w tym pracowników świetlic, kuratorów, policjantów, pracowników służby zdrowia i innych. 4. Udzielanie pomocy i wsparcia informacyjnego, edukacyjnego i prawnego rodzicom, których dzieci piją alkohol. 5. Realizacja oraz wspieranie kampanii, programów i działań edukacyjnych dążących do zwrócenia uwagi ogółu społeczeństwa na szkody spowodowane picciem alkoholu oraz promujących wychowywanie dzieci bez przemocy. 6. Upowszechnianie programów i metod pomocy psychologicznej, terapeutycznej i samopomocowej dla ofiar przemocy w rodzinach alkoholowych - dorosłych i dzieci. 7. Wdrażanie i realizacja programów edukacyjno - korekcyjnych i psychologicznych dla sprawców przemocy w rodzinie. 8. Wspieranie programów pomocy psychologicznej i psychoterapii dążących do poprawy funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących ryzykownie i szkodliwie. 	
Grupa zadań	Wskaźniki
II. Wspieranie rozwoju programów i zadań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zrealizowanych programów 2. Liczba podmiotów realizujących programy 3. Liczba uczestników programów 4. Liczba przeprowadzonych szkoleń 5. Liczba uczestników szkoleń
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja działań profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej adresowanych do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących z alkoholem. 2. Poszerzenie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem. 3. Zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego. 4. Wspieranie działalności środowisk abstynenckich. 5. Organizacja specjalistycznych szkoleń dla osób o zawodach medycznych i niemedycznych oraz różnych grup zawodowych zaangażowanych w pracę z osobami pijącymi ryzykownie i szkodliwie. 	

2. Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz reintegracja społeczna.	
Cel: zmniejszenie negatywnych skutków społecznych wynikających ze spożycia alkoholu oraz stosowania przemocy	
Grupa zadań	Wskaźniki
I. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości oddziaływań terapeutycznych oraz korekcyjno - edukacyjnych realizowanych w zakładach lecznictwa odwykowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba kampanii i przekazów społecznych 2. Liczba zrealizowanych programów 3. Liczba uczestników programów 4. Liczba osób kształcących się w procesie certyfikacji
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prowadzenie edukacji publicznej na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód wynikających z różnych wzorów spożywania alkoholu. 2. Poszerzenie 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. 3. Wspieranie rozwoju systemu specjalistycznego wsparcia udzielanego osobom wykluczonym lub zagrożonym wykluczeniem na skutek uzależnienia od alkoholu, zmierzającego do ich integracji społecznej. 4. Podnoszenie kwalifikacji pracowników lecznictwa odwykowego w ramach certyfikacji specjalistów i instruktorów terapii uzależnień. 5. Wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. 6. Wspieranie programów terapii, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych. 	
Grupa zadań	Wskaźniki
II. Wspieranie rozwoju programów reintegracji społecznej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba wspartych placówek 2. Liczba wspartych programów 3. Liczba uczestników programów 4. Liczba wspartych CIS 5. Liczba placówek terapii uzależnień z kompleksowym programem terapii.
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie rozwoju placówek lecznictwa odwykowego, zakup sprzętu, wyposażenia oraz modernizacja istniejących i nowopowstałych placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych. 2. Wspieranie powstawania centrów terapii uzależnień jako placówek wysokospecjalistycznych oferujących kompleksowe programy terapii. 3. Poszerzenie oferty programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu. 4. Współdziałanie w zakresie rozwoju systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez współtworzenie ośrodków przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym tzw. Centrów Integracji Społecznej. 	

3.Badania i monitoring problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	
Cel: określenie skali zjawiska problemów alkoholowych oraz zjawiska przemocy w celu planowania i realizacji działań adekwatnych do istniejących problemów	
Grupa zadań	Wskaźniki
I. Monitorowanie stanu problemów alkoholowych oraz zjawiska przemocy na terenie województwa	1. Liczba zrealizowanych badań 2. Liczba osób uczestniczących w badaniach – wielkość próby 3. Liczba utworzonych i aktualizowanych baz danych
Zadania szczegółowe	
1. Realizacja badań dotyczących wzorów konsumpcji alkoholu oraz postaw i zachowań społecznych wobec alkoholu. 2. Prowadzenie badań nt. skali zjawiska przemocy i postaw wobec zjawiska przemocy w rodzinie. 3. Prowadzenie, wspieranie programów badawczych lub badań i analiz służących ocenie efektywności strategii profilaktycznych, tworzenie baz danych. 4. Prowadzenie i wspieranie badań epidemiologicznych dla prognozowania potrzeb terapeutycznych.	
Grupa zadań	Wskaźniki
II. Rozwój i konsolidacja systemu informacji o problemach alkoholowych na poziomie lokalnym	1. Liczba zorganizowanych spotkań dotyczących monitoringów 2. Liczba współpracujących podmiotów 3. Liczba zebranych raportów i badań 4. Liczba opracowanych raportów 5. Liczba konferencji, porad i szkoleń
Zadania szczegółowe	
1. Realizacja corocznych monitoringów wojewódzkich. 2. Wspieranie realizacji monitoringów na poziomie lokalnym. 3. Współpraca na poziomie ogólnopolskim i międzynarodowym.	

4. Prowadzenie działalności profilaktycznej zmierzającej do ograniczenia wzrostu popytu na narkotyki oraz zjawiska HIV/AIDS.	
Cel: ograniczenie wzrostu popytu na narkotyki	
Grupa zadań	Wskaźniki
I. Wspieranie rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej	1. Liczba wspartych programów 2. Liczba uczestników programów (dzieci, rodziców, opiekunów) 3. Liczba podmiotów realizujących programy 4. Liczba zrealizowanych i przeprowadzonych kampanii 5. Liczba przeprowadzonych szkoleń, konferencji, narad 6. Liczba uczestników szkoleń
Zadania szczegółowe	
1. Wspieranie rekomendowanych programów i lokalnych inicjatyw profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym i rodzinnym. 2. Wspieranie programów rozwijających umiejętności psychospołeczne dzieci i młodzieży stanowiące czynniki chroniące przed używaniem narkotyków. 3. Wspieranie programów profilaktyki narkomanii adresowanych do rodziców i opiekunów oraz ogółu społeczeństwa. 4. Podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat HIV/AIDS oraz problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym współudział i prowadzenie kampanii profilaktycznych. 5. Wspieranie działalności szkoleniowej osób zaangażowanych zawodowo i społecznie w działalność profilaktyczną i naprawczą.	
Grupa zadań	Wskaźniki
II. Wspieranie rozwoju programów profilaktyki selektywnej i wskazującej	1. Liczba wspartych świetlic i innych placówek realizujących programy socjoterapeutyczne 2. Liczba uczestników zajęć 3. Liczba wspartych programów 4. Liczba rodzin, którym udzielono wsparcia
Zadania szczegółowe	
1. Wspieranie działalności świetlic i innych placówek realizujących programy socjoterapeutyczne, w tym skierowane do dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych. 2. Wspieranie programów wczesnej interwencji, adresowanych do dzieci i młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie. 3. Wspieranie programów profilaktycznych w miejscach o zwiększonym narażeniu na kontakt z substancjami psychoaktywnymi (kluby, dyskoteki, imprezy masowe). 4. Wspieranie inicjatyw skierowanych do rodzin, w których występują problemy uzależnień oraz HIV/AIDS w zakresie pomocy psychologicznej i prawnej.	

5.Leczenie, rehabilitacja, ograniczenie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna.	
Cel: zmniejszenie negatywnych skutków społecznych uzależnień od narkotyków	
Grupa zadań	Wskaźniki
I. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba wspartych placówek 2. Liczba wspartych programów 3. Liczba uczestników programów 4. Liczba publikacji dot. placówek i programów dla uzależnionych i współuzależnionych
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwój i modernizacja (w tym zakup sprzętu i wyposażenia) zakładów świadczących usługi dla osób używających w sposób szkodliwy. 2. Wspieranie programów kierowanych do specyficznych grup odbiorców (np. matek z dziećmi, osób starszych, kierowców, osób opuszczających zakłady karne, nosiciele wirusa HIV i osób chorych na AIDS). 3. Upowszechnianie informacji na temat placówek i programów dla osób uzależnionych i współuzależnionych. 	
Grupa zadań	Wskaźniki
II. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od narkotyków	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba wspartych placówek 2. Liczba wspartych programów 3. Liczba uczestników programów 4. Liczba podmiotów realizujących programy 5. Liczba placówek terapii uzależnień z kompleksowym programem terapii
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicjowanie powstawania nowych placówek ambulatoryjnych. 2. Rozwój i modernizację (w tym zakup sprzętu i wyposażenia) zakładów świadczących usługi dla osób uzależnionych od narkotyków. 3. Wspieranie powstawania centrów terapii uzależnień jako placówek wysokospecjalistycznych oferujących kompleksowe programy terapii. 4. Wspieranie programów terapii, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych. 5. Wspieranie istniejących i inicjowanie powstawania nowych programów leczenia substytucyjnego. 6. Inicjowanie i wspieranie programów profilaktyki HIV/AIDS. 	
Grupa zadań	Wskaźniki
III. Wspieranie rozwoju zawodowego osób i grup mających styczność z osobami używającymi szkodliwie i uzależnionymi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba osób kształcących się w procesie certyfikacji 2. Liczba konferencji, szkoleń, porad 3. Liczba przeszkolonych osób
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wspieranie kształcenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego w zakresie specjalisty i instruktora terapii uzależnień. 2. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób i grup zaangażowanych w pracę z osobami uzależnionymi w tym policjantów, pracowników socjalnych, kuratorów, lekarzy, organizacji pozarządowych i innych. 	

6.Badania i monitoring problemu narkotyków i narkomanii oraz HIV/AIDS.	
Cel: określenie skali zjawiska problemów narkotykowych oraz HIV/AIDS w celu planowania i realizacji działań adekwatnych do istniejących problemów	
Grupa zadań	Wskaźniki
I. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii oraz postaw społecznych w tym zakresie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zrealizowanych badań 2. Liczba osób uczestniczących w badaniach – wielkość próby 3. Liczba utworzonych i aktualizowanych baz danych 4. Liczba udostępnionych raportów z badań
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zbieranie, analiza i udostępnianie danych dotyczących m.in. zgłaszalności do leczenia, zgonów związanych z narkotykami, zjawiska HIV, HCV, AIDS wśród osób używających narkotyków w iniekcji, cen narkotyków, notowań przez Policję, a także pojawiających się trendów używania środków zastępczych, itp. 2. 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. 3. Zlecenie do realizacji badań i analiz jakościowych i ilościowych na poziomie lokalnym i wojewódzkim. 	
Grupa zadań	Wskaźniki
II. Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii na poziomie lokalnym	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zorganizowanych spotkań dotyczących monitoringów 2. Liczba współpracujących podmiotów 3. Liczba zebranych raportów i badań 4. Liczba opracowanych raportów 5. Liczba konferencji, narad i szkoleń
Zadania szczegółowe	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja corocznych monitoringów wojewódzkich. 2. Wspieranie realizacji monitoringów na poziomie lokalnym. 3. Współpraca na poziomie ogólnopolskim i międzynarodowym. 	