

Załącznik do uchwały nr XXXVI/567/09
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego
z dnia 29 stycznia 2009 r.

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO



**DOLNOŚLĄSKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
NA LATA 2009 – 2012**

Wrocław 2009

SPIS TREŚCI

Wstęp	2
I. Podstawy prawne programu.	3
II. Główne dokumenty korelujące z Dolnośląskim Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009 – 2012.....	5
III. Zasady realizacji Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012.....	10
IV. Diagnoza problemów w sferze uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego.	12
1. Diagnoza w obszarze alkoholizmu na Dolnym Śląsku.	13
1.1. Czynniki ryzyka i zachowania ryzykowne wśród młodzieży.....	22
1.2. Ocena dostępności alkoholu na podstawie badań dolnośląskiej młodzieży.	25
1.3. Wypadki z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu.	27
1.4. Lecznictwo odwykowe.	30
1.5. Informacje z obszaru przemocy domowej.....	33
2. Diagnoza w obszarze narkomanii.....	35
2.1. Eksperymentowanie z narkotykami.	38
2.2. Problemowe używanie narkotyków.	40
2.3. Dostępność narkotyków.	46
2.4. Dane z badań monitorujących problemy uzależnień i przemocy na przestrzeni lat 1993-2008 realizowanych na zlecenie samorządów miast i gmin województwa dolnośląskiego	49
2.5. Informacje z obszaru HIV/AIDS.....	53
V. Charakterystyka zasobów w sferze uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego.	62
VI. Zadania strategiczne i operacyjne programu.	67
1. Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.	68
2. Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.	78
Spis tabel i wykresów.....	87

Wstęp

Niniejszy „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012” 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” przyjętego Uchwałą nr XIII/185/1999 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego w dniu 24 września 1999 roku, a także drugiego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zadań z Zakresu Zapobiegania Narkomanii na lata 2004-2008” przyjętego Uchwałą nr XVIII/238/2004 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego w dniu 27 lutego 2004 roku.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012” wskazuje konkretne działania do realizacji w ramach przyjętych celów głównych z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień: profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych (w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie) oraz przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych (w tym profilaktyka HIV/AIDS).

Tenże Program pokazuje, jak wykorzystując pewne zasoby materialne i personalne można wspólnie zrealizować działania w sferze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień na terenie Województwa Dolnośląskiego. Opiera się na wiodącej i podmiotowej roli współpracujących z Samorządem Województwa instytucji, podmiotów i organizacji pozarządowych. 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. Przy tak dużej rozpiętości działań najważniejszym kryterium wyboru były praktyczne możliwości ich realizacji. Działania zostały sformułowane na znacznym poziomie ogólności, gdyż tego typu programy powinny być elastyczne i łatwo dostosowujące się do zmian legislacyjnych, a także dopuszczające możliwość dołączenia nowych, ciekawych inicjatyw i przedsięwzięć. Rzeczywistość społeczna, dynamika zmian w mentalności społeczeństwa i zmiany właściwych ustaw zweryfikują, które założenia należy zmodyfikować i jak usprawnić realizację programu.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012” został opracowany przez pracowników Działu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień – Wydziału Zdrowia, Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

I. 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 2007r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005r. Nr 179, poz.1485 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005r. Nr 180, poz. 1493).
5. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2003 r., Nr 96, poz. 873 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2003r., Nr 122, poz. 1143 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2008r. Nr 115, poz. 728 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 06 września 2001 roku o o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. z 2001r. Nr 126, poz.1384, z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2005r. Nr 249, poz. 2104 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 223, poz.1655 z późn. zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzaju zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 2000r. Nr 3, poz. 44 z późn. zm.).
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 roku w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. z 2005r. Nr 189, poz.1590).

Programy krajowe:

1. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010 z dnia 01 czerwca 2006 roku.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2006-2015 z dnia 15 maja 2007 roku.
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2006 - 2016 z dnia 25 września 2006 roku.
4. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006 – 2010 z dnia 27 czerwca 2006 roku.
5. Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV z dnia 13 września 2005 roku, Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowany na lata 2007 – 2011 z dnia 31 października 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.

II. Główne dokumenty korelujące z Dolnośląskim Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009 – 2012.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009 - 2012” jest ściśle powiązany z wieloma aktami prawnymi. Należą do nich m.in.:

1. Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadziła podział na trzy obszary, w jakich powinny być realizowane działania w zakresie szeroko pojętej profilaktyki, tj. na poziom centralny, województwa oraz gminy. Jako jednostkę koordynującą w swoisty sposób całość powyższych działań utworzono Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W szczególności ustawa ta nakłada na samorząd województwa obowiązek tworzenia wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jako część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Środki, które mają zostać przeznaczone na przedmiotowy program stanowią integralną część budżetu województwa. Ich pochodzenie to m.in. wpływy z opłat za zezwolenia wydawane przez Marszałka Województwa na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu.

Samorząd województwa powinien realizować m.in. następujące zadania (art. 1, 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi):

- Ograniczanie spożycia napojów alkoholowych;
- Inicjowanie i wspieranie przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów spożywania alkoholu;
- Działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy;
- Przeciwdziałanie powstawaniu i usuwanie następstw nadużywania alkoholu;
- Wspieranie w powyższym zakresie działalności zakładów pracy i organizacji społecznych;
- Popieranie tworzenia i rozwoju organizacji społecznych mających na celu np. krzewienie trzeźwości;
- Kreowanie sprzyjających warunków do działalności ww. organizacji;
- Współdziałanie z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami, wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi;
- Tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu;
- Działalność wychowawczą i informacyjną;
- Ograniczanie dostępności alkoholu;
- Leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych od alkoholu;
- Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;

- Zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie.

Zarząd województwa zgodnie z ustawą zajmuje się koordynowaniem i realizacją wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz współdziałaniem z innymi organami administracji publicznej. Środki finansowe pozyskane z zezwoleń wydawanych przez Marszałka Województwa Dolnośląskiego, Zarząd przeznacza na realizację Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012.

2. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012” współgra z „Narodowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006 - 2010” poprzez:

1. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz samorządom powiatów, które włączają się w zadania z zakresu profilaktyki problemów alkoholowych,
2. Prowadzenie szkoleń dla osób zaangażowanych w działania profilaktyczne i naprawcze, w szczególności dla koordynatorów gminnych programów oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pracowników punktów konsultacyjnych, a także przedstawicieli służb zaangażowanych w realizację wspomnianych programów (policjantów, pracowników socjalnych, kuratorów i pracowników wymiaru sprawiedliwości, lekarzy i pracowników służby zdrowia oraz pracowników systemu oświaty),
3. Wspomaganie działań dotyczących ewaluacji wojewódzkich i gminnych programów profilaktycznych oraz szkoleń z zakresu doskonalenia umiejętności promocji i edukacji publicznej,
4. Wspieranie rozwoju i modernizacji usług terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, monitorowanie zadań Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia,
5. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla młodzieży uzależnionej od alkoholu - uruchomienie specjalistycznej, wojewódzkiej placówki realizującej program terapii dla nastolatków,
6. Promowanie działań edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez kobiety w ciąży uruchomienie specjalistycznego systemu konsultacyjnego dla rodziców i opiekunów dzieci z zespołem FAS (ang. fetal alcohol syndrome) i innymi zaburzeniami związanymi z piciem alkoholu w okresie ciąży,
7. Wspieranie pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu przebywających w zakładach karnych,

8. Wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej edukacja lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w zakresie jej stosowania w praktyce lekarzy rodzinnych,
9. Wspieranie rozwoju nowoczesnych programów profilaktycznych realizowanych w środowisku szkolnym i rodzinnym oraz w grupach podwyższonego ryzyka, a także programów z zakresu socjoterapii realizowanych w gminach wiejskich i małych miastach, nieposiadających odpowiednich zasobów w tym zakresie,
10. Wspieranie rozwoju lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy w rodzinach alkoholowych we współpracy z policją, pomocą społeczną, placówkami leczenia odwykowego, powiatowymi centrami pomocy rodzinie, organizacjami pozarządowymi oraz gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych – organizowanie konferencji i szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
11. Inicjowanie i udział w ogólnopolskich i regionalnych kampaniach edukacyjno informacyjnych dotyczących różnych aspektów problemów alkoholowych,
12. Systematyczne prowadzenie badań dotyczących wzorów konsumpcji alkoholu oraz monitorowanie postaw i zachowań społecznych wobec problemów alkoholowych na terenie całego województwa i w wybranych gminach,
13. Wspieranie programów realizowanych przez instytucje i podmioty pozarządowe zajmujące się rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz środowiska wzajemnej pomocy, w tym stowarzyszeń abstynenckich.

3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie określa zadania organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego.

W szczególności do zadań własnych samorządu województwa należy:

- organizowanie szkoleń dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie,
- inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- opracowywanie programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie oraz ramowych programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

4. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii organ wykonawczy samorządu województwa opracowuje projekt Wojewódzkiego Programu

Przeciwdziałania Narkomanii, uwzględniając kierunki i rodzaje działań określone w Krajowym Programie oraz zadania w zakresie określonym w art. 2 ust. 1 pkt 1-3 ww. ustawy tj. „przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej,

gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności: działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą; leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych; ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych.” Ponadto Wojewódzki Program stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Wojewódzki Program uchwała sejmik województwa.

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii organ wykonawczy samorządu województwa:

- odpowiada za przygotowanie projektu Wojewódzkiego Programu i jego realizację oraz koordynację;
- udziela pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania objęte Wojewódzkim Programem;
- współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie przeciwdziałania narkomanii.
- Wojewódzki Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie (art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii).

Oprócz powyższego organ wykonawczy samorządu województwa powołuje i odwołuje eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii. Do zadań eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii, realizowanych na terenie województwa ze środków określonych w budżecie samorządu województwa, należą:

zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych, prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii, oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników, gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii, formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii, gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii.

Należy także zauważyć, że art. 11 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii nakłada na organ wykonawczy samorządu województwa obowiązek sporządzenia raportu z wykonania wojewódzkiego programu i przedłożenia go sejmikowi województwa do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.

5. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii został przyjęty przez Radę Ministrów na lata 2006-2010. Cel ogólny Krajowego Programu to: ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Cel ogólny realizowany jest przez jednostki samorządu terytorialnego w trzech z pięciu obszarów:

- Profilaktyka,
- Leczenie, rehabilitacja, ograniczenie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna,
- Badania i monitoring.

6. Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011.

Rada Ministrów na mocy swojego rozporządzenia z dnia 13 września 2005r. wprowadziła Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV, który za cel postawił sobie ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV, poprawę jakości życia i dostępności opieki zdrowotnej dla żyjących z HIV (cierpiących na AIDS) oraz ich bliskich oraz poprawę dostępu do diagnostyki oraz leczenia ARV. Krajowy Program został uszczegółowiony poprzez Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażenia HIV na lata 2007- 2011. Harmonogram podzielił zadania zaplanowane do wykonania m.in. przez organy samorządu terytorialnego na trzy obszary tematyczne zgodnie z ideą profilaktyki pierwszorzędowej, drugorzędowej i trzeciorzędowej.

III. Zasady realizacji Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012.

1. Zadania Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 dotyczą bezpośrednio profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w tym: zadań z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, przeciwdziałania narkomanii, zapobiegania zakażeniom HIV/AIDS oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Program nie obejmuje rozległych dziedzin życia takich jak: spędzanie wolnego czasu, kultura fizyczna, problemy materialne – mylnie utożsamianych z profilaktyką uzależnień.
2. Środki finansowe przeznaczone na realizację Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 - 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. Środki finansowe pochodzić mogą również ze środków własnych Samorządu Województwa Dolnośląskiego, ze środków budżetu Państwa oraz ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
3. Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 przewiduje zadania, które będą finansowane i współfinansowane przez gminy i powiaty województwa dolnośląskiego.
4. Finansowanie zadań Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego zależne jest od wysokości środków finansowych w każdym roku budżetowym.
5. Realizacja programu wymaga profesjonalnego podejścia do zagadnienia profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. W związku z powyższym realizację zadań niniejszego programu powierzyć należy osobom z odpowiednimi kwalifikacjami oraz dbać o zaplecze administracyjno – techniczne konieczne do satysfakcjonującego poziomu realizacji zadań programowych.
6. Za realizację Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 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.
7. Zadania wynikające z Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 wymagają współpracy merytorycznej Samorządu Województwa Dolnośląskiego z następującymi partnerami: Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów

Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowym Centrum ds. AIDS, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Zdrowia.

8. W celu realizacji programu występuje konieczność zintegrowania działań różnych resortów i instytucji w zakresie kształtowania polityki wobec uzależnień.
9. 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.
10. Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 jest dokumentem otwartym i może być na podstawie uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego wzbogacany o nowe treści. Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012 ma charakter ramowy zachodzi, więc konieczność szczegółowego określenia zadań realizowanych w ramach tego Programu i określenia ich w harmonogramie realizacji w danym roku, przyjętym stosowną uchwałą Zarządu Województwa Dolnośląskiego.

IV. Diagnoza problemów w obszarze uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego.

Przedstawiona poniżej diagnoza ma na celu zobrazowanie sytuacji województwa w zakresie: postaw społeczeństwa wobec używania środków psychoaktywnych, epidemiologii w zakresie uzależnień, wzorów okazjonalnego i eksperymentalnego używania narkotyków, a także problemowego spożywania narkotyków, liczby zakażonych na HIV i chorych na AIDS. Zaprezentowane dane zostały przedstawione w kontekście sytuacji ogólnopolskiej w celu ujęcia problemu w skali mikro i makro. Dodatkowo, ukazano dane dotyczące zasobów w zakresie leczenia, terapii, rehabilitacji, redukcji szkód i reintegracji społecznej.

Charakterystyka województwa dolnośląskiego w wyżej wymienionym zakresie powstała na podstawie następujących źródeł: Raporty Pana Andrzeja Turka - Eksperta ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego, Raport z badań „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego 2007” przeprowadzonych na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego przez firmę badawczą PBS DGA; dane Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny, Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej, Komendy Głównej Policji, Wojewódzkiej Komendy Policji, itp., Ponadto wykorzystano raporty Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, także Biuletyn Statystyczny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Raport EMCDDA oraz dane z Diagnozy Społecznej 2007 „Warunki i jakość życia Polaków” raport Rady Monitoringu Społecznego (redakcja Janusz Czapiński i Tomasz Panek).

1. Diagnoza w obszarze alkoholizmu.

Europa ma największe spożycie alkoholu na całym świecie.¹ Obserwuje się znaczące różnice w średniej objętości spożywanego alkoholu i wzorcach picia między subregionami, jednak największa część wzrostu w spożyciu alkoholu przypada na kraje rozwijające się. Dane z 1998 roku pokazują, że średnie spożycie alkoholu na naszym kontynencie wynosiło ok. 7,3 litra czystego alkoholu na jednego mieszkańca (wahania w granicach 0,9-13,3l). Nierejestrowane spożycie alkoholu może jeszcze zwiększać podane wyniki, w niektórych krajach nawet do 20 litrów. Problem dotyczy w szczególności państw centralnej i wschodniej Europy. Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach (ESPAD) wskazuje, że najwięcej uczniów sięgających po alkohol jest na Litwie, w Polsce, na Słowacji i w Słowenii.² Każdego roku ok. 55 tys. młodych Europejczyków umiera na skutek nadużywania alkoholu - co czwarty zgon w grupie wiekowej 15-29 jest spowodowany przez alkohol. Blisko 40-60% wszystkich zgonów jest związana z używaniem alkoholu.³ Konsumpcja alkoholu, a raczej intoksykacja alkoholem jest znaczącym czynnikiem różnicującym śmiertelność młodych ludzi w Europie Wschodniej i Zachodniej oraz między mężczyznami i kobietami. Szacuje się, że koszty związane z profilaktyką i przeciwdziałaniem problemom alkoholowym stanowią do 3% ogólnych kosztów całego dochodu społeczności Europy ponoszonych przez pomoc społeczną, służbę zdrowia, ubezpieczenia, wymiar sprawiedliwości i więziennictwo.

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek z alkoholem. Choroby występujące na tle używania alkoholu to przede wszystkim: urazy, zaburzenia umysłowe i psychiczne, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia immunologiczne, choroby układu kostno-szkieletowego, dysfunkcje układu rozrodczego i szkody prenatalne. W całej Europie picie alkoholu jest odpowiedzialne za 1/4 wszystkich nagłych zgonów młodych ludzi pomiędzy 15 a 29 rokiem życia. Corocznie z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu, umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób, z czego połowa przypada na zgony spowodowane bezpośrednio piciem alkoholu.

Rośnie śmiertelność związana z używaniem alkoholu. Wg danych Państwowego Zakładu Higieny w 2006 roku w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła:

- o 16% liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu (1 808 zgonów w 2006r. wobec 1 533 w 2005r.), przy czym liczba zgonów kobiet z tego powodu zwiększyła się aż o 21%;
- o 4% liczba zgonów z powodu chorób wątroby (do 6 843 w 2006r. z 6 596 w 2005r.), przy czym liczba zgonów kobiet z tego powodu wzrosła o 7%;

¹ Europejski Raport Zdrowia 2002

² PARPA

³ Europejski Raport Zdrowia 2002

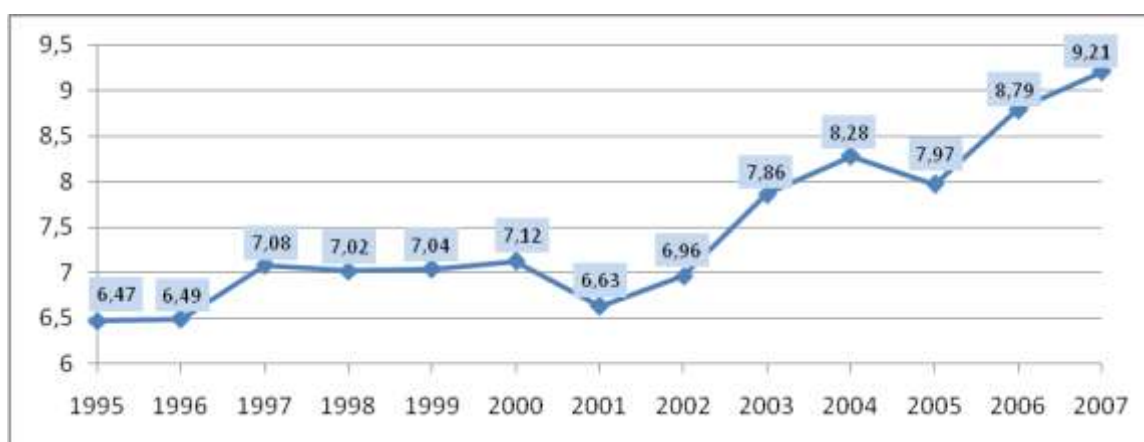
- o 7% liczba zgonów z powodu zatruc alkoholem (z 1 724 w 2005r. do 1 851 w 2006r.), przy czym liczba zgonów kobiet z tego powodu zwiększyła się aż o 24%.

Szacuje się, że każdego roku rodzi się w Polsce ok. 900 dzieci z pełnoobjawowym FAS oraz dziesięć razy więcej dzieci z innymi uszkodzeniami spowodowanymi działaniem alkoholu na płód.

Na przestrzeni ostatnich 10 lat polityka związana z problematyką alkoholową w Europie rozwinęła się i zmierza w dobrym kierunku. Skala zjawiska nie pozwala pozostać obojętnym i skłania rządy wielu państw do podejmowania radykalnych kroków. Ogólnoświatową tendencją jest obniżanie dopuszczalnej zawartości alkoholu we krwi kierowców. Głośno mówi się także o trzeźwości w miejscu pracy i miejscach publicznych. Podejmuje się ponadto kwestię reklamy alkoholu. W 2005 roku Pracownia Badań Społecznych PBS w Sopocie wykonała na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych badania dotyczące skali polskich problemów związanych z piciem alkoholu.⁴ Wynika z nich, że w latach 2002 - 2005 średnie spożycie alkoholu, a zwłaszcza napojów spirytusowych, wzrosło prawie o 1/3: wódki o ponad 40%, piwa o 10%. Coraz więcej kobiet przyznaje się do pierwszego kontaktu z alkoholem przed 18. rokiem życia, rośnie też przyzwolenie na picie przed osiągnięciem pełnoletniości.

W 2007 roku spożycie 100% alkoholu na jednego mieszkańca wzrosło w Polsce w ciągu jednego roku o 0,42l z 8,79l w 2006 roku do 9,21.

Wykres 1. Spożycie 100% alkoholu w litrach w ciągu ostatnich 13 lat w przeliczeniu na 1 mieszkańca na przestrzeni lat 1995-2007⁵



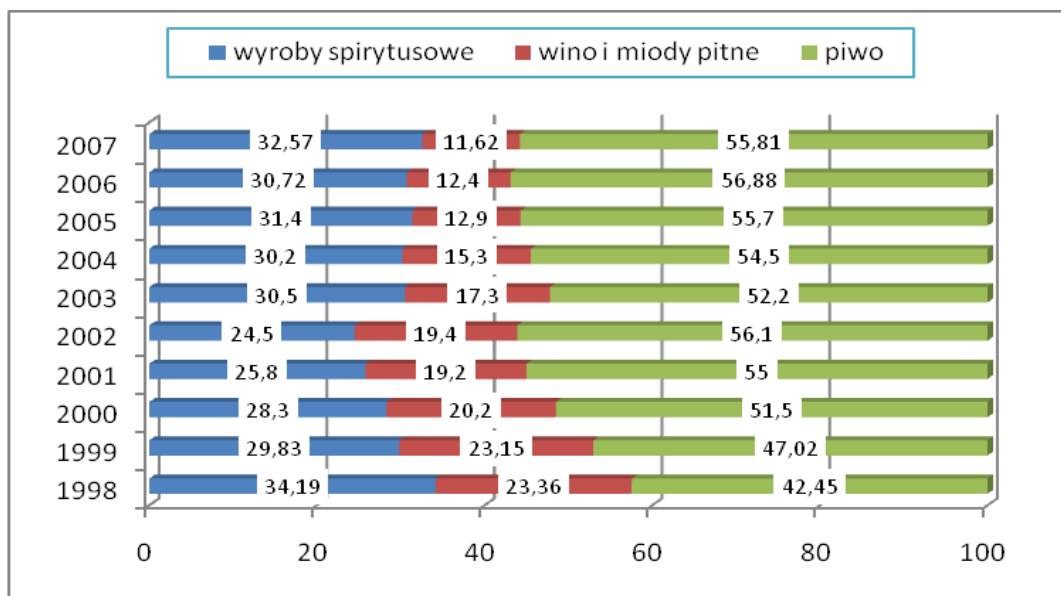
Od połowy lat dziewięćdziesiątych XX w. obserwujemy stały, znaczący wzrost spożycia piwa. W tym samym okresie po zmniejszeniu spożycia napojów spirytusowych od 2002r. nastąpił ponowny wzrost ich spożycia. Spożycie wina i miodów pitnych utrzymuje się na podobnym poziomie.⁶

⁴ Świat Problemów, 4/2006

⁵ PARPA, Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004-2007

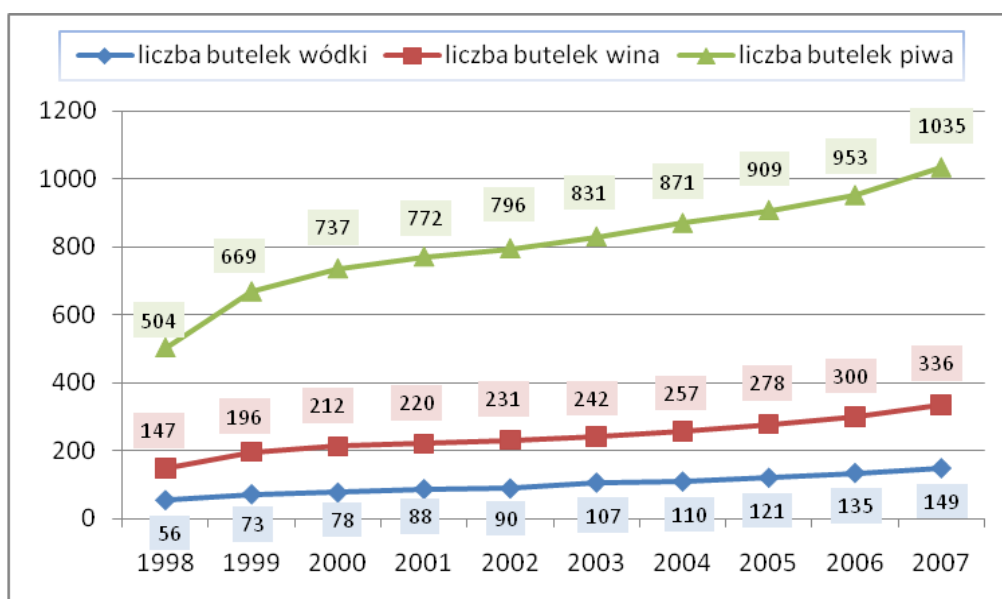
⁶ Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004-2007

Wykres 2. Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych na przestrzeni lat 1998-2007 (%)⁷



Rośnie dostępność ekonomiczna alkoholu. W porównaniu do roku poprzedniego w roku 2007 nastąpił nieznaczny wzrost cen napojów alkoholowych (o 0,6%). Jednak niekorzystnym zjawiskiem jest uwidaczniający się od roku 2000 spadek cen mocnych alkoholi (wyroby spirytusowe i likiery) przy jednoczesnym wzroście cen alkoholi słabszych (wina i piwa). Obecnie, w porównaniu z rokiem 1998, za średnie miesięczne wynagrodzenie można kupić trzykrotnie więcej butelek wódki oraz wina i dwukrotnie więcej butelek piwa.

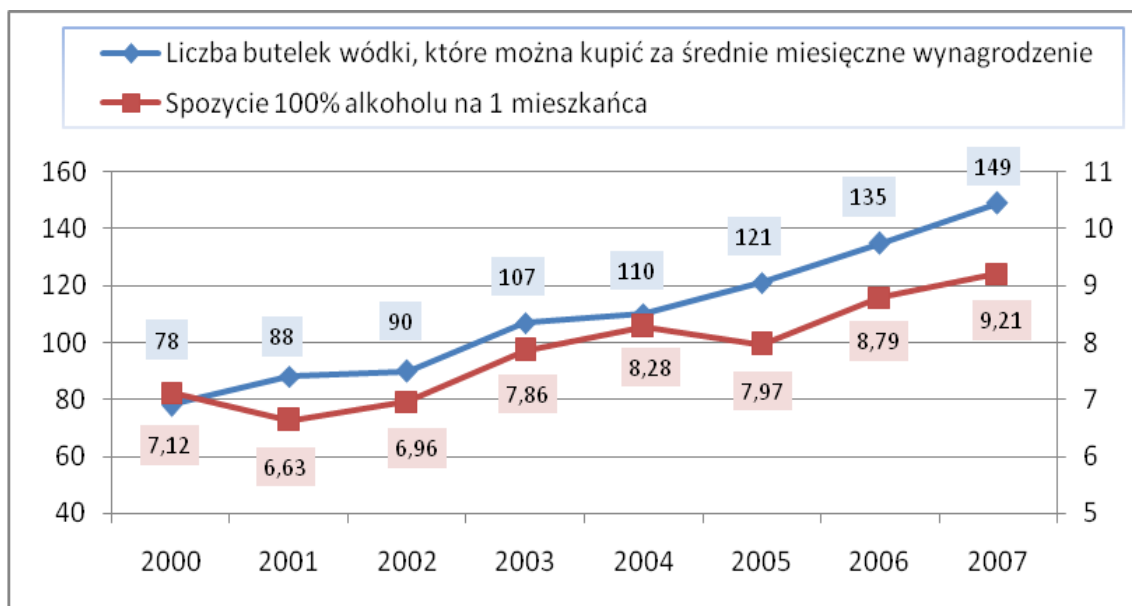
Wykres 3. Liczba butelek wódki, wina lub piwa, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie na przestrzeni lat 1998-2007⁸



⁷ PARPA

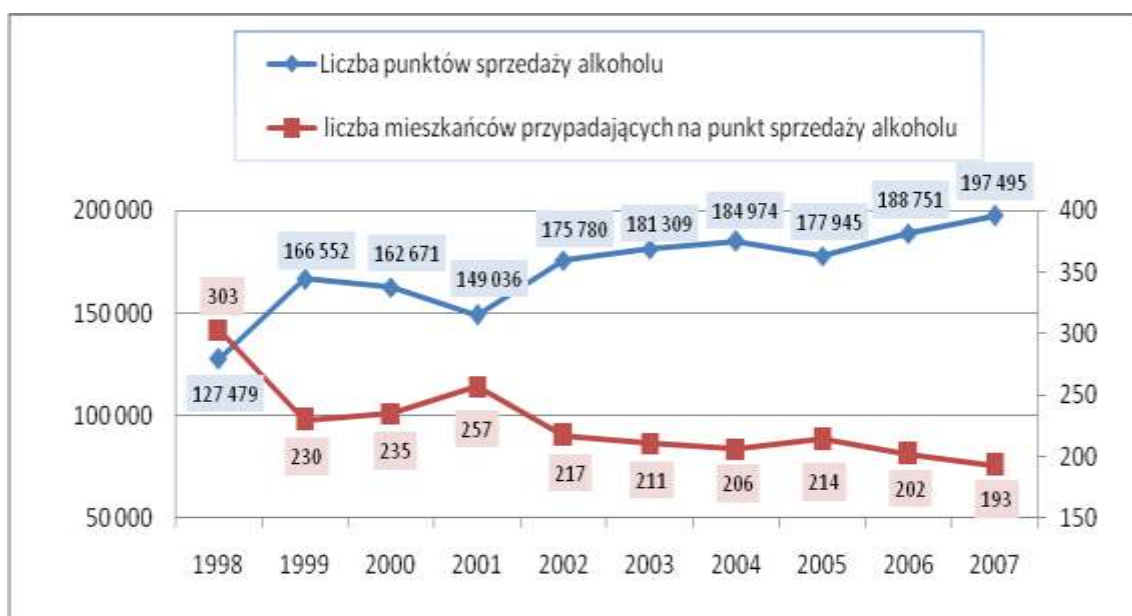
⁸ ibidem

Wykres 4. Porównanie liczby butelek wódki, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie oraz wielkość spożycia 100% alkoholu na przestrzeni lat 2000-2007 w przeliczeniu na 1 mieszkańca⁹



Poza dostępnością ekonomiczną ważny wpływ na wysokość spożycia alkoholu ma też dostępność fizyczna napojów alkoholowych. Wzrasta liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na przestrzeni ostatnich 10 lat oraz zmniejsza się liczba mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży.

Wykres 5. Porównanie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz wartości spożycia 100% alkoholu na przestrzeni lat 1998-2007 w przeliczeniu na 1 mieszkańca¹⁰



Od 2001 roku wraz ze wzrostem ilości punktów sprzedaży rośnie spożycie alkoholu.

⁹ PARPA

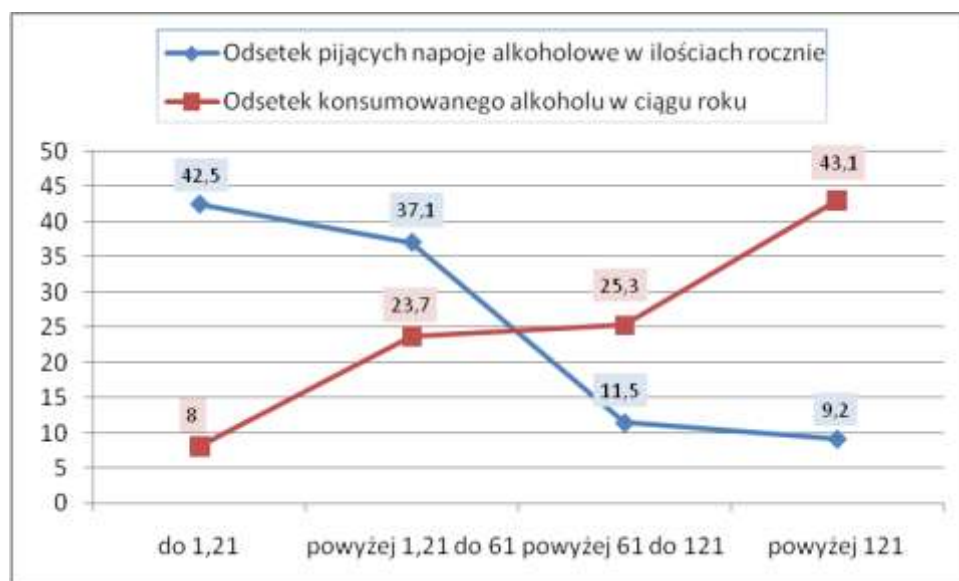
¹⁰ *ibidem*

Wykres 6. Porównanie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz wartości spożycia 100% alkoholu na przestrzeni lat 2000-2007 w przeliczeniu na 1 mieszkańca¹¹



Grupa osób najwięcej pijących, stanowiąca 9% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 43% całego wypijanego alkoholu, zaś grupa największa osób mało pijących wypija tylko 8% całości spożywanego alkoholu. Tak duża koncentracja spożywanego alkoholu rodzi poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne¹² Do grupy ryzyka, (czyli osób wypijających rocznie powyżej 10 litrów czystego alkoholu w przypadku mężczyzn i 7,5 litra w przypadku kobiet) zdecydowanie częściej należą mężczyźni – ponad 19% mężczyzn pijących alkohol zalicza się do tej grupy (w przypadku kobiet dotyczy to ok. 2,4% z nich).¹³

Wykres 7. Porównanie odsetka pijących napoje alkoholowe w ilościach rocznie do odsetka konsumowanego alkoholu w ciągu roku. Dane na 2006r.¹⁴



¹¹ PARPA

¹² ibidem

¹³ ibidem

¹⁴ ibidem

Diagnoza Społeczna 2007 „Warunki i jakość życia Polaków” dostarcza następujących informacji dotyczących sięgania po alkohol osób w wieku 18 lat i więcej oraz przyznających, że pili zbyt dużo alkoholu w trudnych sytuacjach życiowych:

Tabela 1. Odsetek osób w wieku 18+ lat przyznających, że w minionym roku pili za dużo alkoholu i sięgających po alkohol w trudnych sytuacjach życiowych¹⁵

Województwo	Pijący zbyt dużo alkoholu			Siegający po alkohol		
	2007	2005	2003	2007	2005	2003
Dolnośląskie	5,05	7,35	5,58	3,26	4,24	3,77
Kujawsko-pomorskie	5,54	6,67	3,07	3,31	3,93	3,48
Lubelskie	6,27	7,29	5,8	3,72	4,5	4,59
Lubuskie	6,02	4,72	4,89	4,46	2,76	3,91
Łódzkie	5,64	8,57	4,84	2,39	4,94	3,5
Małopolskie	5,53	3,36	2,67	3,33	3,48	2,5
Mazowieckie	6,13	6,21	4,03	4,25	3,42	3,85
Opolskie	4,36	5,32	3,82	2,02	3,14	2,31
Podkarpackie	6,23	4,59	3,97	3,54	2,47	2,85
Podlaskie	7,83	7,28	5,89	4,55	4,07	5,02
Pomorskie	6,1	6,26	5,22	3,46	4	2,52
Śląskie	5,16	6,18	4,8	3,33	4,05	3,66
Świętokrzyskie	3,6	6,14	4,82	3,55	5,28	3,68
Warmińsko-mazurskie	9,62	9,46	5,16	7,02	7,52	4,39
Wielkopolskie	4,69	3,32	3	1,97	2,14	2,04
Zachodniopomorskie	6,34	6,41	3,72	4,29	5,05	3,32

Badania postaw społeczeństwa wobec alkoholu i zjawisk z nim związanych pokazują, że co szósty respondent dopuszcza możliwość inicjacji alkoholowej przed 18. rokiem życia. Takie rozwiązanie sugerują częściej osoby młodsze.¹⁶ O 14 punktów procentowych wzrosło w tym samym czasie społeczne przyzwolenie dla postulatu sprawowania specjalnej kontroli przez państwo nad sprzedażą alkoholu. Powszechnie jest też poparcie dla kontroli sprzedaży alkoholu przed osiągnięciem pełnoletniości, oraz karania sprzedawców za taką sprzedaż. Badani nie byli zbyt skłonni zaakceptować całkowitego zakazu reklamowania napojów alkoholowych, przy czym najbardziej liberalne podejście dotyczy piwa: jedynie 22% badanych chciałoby całkowitego zakazu reklamy piwa, a połowa zgadza się na reklamę tego napoju.

¹⁵ *Diagnoza Społeczna 2007 „Warunki i jakość życia Polaków”*

¹⁶ *Świat Problemów, 4/2006*

Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe dla Dolnego Śląska).¹⁷ Populacja województwa wynosi ok. 2.876832¹⁸

Tabela 2. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku

Uzależnieni od alkoholu	2% populacji	Ok. 58 100
Dorośli żyjący otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	4% populacji	Ok. 116 200
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym	4% populacji	Ok. 116 200
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	Ok. 174 300
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	Ok. 153 400

Na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz. U. 2007 rok, Nr 70, poz. 473 ze zm.) Marszałek Województwa wydaje zezwolenia na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. Dochody z opłat za wydanie zezwolenia na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholu o zawartości do 18% zawartości alkoholu, przeznaczane są na profilaktykę i rozwiązywanie problemów uzależnień na terenie województwa.

Tabela 3. Liczba wydanych zezwoleń w województwie dolnośląskim na przestrzeni lat 2004-2008

Rok	Piwo	Wino	Łącznie
2004	28	35	63
2005	54	51	105
2006	26	26	52
2007	47	52	99
2008 ¹⁹	31	36	67

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych należy do zadań własnych gmin. W szczególności zadania te obejmują: zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychologicznej i prawnej a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie, prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w szczególności dla dzieci i młodzieży, wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych. Działania te finansowane są z opłat za wydanie zezwolenia na obrót detaliczny w kraju napojami alkoholowymi. Gminy województwa różnią

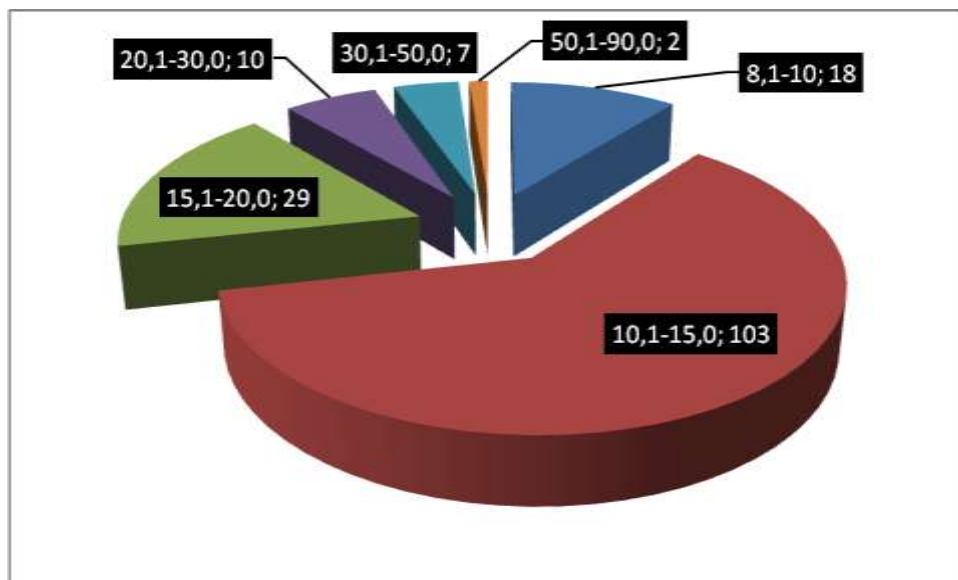
¹⁷ PARPA

¹⁸ GUS, *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialny. Stan na 30.VI.2008*

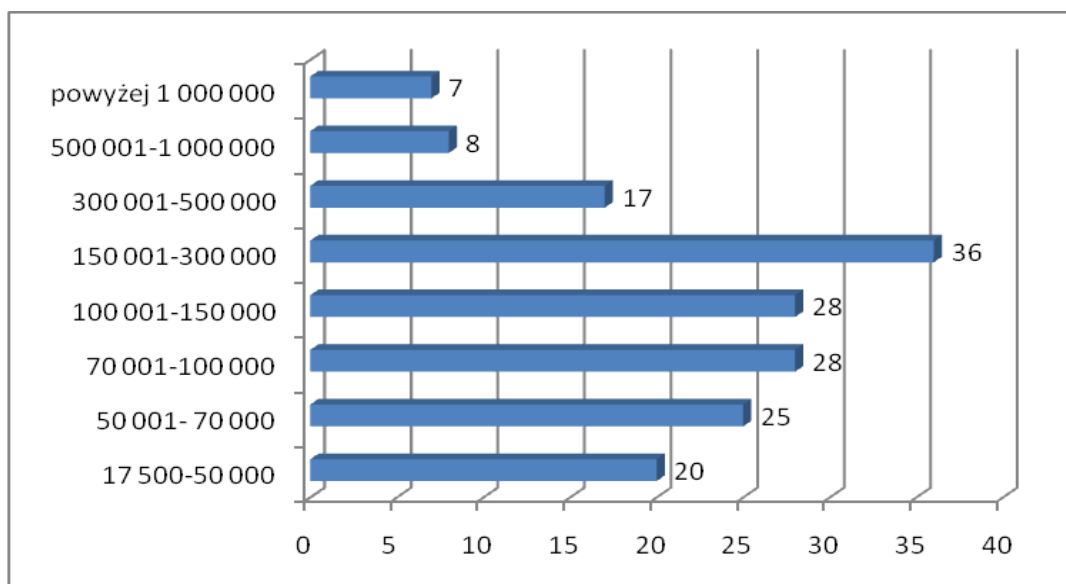
¹⁹ Stan na dzień 31.12.2008r.

się dość znacznie pod względem wysokości dochodów uzyskanych z obrotu napojami alkoholowymi. Na jednego mieszkańca gminy przypada w ciągu roku od 8,1zł do 84zł. Średnia dla województwa wynosi 15,6zł., jednak większość gmin osiąga dochód do 15zł.

Wykres 8. Liczba gmin wg wysokości dochodów uzyskanych za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi w przeliczeniu na 1 mieszkańca w zł. w roku 2007²⁰



Wykres 9. Liczba gmin wg wysokości dochodów uzyskanych za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi w roku 2007²¹

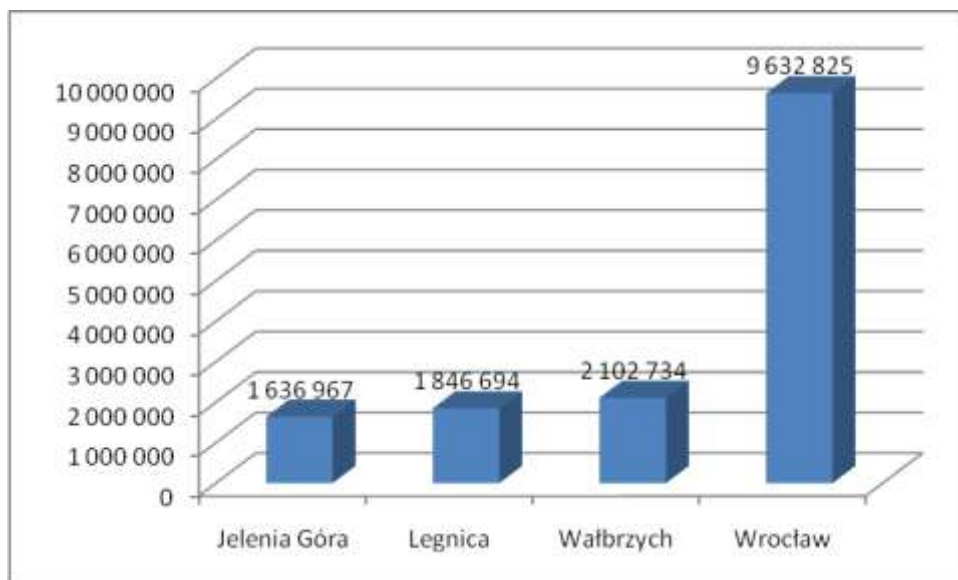


²⁰ PARPA

²¹ ibidem

Zaznaczyć należy, że większe miasta znacznie zawężają średnią dochodów. Poniższy wykres nr 10 przedstawia 4 miasta (Jelenia Góra, Legnica, Wałbrzych, Wrocław), które w 2007 roku osiągnęły najwyższe dochody na profilaktykę i rozwiązywanie problemów uzależnień.

Wykres 10. Wysokość środków czterech gmin miejskich, które osiągnęły najwyższe dochody za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi w roku 2007²²



²² PARPA

1.1 Czynniki ryzyka i zachowania ryzykowne wśród młodzieży.

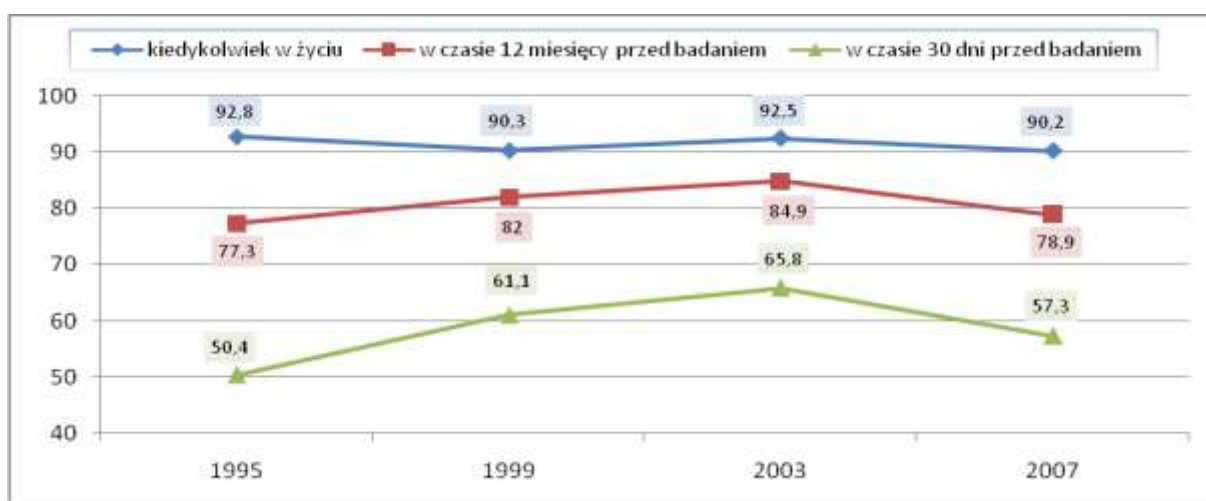
Jednym z najciekawszych osiągnięć współczesnej wiedzy o uzależnieniach jest wyodrębnienie okoliczności, które powodują możliwość wystąpienia problemów uzależnień. Nazwane zostały one przez amerykańskiego badacza Davida Hawkins'a czynnikami ryzyka. Do najistotniejszych w przypadku młodych ludzi należą:

- Ubóstwo młodych ludzi;
- Wiek „dojrzwania”;
- Wadliwość prawa i norm społecznych oraz ich nieprzestrzeganie;
- Dostępność alkoholu na rynku;
- Słabe więzi rodzinne;
- Niskie oczekiwania i zamierzenia edukacyjne;
- Niepowodzenia szkolne lub duże możliwości umysłowe.

Ogólnopolskie badania ESPAD przeprowadzone w 2007r. pokazują, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak wśród dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 90,2% gimnazjalistów z klas trzecich i 94,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wykres 11,12).

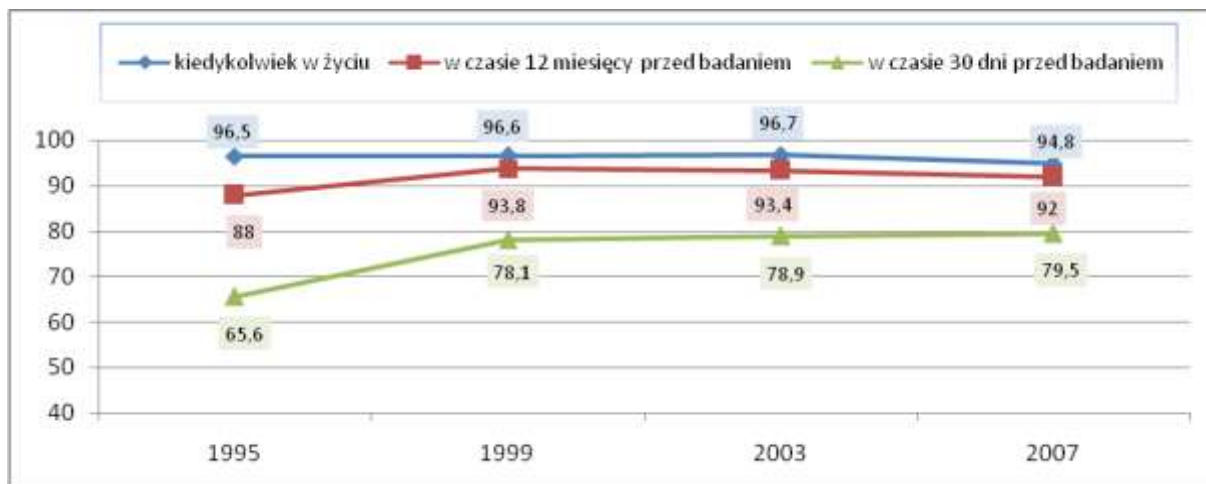
W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 78,9% młodszych uczniów i 92,0% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetek konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych nie odbiegają znacznie od odsetka konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych. W takich badaniach, zrealizowanych w 2002r. odnotowano 86% tak zdefiniowanych konsumentów napojów alkoholowych.

Wykres 11. Picie napojów alkoholowych przez uczniów 3 kl. gimnazjum w 2007r.²³



²³ ESPAD 2007

Wykres 12. Picie napojów alkoholowych przez uczniów 2 kl. szkół ponadgimnazjalnych w 2007r.²⁴



Badania przeprowadzone na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego” dostarczają informacji na temat zależności między używaniem środków psychoaktywnych a niektórymi ww. zmiennymi.

Istotną statystycznie zmienną wskazaną przez badaczy jest jakość relacji z rodzicami. W okresie ostatnich 30 dni poprzedzających badanie, do picia alkoholu przyznało się 2/3 respondentów spośród tych, którzy swoje aktualne relacje z rodzicami oceniali jako negatywne. Pozostali respondenci, a więc ci, którzy pozytywnie spozrzegali swoje stosunki z rodzicami w nieco ponad 50% przyznali się do spożywania alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca. Wskaźnik jakości relacji nabiera jeszcze większego znaczenia w odniesieniu do problemu upijania się młodzieży w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Badanie wskazuje na różnicę 15 punktów procentowych między młodymi będącymi w złych relacjach ze swoimi rodzicami (55%) a tymi, których relacje są pozytywne (40%).²⁵ Najbardziej wyraźna rozbieżność ujawnia się pomiędzy grupami wśród uczniów, którzy upijali się najczęściej tj. 10 lub więcej razy (17% uczniowie w złych relacjach z rodzicami i 5% reszta uczniów).²⁶

Istotnym celem programów profilaktycznych realizowanych w środowisku szkolnym jest podwyższenie wieku inicjacji alkoholowej. Średni wiek sięgania po alkohol odnotowano w latach 90-tych na poziomie 14-15 lat. Badania na dolnośląskich gimnazjalistach i uczniach szkół średnich ukazują istotność płci w odniesieniu do wskaźnika inicjacji. Okazuje się, że chłopcy szybciej niż dziewczęta sięgają po alkohol.

²⁴ ESPAD 2007

²⁵ Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”

²⁶ ibidem

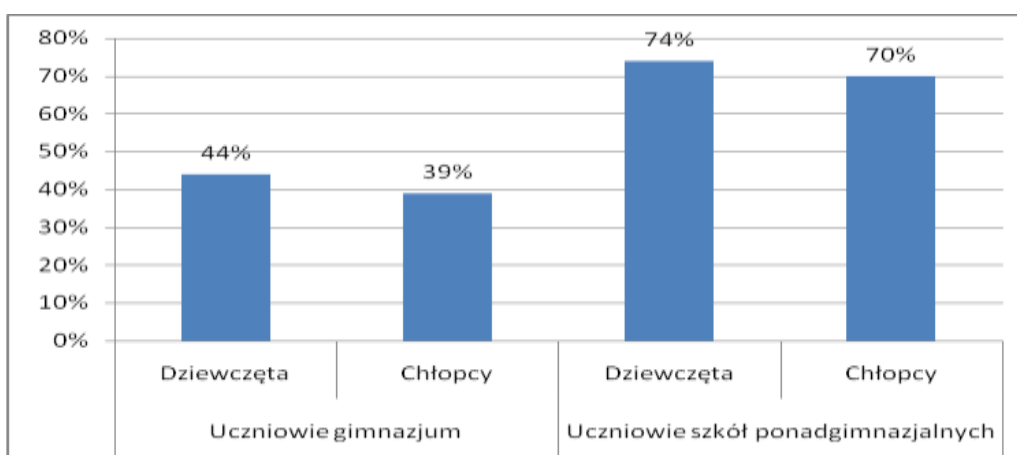
Tabela 4. Inicjacja alkoholowa w wieku 13 lat lub mniej (w %)²⁷

13 lat i mniej				
	Dziewczeta		Chłopcy	
	III kl. gimnazjum	II kl. szkoły ponadgimnazjalnej	III kl. gimnazjum	II kl. szkoły ponadgimnazjalnej
Piwo	37	39	43	55
Wino	23	25	27	34
Wódka	18	18	28	34
Suma	26	27,3	32,6	41
Średnia	26,6		36,8	

Łącznie 43,5% dolnośląskich gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych spróbowało jakiegokolwiek alkoholu w wieku 13 lat lub mniej.

Odsetek uczniów, którzy jeszcze nie sięgnęli po piwo, maleje z wiekiem. W trzecich klasach gimnazjum (15-latki) około 1/4 uczennic (25%) i uczniów (26%) nigdy nie piła piwa. W grupie 17-latków, tj. uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, nie sięgnęło po ten napój jedynie 11% dziewcząt i co dziesiąty chłopak (10%).²⁸ Wśród badanej młodzieży z województwa dolnośląskiego picie napojów alkoholowych jest niemal powszechne.²⁹ Najpopularniejszym alkoholem jest piwo. W ciągu ostatniego miesiąca 42% uczniów trzecich klas gimnazjalnych oraz aż 68% uczniów drugich klas ponadgimnazjalnych piło piwo. Drugim w rankingu popularności napojem alkoholowym jest wódka. W ciągu ostatnich 30 dni piło ją 26% uczniów trzecich klas gimnazjalnych i 57% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Na kolejnym miejscu znajduje się wino, które piła ostatnio niemal jedna piąta uczniów trzecich klas gimnazjalnych oraz jedna trzecia uczniów drugich klas ponadgimnazjalnych. To jedyny alkohol, który wyraźnie częściej piją dziewczęta niż chłopcy.

Wykres 13. Częstotliwość picia napojów alkoholowych przez młodzież w okresie ostatnich 30 dni³⁰



²⁷ Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”

²⁸ *ibidem*

²⁹ *ibidem*

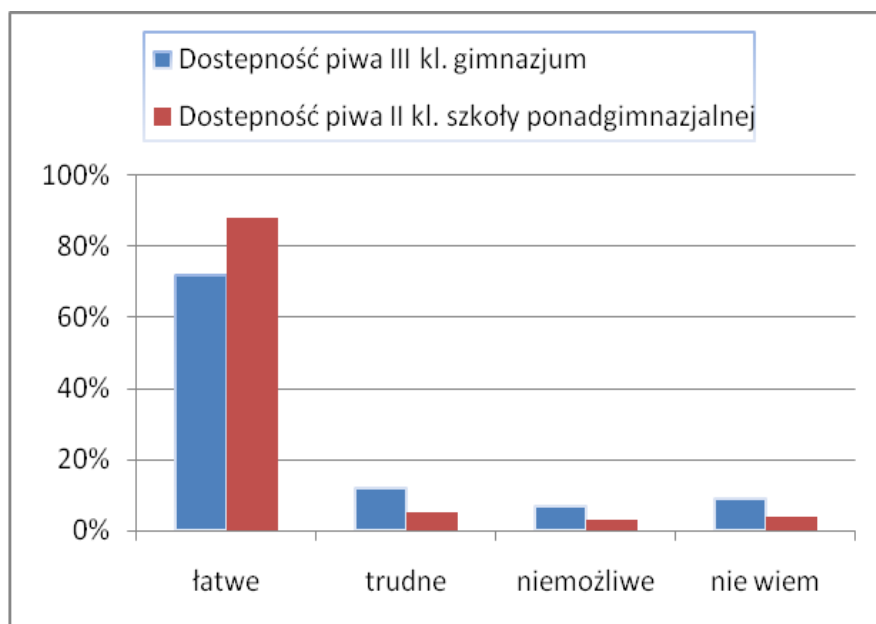
³⁰ *ibidem*

1.2 Ocena dostępności alkoholu na podstawie badań dolnośląskiej młodzieży.

Ocena dostępności napojów alkoholowych przez młodzież kształtowana jest w dużej mierze na podstawie postaw dorosłych, przede wszystkim sprzedawców alkoholu i rodziców. W tym przypadku szczególny wpływ na możliwość kupna alkoholu przez niepełnoletnich nastolatków mają lokalne samorzady, do których należy monitorowanie przestrzegania prawa, które – co warto podkreślić – zabrania sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18. roku życia.³¹

Postrzegana przez uczniów dostępność napojów alkoholowych zwiększa się wraz z wiekiem badanych osób. Dostępność piwa w badanych grupach młodzieży szkolnej z województwa dolnośląskiego jest bardzo duża. Niemal trzy czwarte (72%) uczniów trzecich klas gimnazjalnych (15-latków) uważa, że zdobycie piwa byłoby łatwe, natomiast 19% sądzi, że byłoby to trudne lub niemożliwe. W drugich klasach ponadgimnazjalnych, tj. wśród 17-latków, 88% uczniów stwierdziło, że piwo jest dla nich łatwo dostępne, natomiast tylko co trzynasty miał w tej sprawie przeciwną opinię.³²

Wykres 14. Ocena dostępności piwa przez uczniów³³



Zdobycie wina byłoby łatwe dla co drugiego ucznia trzecich klas gimnazjalnych (52%), natomiast jedna trzecia w tej grupie wiekowej uznała, iż byłoby to trudne lub niemożliwe (33%). W drugich klasach ponadgimnazjalnych dostępność wina jest znacznie większa: 76% uczniów z tych klas uważa, że zdobycie wina byłoby łatwe, a tylko 16% jest innego zdania.³⁴

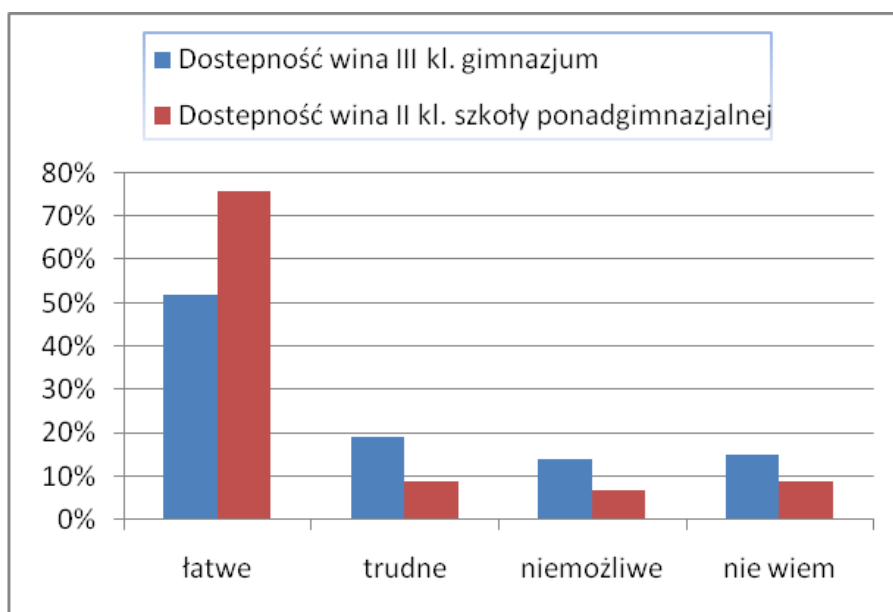
³¹ Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”

³² *ibidem*

³³ *ibidem*

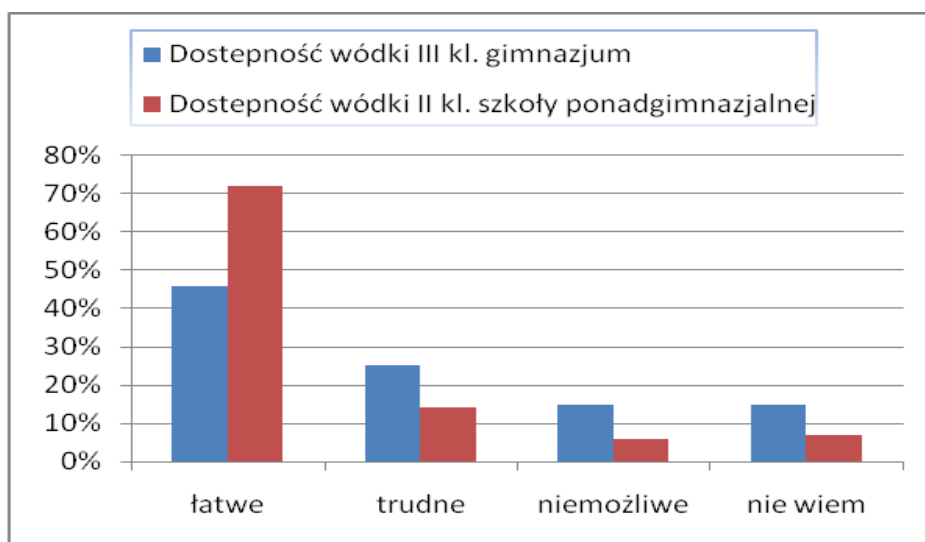
³⁴ *ibidem*

Wykres 15. Ocena dostępności wina przez uczniów³⁵



Wódka, zarówno dla gimnazjalistów, jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest trudniej dostępna niż wino i piwo. Zbliżona uczniów trzecich klas gimnazjów uważa, że zdobycie wódki byłoby dla nich łatwe (46%), jak i trudne bądź niemożliwe (40%). Inaczej wygląda to wśród starszej młodzieży z drugich klas ponadgimnazjalnych. W tej grupie badanych niemal 3/4 respondentów (72%) jest zdania, iż wódka jest dla nich łatwo dostępna, a tylko co piąty (20%) uważa, że jej zdobycie nie jest takie proste.³⁶

Wykres 16. Ocena dostępności wódki przez uczniów³⁷



³⁵ Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”

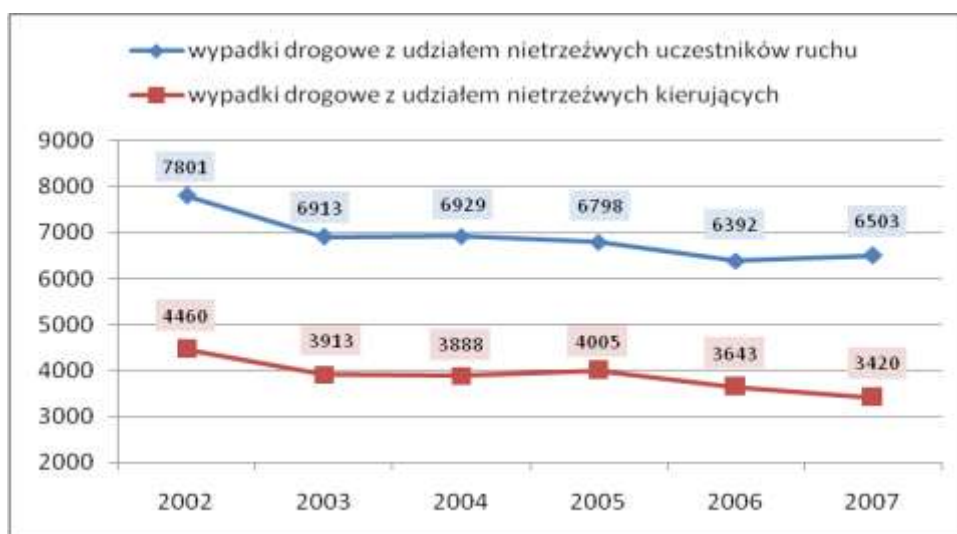
³⁶ *ibidem*

³⁷ *ibidem*

1.3. Wypadki z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu.

Alkohol jest istotną przyczyną zachowań agresywnych. Często pod jego wpływem dochodzi do łamania prawa. Jak wynika z danych Komendy Głównej Policji – ponad połowa zabójstw, jedna trzecia gwałtów oraz jedna czwarta bójek i pobić jest dokonywana przez osoby nietrzeźwe. Nadal powszechne jest zjawisko prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu oraz przemoc domowa.

Wykres 17. Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu w Polsce na przestrzeni lat 2002-2007³⁸



W województwie dolnośląskim odnotowano w 2007 roku 436 wypadków z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu, co stanowiło 6,7% ogółu wypadków (średnia dla kraju 406).

W tego typu wypadkach zginęło na Dolnym Śląsku 26 osób (średnia dla kraju 48), co stanowiło 3,4% ogółu zabitych w wypadkach drogowych w województwie. Liczba rannych w wyniku wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu wyniosła 597, co stanowi 7,3% ogółu rannych w wyniku wypadków w województwie (średnia dla kraju 512).

Tabela 5. Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu w układzie województw w 2007 roku (%)³⁹

Województwa	Wypadki	Zabici	Ranni
Dolnośląskie	6,7	3,4	7,3
Kujawsko-pomorskie	3,7	6,6	3,7
Lubelskie	7,3	6,6	7,5
Lubuskie	2	2,6	2,1
Łódzkie	10	8,5	9,8
Małopolskie	9,6	6,7	9,3
Mazowieckie	6	8,1	6,1

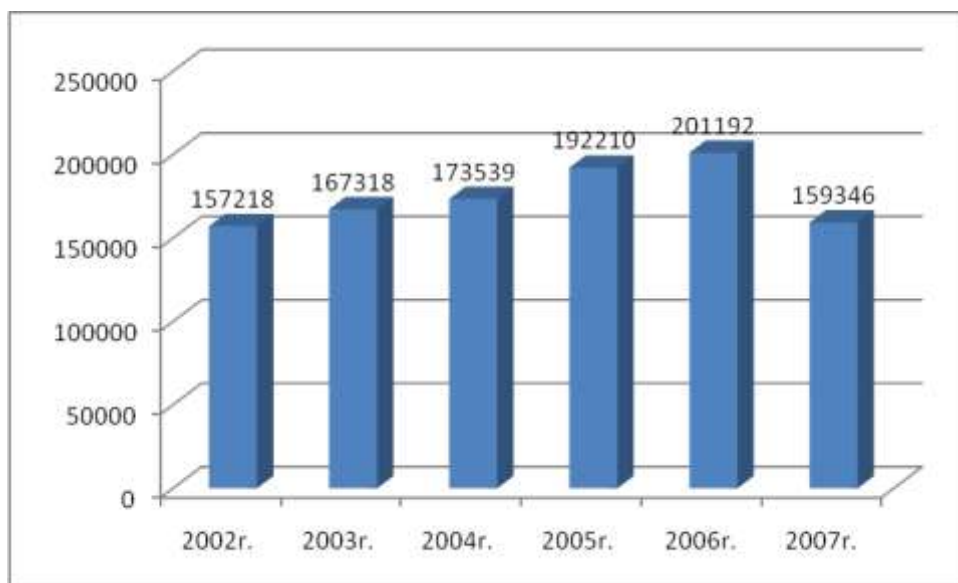
³⁸ PARPA

³⁹ Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego. W: Świat Problemów. 6/2008.

Opolskie	2,2	3,2	2,1
Podkarpackie	4,9	5,2	5
Podlaskie	3,1	5,4	3
Pomorskie	5,8	5,3	6,2
Śląskie	12,3	6,1	11,9
Świętokrzyskie	5,4	6,3	5,1
Warmińsko-mazurskie	5,5	7,5	5,7
Wielkopolskie	8,1	10,3	7,9
Zachodniopomorskie	4,1	4,9	4
Komenda Stołeczna Policji	3,2	3,2	3,3
POLSKA	100	100	100

Ogółem w 2007 roku ujawniono 159 346 przypadków kierowania pojazdami w stanie po użyciu alkoholu oraz w stanie nietrzeźwości. W okresie 2007 roku za jazdę po spożyciu alkoholu Policja odebrała 54 578 praw jazdy (75% wszystkich odebranych praw jazdy). Liczba wypadków z udziałem osób będących pod wpływem alkoholu w 2007 roku wynosiła 6 503 co stanowiło 13,1% ogółu wypadków. Śmierć w nich ponieśli 774 osoby (13,9% ogółu zabitych) a 8 193 odniosło obrażenia (12,9% ogółu rannych).⁴⁰

Wykres 18. Liczba ujawnionych przez Policję kierujących pod wpływem alkoholu w Polsce na przestrzeni lat 2002-2007⁴¹



⁴⁰ Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego. W: *Świat Problemów*. 6/2008.

⁴¹ *ibidem*

Tabela 6. Liczba ujawnionych przez Policję osób kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu wg województw w 2007 roku⁴²

Województwo	Art. 87 KW i Art. 178 a KK ⁴³
Wielkopolskie	14787
Śląskie	14229
Dolnośląskie	12376
Mazowieckie	12037
Zachodniopomorskie	10479
Małopolskie	10358
Łódzkie	10090
Pomorskie	9331
Lubelskie	8446
Lubuskie	8147
Komenda Stołeczna Policji	7961
Warmińsko-mazurskie	7889
Kujawsko-pomorskie	7717
Podkarpackie	7566
Świętokrzyskie	6319
Podlaskie	6076
Opolskie	5538
POLSKA	159346

Piesi będący pod działaniem alkoholu spowodowali 1 519 wypadków, w ich wyniku śmierć poniosło 170 osób, a 1 381 zostało rannych. W porównaniu do roku 2006 nastąpił wzrost liczby wypadków spowodowanych przez tę grupę uczestników ruchu o 11 (+0,7%).

Prawie co piąty pieszy – sprawca wypadku był pod wpływem alkoholu (analogicznie do roku ubiegłego). Liczba zdarzeń, do powstania których przyczynili się nietrzeźwi piesi systematycznie spada. W roku 2007 stanowiła 3% wszystkich wypadków (2002 –3,6%, 2003– 3,4%, 2004 – 3,3%, 2005 i 2006 –3,2%).⁴⁴

⁴² Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego. W: Świat Problemów. 6/2008.

⁴³ Art. 87 KW Ustawa z dnia 20 maja 1971r. Kodeks wykroczeń (t.j. Dz. U. z 2007, Nr 109, poz. 756 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. § 2. Kto, znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, prowadzi na drodze publicznej lub w strefie zamieszkania inny pojazd niż określony w § 1, podlega karze aresztu do 14 dni albo grzywny. § 3. W razie popełnienia wykroczenia określonego w § 1 lub 2 orzeka się zakaz prowadzenia pojazdów.

Art. 178 a KK Ustawa z dnia 06 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997, 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. § 2. Kto, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi na drodze publicznej lub w strefie zamieszkania inny pojazd niż określony w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 3. (uchylony).

⁴⁴Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego. W: Świat Problemów. 6/2008

1.4. Lecznictwo odwykowe.

Zakłady specjalistycznej opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu są częścią systemu opieki psychiatrycznej⁴⁵. Osoby leczone z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu stanowiły 13% wszystkich pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, 25% wszystkich pacjentów oddziałów dziennych oraz 34% wszystkich pacjentów psychiatrycznej opieki całodobowej. Obserwuje się tendencję wzrostową osób leczonych w oddziałach dziennych w porównaniu do 2005 roku – 18% oraz w oddziałach całodobowych 34%. Najsilniej rysuje się ona w grupie pacjentów pierwszorazowych.

Tabela 7. Liczba pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w lecznictwie odwykowym na przestrzeni lat 2001-2006⁴⁶

typ placówki	2001	2002	2003	2004		2005		2006	
					%		%		%
Ambulatoryjne	117 350	127 983	134 639	147 635	69,4	147 181	67,7	149 473	66
Oddziały dzienne	1 896	2 701	2 971	2 972	1,3	3 410	1,6	5 112	2,3
Oddziały całodobowe	51 698	57 134	58 323	62 374	29,3	66 716	30,7	71 775	31,7
Razem	170 944	187 818	195 933	212 981	100	217 307	100	226 360	100

W roku 2006 z powodu rodzinnych obciążeń nadużywaniem alkoholu (w tym współzależnienia) leczono w Polsce w placówkach ambulatoryjnych 36 961 osób. Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu leczonych w placówkach ambulatoryjnych był wyższy dla populacji miejskiej niż wiejskiej i zróżnicowany terytorialnie. Dane z 2006 roku wskazują na znaczenie takich zmiennych jak płeć, miejsce zamieszkania i wieku osób leczonych z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Przedstawia je poniższa tabela nr 8.

Tabela 8. Struktura płci, wieku i miejsca zamieszkania osób leczonych (w %)⁴⁷

	płeć		miejsce zamieszkania		wiek			
	M	K	Miasto	Wieś	Do 18 lat	19-29	30-64	65 lat i więcej
Poradnie	79	21	76	24	0,7	15	81	3,3
Oddziały dzienne	73	27	84	16	0,3	11	87,5	1,2
Oddziały całodobowe	86	14	68	32	0,3	9,2	87,5	3

⁴⁵ Fudala Jadwiga PARPA „Lecznictwo odwykowe 2007”

⁴⁶ *ibidem*

⁴⁷ *ibidem*

Wskaźnik hospitalizacji mężczyzn wyniósł 335 na 100 tys., zaś kobiet aż siedmiokrotnie mniej – 51 na 100 tys. Nie bez znaczenia pozostaje jednak fakt, że wskaźnik ten wzrósł w odniesieniu do poprzedniego roku o 7% dla mężczyzn i aż o 11% dla kobiet. Dane te ilustrują zjawisko narastania problemów alkoholowych kobiet.⁴⁸ Dominującą grupą pacjentów są osoby w wieku 30-64 lata oraz zamieszkujące miasta. Liczba pacjentów do 18. roku życia z rozpoznaniem zaburzeń wynikających z używania alkoholu nie zwiększyła się w porównaniu z rokiem poprzednim (1 242 osób leczono się w poradniach, 18 w oddziałach dziennych i 222 w oddziałach całodobowych). Wśród najmłodszych połowa to osoby uzależnione od alkoholu, połowa zaś – to pijący szkodliwie.⁴⁹

W ostatnich latach ubywa placówek leczących wyłącznie osoby uzależnione od alkoholu, przybywa zaś placówek ambulatoryjnych i całodobowych przyjmujących zarówno osoby uzależnione od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. Są to poradnie i oddziały leczenia uzależnień. Stanowią one wspólny obszar działań lecznictwa odwykowego i narkomańskiego. Liczba osób z zaburzeniami wynikającymi z zażywania alkoholu jest 5,5 razy wyższa (244 233 osób), niż liczba osób z zaburzeniami wynikającymi z zażywania narkotyków (42 987 osób).⁵⁰

Lecznictwo odwykowe w zakładach karnych nie jest zorganizowane w strukturze zakładów opieki zdrowotnej, lecz funkcjonuje w obrębie oddziałów terapeutycznych i jest nadzorowane przez Wydział Penitencjarny Centralnego Zarządu Służby Więziennej. W 2008 r. w bazie terapeutycznej, jaką dysponowało więziennictwo znajdowały się 23 oddziały terapeutyczne dla skazanych uzależnionych od alkoholu.⁵¹

Tabela 9. Lecznictwo odwykowe w zakładach karnych w 2008r.

Lp.	Nazwa jednostki	Pojemność
1.	ZK Nr 1 Grudziądz (kobiety)	27
2.	ZK Gdańsk Przeróbka	42
3.	AŚ Kraków Podgórze	49
4.	ZK Nowy Wiśnicz	34
5.	ZK Barczewo	32
6.	ZK Iława	30
7.	ZK Wronki	52
8.	AŚ Warszawa-Mokotów	49
9.	AŚ W-wa Służewiec	29
10.	AŚ Radom	43
11.	ZK Nr 1 Wrocław	28
12.	ZK Zamość	27
13.	ZK Jasło	24
14.	ZK Jastrzębie Zdrój	28
15.	ZK Biała Podlaska	24
16.	ZK Potulice	25
17.	ZK Wojkowice	26

⁴⁸ Fudala Jadwiga PARPA „Lecznictwo odwykowe 2007”

⁴⁹ Fudala Jadwiga w „Terapia uzależnienia i współuzależnienia” 5/2008

⁵⁰ Fudala Jadwiga PARPA „Lecznictwo odwykowe 2007”

⁵¹ PARPA

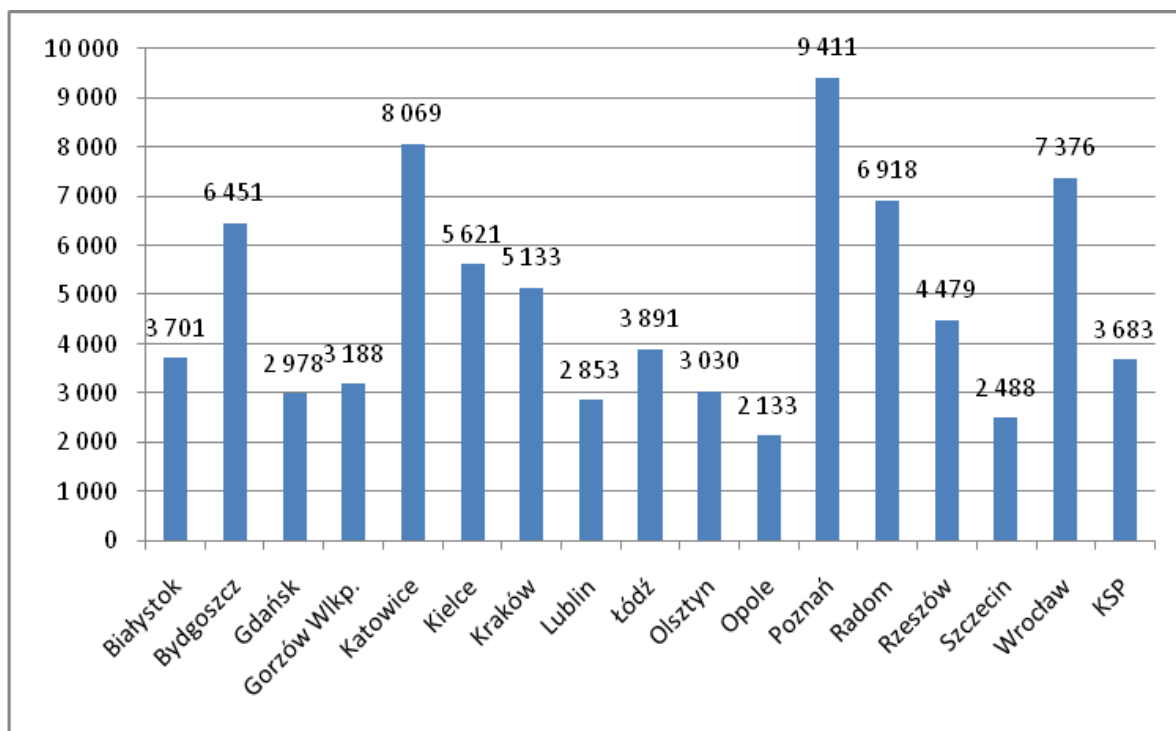
18.	ZK Garbalin	45
19.	OZ ZK Zamość	28
20.	ZK Goleniów	34
21.	AŚ Suwałki	33
22.	ZK Nr 2 w Grudziądzu	30
23.	ZK Nr 1 w Łodzi	41
Razem:		780

1.5. Informacje z obszaru przemocy domowej.

W latach 1991-1992 problematyka przemocy w rodzinach została wprowadzona do Krajowego Programu Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Było oczywiste, że w bardzo wielu przypadkach przemoc w rodzinie jest związana z nadużywaniem alkoholu. Dzieci, współmałżonkowie i inni członkowie rodzin osób uzależnionych od alkoholu tworzą największą w Polsce (licząc nie mniej niż 2 mln osób) populację o bardzo wysokim stopniu zagrożenia przemocą w rodzinie.⁵²

Według danych Komendy Głównej Policji widać dość duże zróżnicowanie liczby interwencji domowych dotyczących przemocy wg głównych miast Polski. Szacunki te nie odzwierciedlają jedynie skali zjawiska, ale także skuteczność policji oraz wrażliwość społeczną na problem przemocy.

Wykres 19. Liczba interwencji domowych dotyczących przemocy wg miast w 2007r.⁵³



Spośród wszystkich przypadków zastosowania przemocy, o której mowa na powyższym wykresie sprawcami byli mężczyźni w 77339 przypadkach, co stanowi 95,3% wszystkich przypadków, 3632 – kobiety, czyli 4% i 171 nieletni co stanowi 0,2% ogółu sprawców.

Liczba interwencji zakwalifikowanych jako przemoc domowa w województwie dolnośląskim w ciągu trzech lat spadła.⁵⁴ W 2005 roku odnotowano 12 739 takich interwencji, co stanowiło 78% wszystkich interwencji domowych z terenu województwa. W 2006 roku odnotowano 10 444

⁵² Mellibruda Jerzy „Niebieska linia” nr 6/2005

⁵³ Komenda Wojewódzka Policji we Wrocławiu

⁵⁴ ibidem

interwencji domowych, a w 2007 roku 7 376, co stanowiło odpowiednio 77% i 55% liczby wszystkich interwencji domowych na Dolnym Śląsku.

Biorąc pod uwagę liczbę sprawców przemocy domowej pod wpływem alkoholu to w 2005 roku zanotowano ich w naszym województwie 10173, z czego 9721 stanowili mężczyźni. W 2006 roku natomiast zanotowano 8478 osób będących sprawcami przemocy domowej pod wpływem alkoholu, (z czego 8139 to mężczyźni), a w 2007 roku 5964, w tym 5709 mężczyzn. W 2007 roku najwięcej interwencji zakwalifikowanych jako przemoc domowa podjęto w następujących powiatach: wrocławskim (1317), wałbrzyskim (924) i bolesławieckim (441).⁵⁵

⁵⁵ Komenda Wojewódzka Policji we Wrocławiu

2. Diagnoza w obszarze narkomanii.

Europa odgrywa coraz większą rolę we wspieraniu globalnych działań na rzecz zapobiegania problemom narkotykowym. Wiąże się to niepokojącymi tendencjami dotyczącymi naszego kontynentu. Niewątpliwie najczęściej przyjmowaną substancją psychoaktywną w Europie są konopie indyjskie. Szacuje się, że ponad 70 mln dorosłych Europejczyków używała przynajmniej raz w życiu konopi indyjskich, co znaczy, że około 22% populacji w wieku 15 - 64 lat eksperymentowało już z tą substancją.⁵⁶ Obserwuje się tu znaczne zróżnicowanie, bo rozpiętość wyników dla poszczególnych państw mieści się w przedziale od 1,7% do 36,5%, przy czym w ponad połowie europejskich krajów odsetki te przybierały wartości od 10% do 25%. Szacuje się, że około 12,5 miliona dorosłych Europejczyków używało konopi w ciągu ostatniego miesiąca (w większości przypadków mowa o zażywaniu, którego nie określa się jeszcze jako problemowe).

Trudno odnieść sytuację w Europie do innych krajów pozaeuropejskich (tylko w niektórych prowadzi się monitoring dotyczący tej tematyki)⁵⁷. Jedynie Stany Zjednoczone, Kanada i Australia są w stanie podać takie informacje. Szacunki Biura ONZ ds. Narkotyków i Przeszłości (United Nations Office on Drugs and Crime -UNODC) wskazują, że poziom rozpowszechnienia opiatów w tych krajach jest bardzo zbliżony do obserwowanego w krajach Unii Europejskiej.⁵⁸ Poziom zażywania konopi indyjskich jest natomiast znacznie niższy w Unii Europejskiej niż w USA, Kanadzie i Australii. Poziom spożycia narkotyków pobudzających, w tym ekstazy jest zasadniczo podobny na całym świecie, jedynie Australia odnotowuje wyższy poziom rozpowszechnienia. W przypadku amfetaminy wskaźnik zażywania jest wyższy w Australii i USA niż w Europie i Kanadzie. W USA i Kanadzie odnotowuje się wyższy poziom zażywania kokainy niż w krajach Unii Europejskiej.

Jeśli chodzi o szacunkowe wskaźniki nowo zdiagnozowanych zakażeń wirusem HIV związanych z iniekcją narkotyków, to w 2005 roku w Australii, Kanadzie i Unii Europejskiej wynosiły one mniej niż 10 przypadków na milion mieszkańców, a w USA 36. Opierając się na danych z 13 krajów stwierdzono, że około 1% europejskich dorosłych używa konopi indyjskich codziennie bądź prawie codziennie (czyli około 4 mln Europejczyków), z czego większość z nich (około 3 miliony) jest w wieku 15-34 lata. Informacje z większości krajów wskazują na stabilizację w użytkowaniu konopi indyjskich (brak znaczących zmian w odsetkach używających w latach 2001 do 2006).

Zgodnie z danymi z 2007r. odsetek osób, które przynajmniej raz w życiu zażyły amfetaminę wśród ogólnej populacji ludzi dorosłych (w wieku 15-64 lat) zawiera się w przedziale od 0,1% do 3,6% w Państwach Członkowskich UE, z wyjątkiem Danii (6,9%) i Wielkiej Brytanii (11,5%). Około 0,3% do 7,2% populacji UE próbowało ekstazy. W całej populacji zażywanie amfetaminy oraz ekstazy jest zjawiskiem, które głównie dotyczy młodzieży.⁵⁹ Około 3,3% dorosłych Europejczyków, (czyli ok. 11 mln) próbowało przynajmniej raz amfetaminy, z czego 2 mln w ciągu ostatniego roku.

⁵⁶ *Biuletyn statystyczny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) 2007*

⁵⁷ *Sprawozdanie Roczne EMCDDA, 2007.*

⁵⁸ *ibidem*

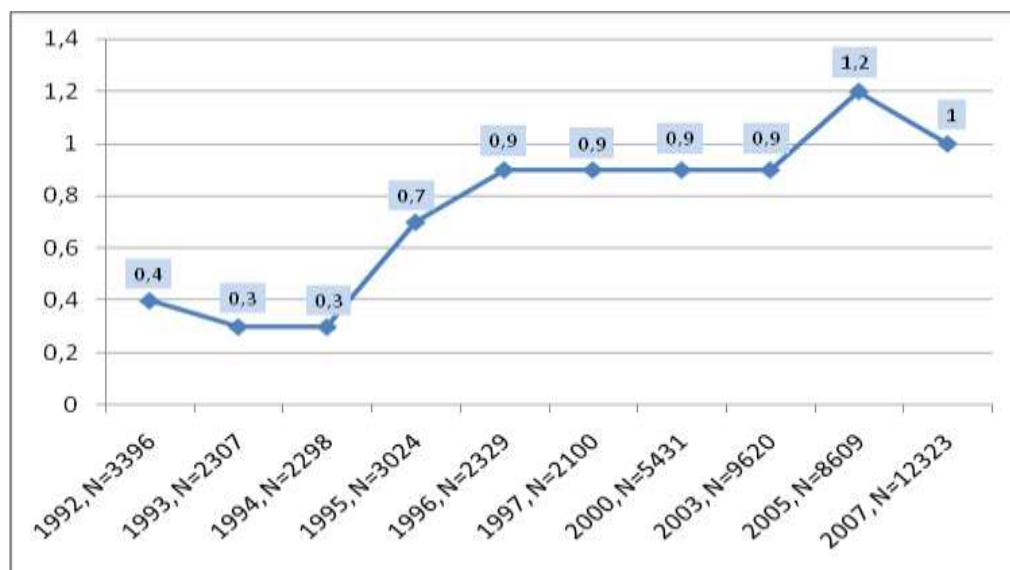
⁵⁹ *EMCDDA, 2007*

Widocznym zjawiskiem jest również to, że po ogólnym wzroście w 1990 roku obserwuje się stabilizację, a nawet niewielki spadek w spożycia amfetaminy i ekstazy.⁶⁰ Dane z niektórych państw sugerują także, że kokaina może zastępować amfetaminę i ekstazy w pewnych grupach populacyjnych. Tak może być w Wielkiej Brytanii i Danii, a także w pewnym zakresie w Hiszpanii. Szacuje się, że około 12 milionów dorosłych Europejczyków próbowało przynajmniej raz w życiu kokainy. Narkotykiem ten pozostaje drugim po konopiach indyjskich najczęściej spożywanym narkotykiem, choć odsetki jego spożycia w Europie wykazują duże zróżnicowanie w poszczególnych państwach (od 0,4% do 7,7%).⁶¹

Lata 90-te poza zmianami ustrojowymi przyniosły także zmiany rozpowszechnienia i struktury zjawiska narkomanii w Polsce. Wzrósł odsetek eksperymentujących i używających okazjonalnie, pojawiły się także pierwsze sygnały zainteresowania narkotykami wśród osób dorosłych.⁶² Zwiększyła się podaż narkotyków na nielegalnym rynku a tym samym ich dostępność. Pojawiły się zupełnie nowe narkotyki i wzorce ich zażywania, przez co obraz polskich problemów narkotykowych zaczął przypominać Europę Zachodnią.

Liczba problemowych użytkowników narkotyków szacowana była w 2007 roku w Polsce na 100-120 tys. uzależnionych od narkotyków. Widać więc znaczący wzrost liczby osób uzależnionych w stosunku do 2002 roku, kiedy to szacowano liczbę osób uzależnionych w zakresie ok. 33 – 71 tys. osób.⁶³ Poniższy wykres przedstawia odsetek dorosłych Polaków, którzy przyznali się do brania narkotyków.

Wykres 20. Odsetek osób przyznających się do brania narkotyków w populacji dorosłych Polaków na przestrzeni lat 1992-2007.⁶⁴



⁶⁰ EMCDDA, 2007

⁶¹ *ibidem*

⁶² Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej „Zapobieganie narkomanii w gminie”, Warszawa 2007

⁶³ EMCDDA, 2007

⁶⁴ Diagnoza Społeczna, „Warunki i jakość życia Polaków” 2007

Od początku lat dziewięćdziesiątych obserwujemy w naszym kraju znaczny wzrost rozmiarów problemu narkotyków. Szybko rośnie rozpowszechnienie eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji nielegalnych wśród młodzieży. Pojawiły się pierwsze sygnały zainteresowania narkotykami wśród dorosłych, przynajmniej w dużych miastach. W znacznym tempie rosną wskaźniki narkomanii rozumianej jako regularne używanie narkotyków powodujące poważne problemy. Zwiększa się podaż narkotyków na nielegalnym rynku i w ślad za tym ich dostępność. Wraz ze wzrostem ilościowym następują zmiany jakościowe. Polska scena narkotykowa zaczęła upodabniać się do zachodnioeuropejskich. Pojawiły się na szerszą skalę nowe, charakterystyczne dla krajów zachodnich substancje i nowe wzory ich używania.⁶⁵

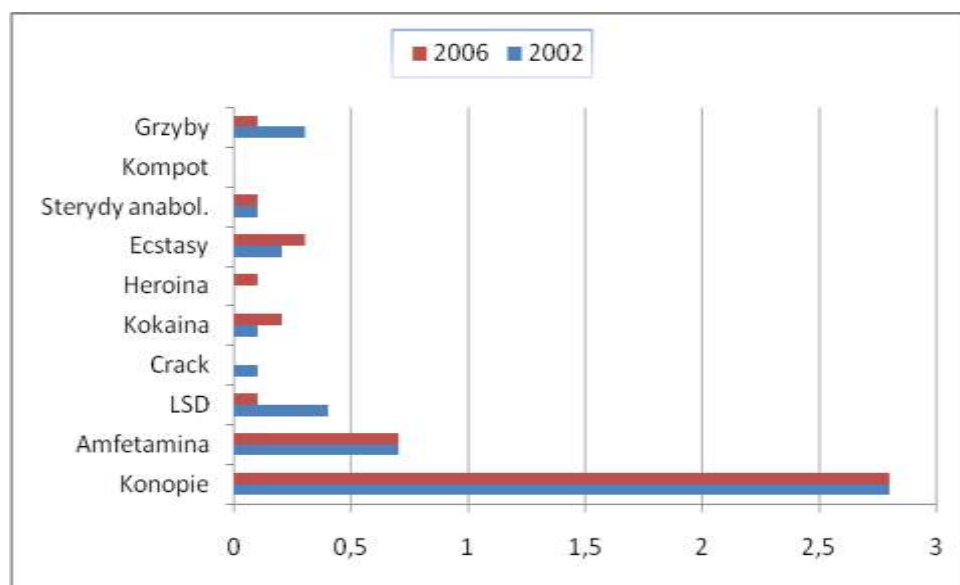
⁶⁵ Sierosławski Janusz, *Epidemiologia narkomanii w: Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady Tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa 2007.*

2.1. Eksperymentowanie z narkotykami.

Na podstawie ogólnopolskich badań ankietowych przeprowadzonych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii pt. „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania 2006” można wyodrębnić następujące trendy:

- Narkotyki obecne są w świecie dorosłych w sposób widoczny już na poziomie całego kraju. Porównanie wyników uzyskanych w 2006 r. z wynikami z 2002 r. dokonane w odniesieniu do populacji w wieku 16-54 lat wskazuje w zasadzie na stabilizację rozpowszechnienia problemu okazjonalnego używania narkotyków;
- Spośród substancji nielegalnych przetwory konopi są relatywnie najpowszechniej używane, zarówno na poziomie eksperymentowania, jak i używania okazjonalnego;
- Wśród środków używanych przez mieszkańców naszego kraju względnie często pojawiają się też amfetamina i ekstazy – pozostałe środki są znacznie mniej popularne (wykres 21).

Wykres 21. Porównanie używania poszczególnych substancji przez respondentów w wieku 16-64 lat w czasie 12 miesięcy w latach 2002 i 2006⁶⁶



- Używanie substancji nielegalnych jest powszechniejsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet;
- Okazjonalnemu używaniu narkotyków sprzyjają w sensie statystycznym takie cechy jak stan cywilny (kawaler, panna), bezdzietność, zamieszkiwanie w mieście pow. 50 tys. mieszkańców, status ucznia lub studenta, oraz brak zaangażowania religijnego;
- Spośród substancji nielegalnych przetwory konopi są relatywnie najbardziej dostępne. Dostępność poszczególnych substancji nielegalnych oceniana jest najwyżej przez badanych z kategorii wiekowej 15-24 lat. Badani, którzy sami używają narkotyków znacznie wyżej oceniają ich

⁶⁶ Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

dostępność niż badani, którzy po narkotyki nie sięgali. W tej grupie też w 2006r. w stosunku do 2002 r. silnie spadły oceny dostępu do większości substancji nielegalnych;

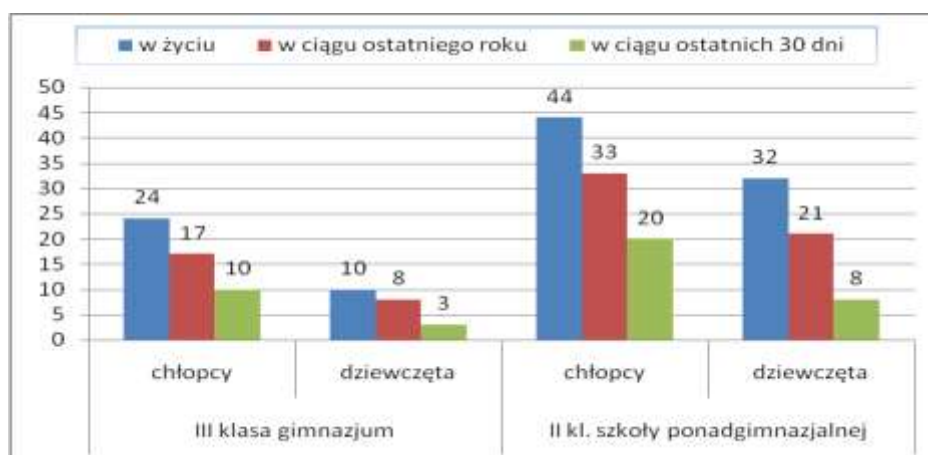
- Problem narkomanii wedle ocen respondentów nie należy do najważniejszych problemów społecznych, szczególnie, gdy oceny dotyczą skali lokalnej. W stosunku do 2002r. nie obserwujemy większych zmian miejsca narkomanii w percepcji problemów społecznych;
- Większość badanych uważa, że poszczególne instytucje takie jak Komisja Europejska, polskie władze państwowe, samorządowe, organy ścigania, służba zdrowia, oświata oraz organizacje pozarządowe mało uwagi poświęcają problemowi przeciwdziałania narkomanii. Znaczna część badanych dostrzega jednak pozytywne zmiany w tym zakresie w stosunku do okresu sprzed czterech lat.⁶⁷

Badania przeprowadzone na dolnośląskiej młodzieży, uczniach II klas szkół ponadgimnazjalnych i III klas szkół gimnazjalnych przeprowadzone w 2007 roku, wskazują że palenie marihuany lub haszyszu w okresie ostatnich 30 dni dwukrotnie częściej zdarzało się uczniom drugich klas szkół ponadgimnazjalnych niż ich młodszym kolegom z trzecich klas gimnazjum.

W badaniach zaobserwowano wysoki poziom dostępności narkotyków określanych mianem „twarde”. 20% uczniów z trzecich klas gimnazjum i 25% z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych zadeklarował, iż zdobycie amfetaminy byłoby dla nich łatwe.

Warto podkreślić wyraźny spadek liczby uczniów, uważających zdobycie amfetaminy za niemożliwe. Wyniki badania wskazują, że działania profilaktyczne w przypadku „twardych” narkotyków powinny być intensywnie prowadzone w szkole podstawowej i gimnazjum, ponieważ już wtedy uczniowie zaczynają eksperymentować z tymi narkotykami.⁶⁸

Wykres 22. Rozpowszechnienie marihuany/haszyszu
Odsetek uczniów, którzy choć raz palili marihuanę lub haszysz⁶⁹



⁶⁷ Sierosławski Janusz, Raport z ogólnopolskich badań ankietowych realizowanych w 2006r. „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania.” Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

⁶⁸ Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”

⁶⁹ ibidem

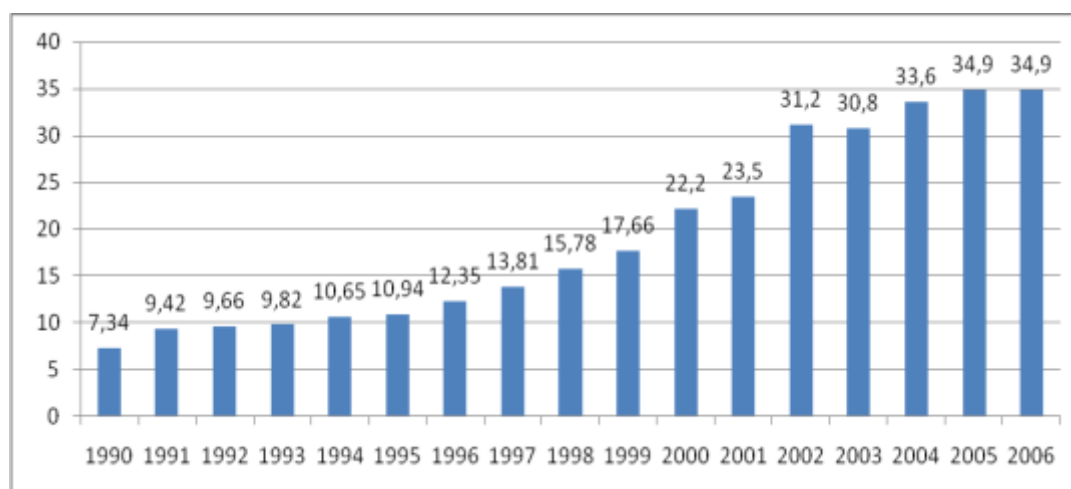
2.2. Problemowe używanie narkotyków.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w wyniku używania narkotyków.

Jedną z metod określenia skali problemowego użytkowania narkotyków jest próba oszacowania liczby osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Prezentowane niżej dane pochodzą z Raportu Janusza Sierosławskiego pt. Narkomania w Polsce w 2006r. Dane leczenia stacjonarnego. Tabele i wykresy.⁷⁰

Wynika z nich, że liczba osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 1990 - 2006r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wzrosła ponad czterokrotnie. (wykres 23)

Wykres 23. Przyjęci do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat 1990-2006 (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



W 2006 r. przyjęto w Polsce do leczenia stacjonarnego 13 298 osób. Oznacza to nieznaczny spadek w stosunku do 2005 r., kiedy to przyjęto 13 320 pacjentów. Trzeba przypomnieć, że w 2004r. wskaźnik wzrósł o 9% w stosunku do 2003 r. (11 778 pacjentów) po spadku o 1% w stosunku do 2002r. (11 915 pacjentów). Zjawisko to stanowiło przełom w trendzie wzrostowym notowanym od początku lat dziewięćdziesiątych. Wykres nr 23 pokazuje, wahania wskaźnika zgłaszalności do leczenia w ostatnich latach. Na przykład między 2000 a 2001 rokiem zwiększył się o 6%, a między 2001 i 2002 r. aż o prawie 33%. Dane za 2004 r. przekonują, że spadek odnotowany w 2003r. był przejawem fluktuacji trendu, a nie jego trwałym odwróceniem.⁷¹

⁷⁰ Sierosławski Janusz. *Narkomania w Polsce w 2006 r. Dane leczenia stacjonarnego. Tabele i wykresy.* Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa..

⁷¹ Sierosławski Janusz, *Epidemiologia narkomanii w: Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady Tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.* Warszawa 2007.

Przytoczone badania pokazują również, że zwiększenie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska. Odwrócenie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji rozmiarów problemowego używania narkotyków.⁷²

W latach 1997-2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lat (40% w 1997 i 57% w 2001r) i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lat.

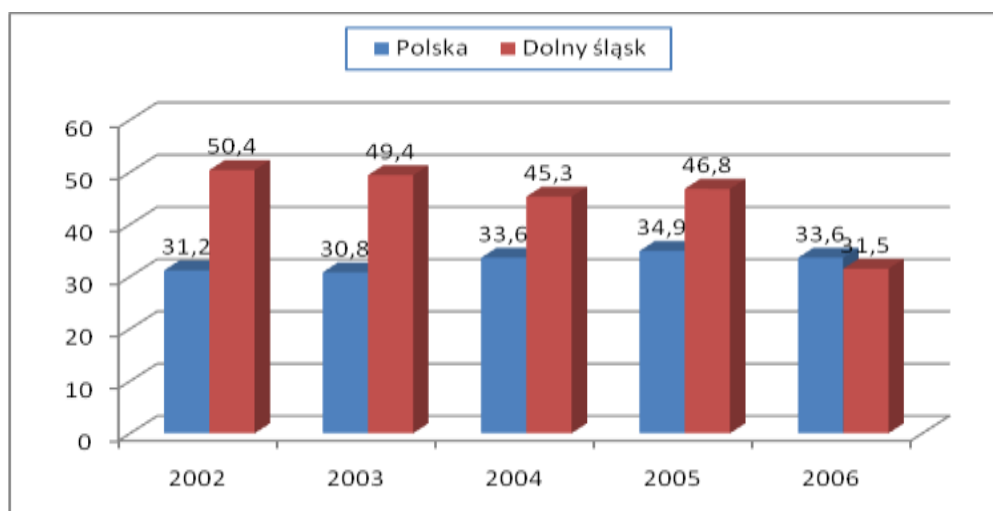
Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 7-8%. W 2002 r. nastąpiła zmiana opisanej wyżej tendencji. Do 2005 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 spadł do 45%. Jednocześnie wzrosły odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 15-24 lata.⁷³

Badania pokazują również, że w 2005 roku nieletni pacjenci stanowili w Polsce 8,7% spośród wszystkich pacjentów przyjętych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Wyniki przeprowadzonych analiz pokazują również, że liczba nieletnich w tej dziedzinie w ciągu ostatnich pięciu lat stopniowo spada (dla porównania w 2000 roku było ich 13,9%).

Dane statystyczne lecznictwa na terenie Dolnego Śląska obejmują pacjentów placówek psychiatrycznych, w tym leczonych w specjalistycznych placówkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Do oceny trendów epidemiologicznych posłużą dwa wskaźniki. Liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku oraz liczba pacjentów pierwszorazowych. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków.⁷⁴

Wykres 24. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat 2002-2006, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców⁷⁵



⁷² Sierosławski Janusz, *Epidemiologia narkomanii w: Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady Tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Warszawa 2007.*

⁷³ *ibidem*

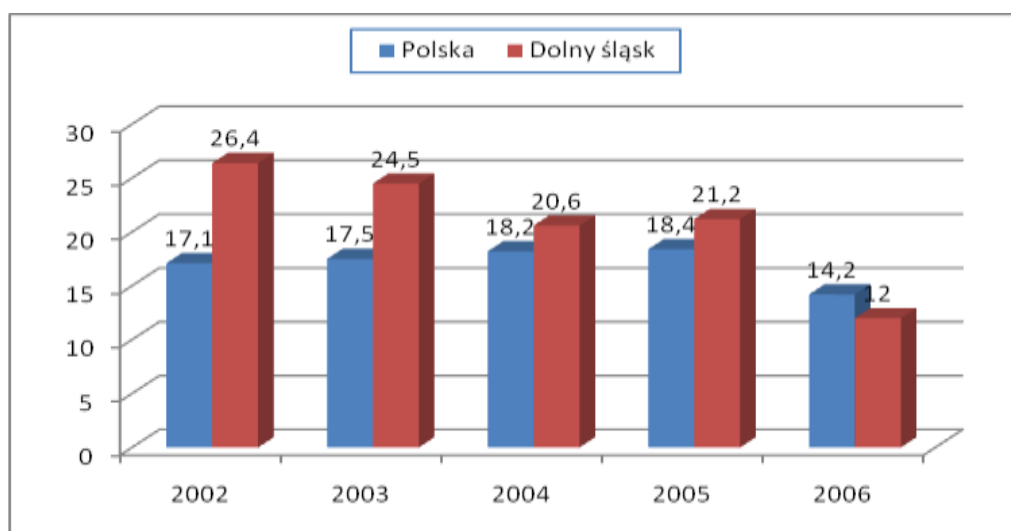
⁷⁴ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

⁷⁵ *ibidem*

Wskaźniki populacji ogólnopolskiej od 2002r. wykazują stabilizację na poziomie 30 – 33 osób leczonych. Wskaźniki dla Dolnego Śląska ulegają stopniowemu zmniejszeniu od 50 do 30 leczonych z nieznacznym wahnięciem w 2005 roku.

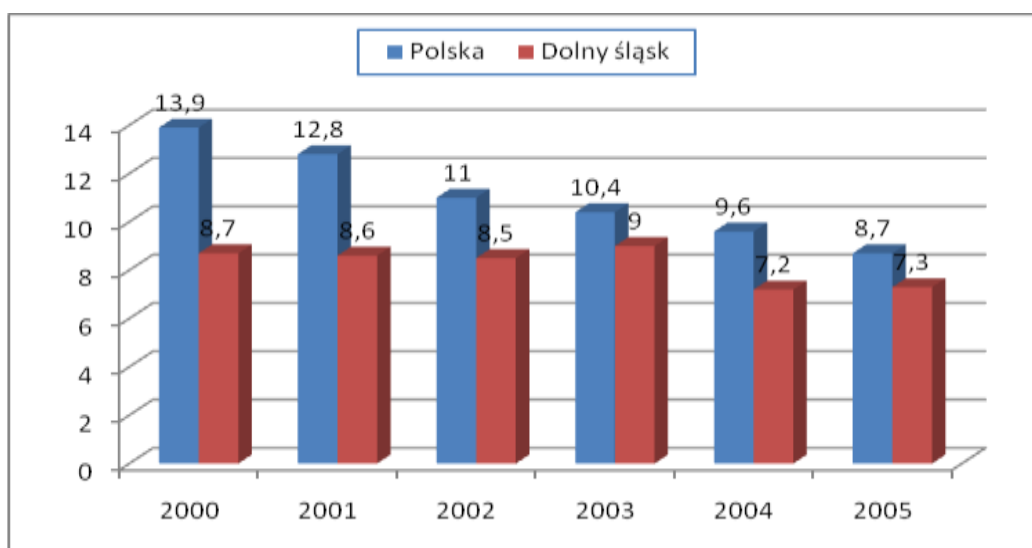
Nieco inny obraz otrzymujemy, gdy analizujemy przyjęcia pierwszorazowe (wykres nr 25).

Wykres 25. Leczeni pierwszorazowo z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat 2002-2006, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców⁷⁶.



W 2002 roku wskaźnik przyjęć pacjentów pierwszorazowych na Dolnym Śląsku niemal dwukrotnie przewyższał średnią krajową, już od 2003 roku obserwujemy stopniowy spadek wartości wskaźnika, który w 2006 osiągnął poziom 12 i tym samym spadł poniżej średniej krajowej. Warto też zaznaczyć, że w obu opisanych grupach zmniejsza się odsetek osób w wieku poniżej 18 lat. Przedstawia to wykres nr 26.

Wykres 26. Odsetek przyjętych pacjentów w wieku do 18 lat na przestrzeni lat 2000-2005⁷⁷.



⁷⁶ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

⁷⁷ ibidem

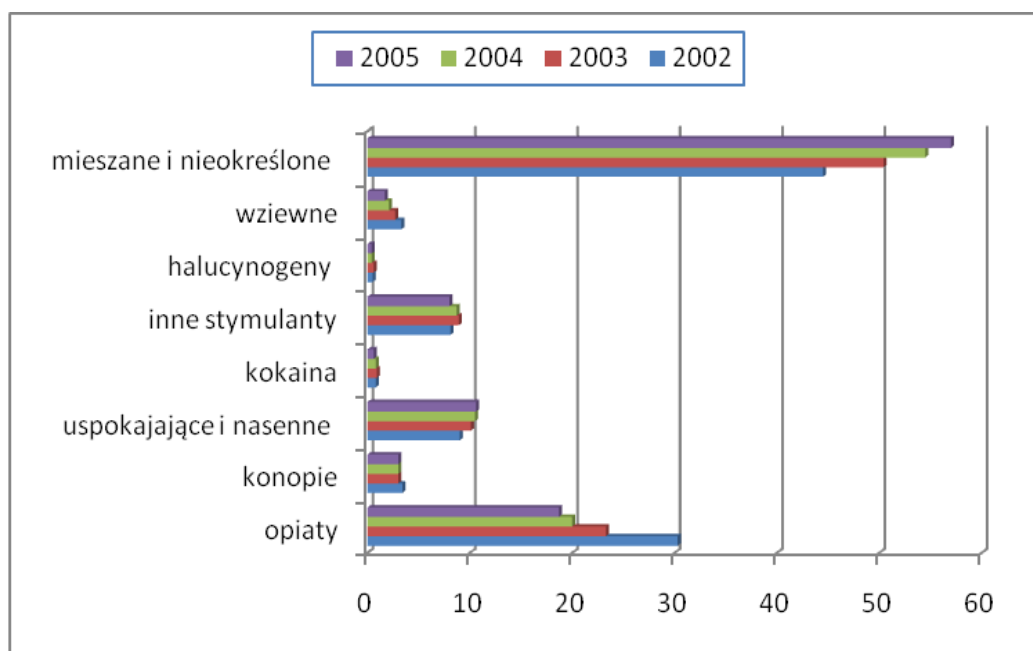
Odsetek osób w wieku do 18 lat wśród pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w kraju od 2000 roku systematycznie maleje. Odsetek tej grupy wiekowej na Dolnym Śląsku w latach 2000 – 2003 utrzymywał się na stałym, niższym od średniej krajowej poziomie. W latach 2004 – 2005 jego poziom uległ dalszemu zmniejszeniu.

Opisane powyżej tendencje mogą wskazywać na poprawę sytuacji epidemiologicznej tak w kraju jak i w regionie Dolnego Śląska.

Na wskazane zmiany może mieć wpływ polityka limitów i cen stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia – leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych a szczególnie detoksykacja z powikłaniami zniechęca placówki do kontraktowania tych usług. Mogą też w części być wynikiem zmian preferencji w używaniu środków psychoaktywnych.

Zmiany te przedstawia poniższy wykres nr 27.

Wykres 27. Środki psychoaktywne używane przez pacjentów (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)⁷⁸.



Widać spadek udziału opiatów – w latach dziewięćdziesiątych podstawowego środka uzależniającego przy równoczesnym dynamicznym wzroście uzależnienia mieszanego i nieokreślonego oraz stabilizacji używania środków uspokajających i nasennych oraz innych stymulantów. W przypadku pacjentów z uzależnieniem mieszanym i nieokreślonym szczególnie w przypadku przekrzyżowania z alkoholem, mogą oni trafiać do innych placówek z rozpoznaniem podstawowym z grupy F-10.

⁷⁸ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

Śmierć w wyniku przedawkowania

Problemy zdrowotne związane z używaniem narkotyków wiążą się ściśle z zakażeniami wirusem HIV oraz ze zgonami. Przyjęta przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) definicja zgonów związanych z zażywaniem narkotyków odnosi się do zgonów spowodowanych bezpośrednio przyjęciem jednego lub więcej narkotyków.⁷⁹ Na ogół są to zgony następujące krótko po spożyciu substancji, choć niektóre kraje europejskie włączają do definicji także przypadki związane z lekami psychoaktywnymi lub zgony z przyczyn innych niż przedawkowanie. Inne terminy stosowane do opisu tego typu zgonów obejmują „przedawkowanie”, „zatrucie”, „zgony spowodowane przez narkotyki” lub „nagle zgony związane z narkotykami.”

Liczba zgonów związanych z narkotykami jest zależna od liczby osób zażywających narkotyki wiążące się z przedawkowaniem (głównie opiaty). Innymi istotnymi czynnikami są też: odsetek osób przyjmujących narkotyki dożylnie, rozpowszechnianie zażywania jednocześnie kilku narkotyków oraz polityka w zakresie usług leczniczych i służb ratowniczych. W latach 1990-2004 w państwach członkowskich Unii Europejskiej, co roku odnotowano od 6,5 tys. do ponad 9 tys. przypadków zgonów a więc łącznie w podanym okresie ponad 122 tys. zgonów. Dane te należy uznać za oszacowania minimalne.⁸⁰ Wskaźnik w poszczególnych krajach wykazuje duże wahania. Warto zaznaczyć, że wśród mężczyzn w wieku od 15 do 39 lat wskaźnik śmiertelności jest zwykle trzykrotnie wyższy niż wśród kobiet (średnio 61 zgonów na milion mieszkańców). W latach 2004-2005 zgony związane z zażywaniem narkotyków stanowiły 4% wszystkich zgonów wśród Europejczyków w wieku od 15 do 39 lat.

W Polsce w ciągu piętnastu lat, według danych Głównego Urzędu Statystycznego liczba zmarłych wzrosła prawie o połowę. W 1990 roku śmierć w wyniku przedawkowania została stwierdzona u 155 osób, natomiast w 2005 roku u 290 osób.⁸¹

Województwo Dolnośląskie zajmuje pod tym względem czwarte miejsce (za województwem śląskim, mazowieckim i łódzkim). W 2004 roku narkotyki były przyczyną śmierci 18 Dolnoślązaków (dla wyżej wymienionych województw liczby te kształtowały się odpowiednio: 48, 47, 19). Średnia dla kraju: 14, a więc Województwo Dolnośląskie znajdowało się znacznie powyżej średniej krajowej.

W 2005 roku na Dolnym Śląsku z powodu narkotyków zmarły 33 osoby, co stanowi wysoki wynik (tylko w województwie mazowieckim i śląskim zmarło z tego powodu więcej osób - odpowiednio 61 i 44). Średnia dla kraju wynosiła 18, a więc znowu wynik województwa powyżej średniej krajowej.⁸²

Aby mieć wgląd w pełne dane medyczne trzeba przedstawić wskaźnik liczby zgonów z powodu przedawkowania narkotyków. (wykres 28)

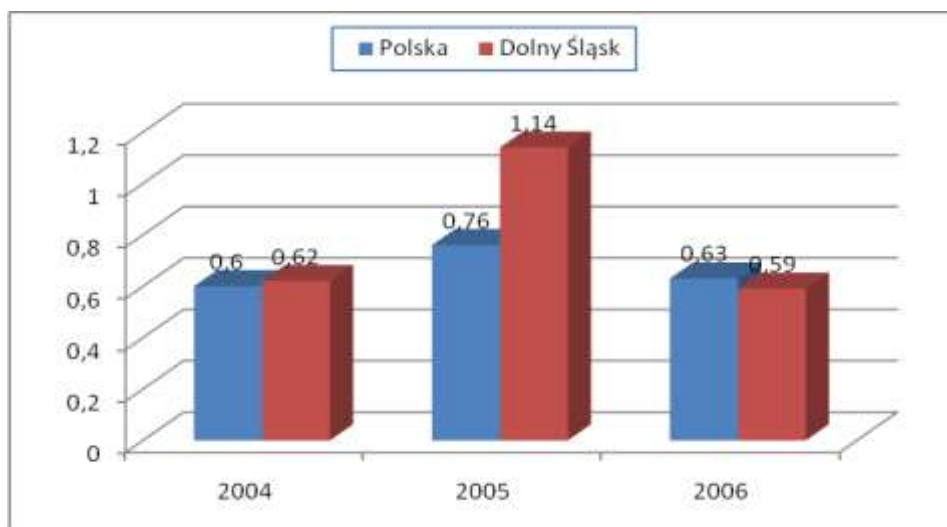
⁷⁹ EMCDDA, 2007

⁸⁰ EMCDDA, 2007

⁸¹ Turek Andrzej *Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego*

⁸² *ibidem*

Wykres 28. Wskaźnik zgonów z powodu przedawkowania narkotyków (na 100 tys. mieszkańców)⁸³



Wskaźnik ten na Dolnym Śląsku po wzroście w 2005 powrócił do poziomu poniżej średniej krajowej.

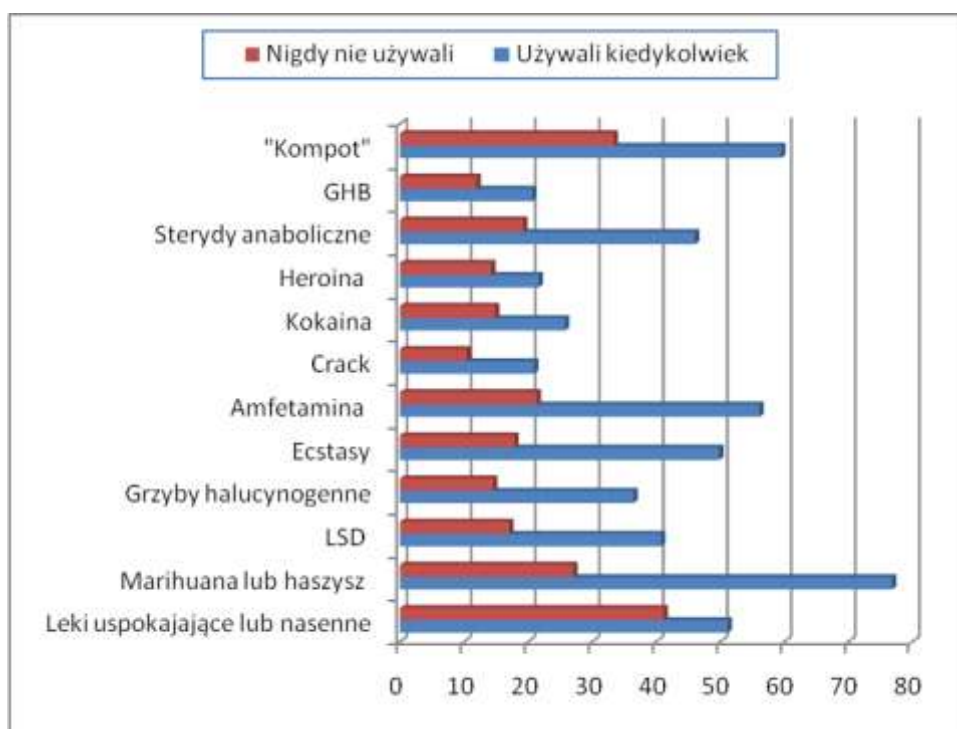
⁸³ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

2.3. Dostępność narkotyków.

Ogólnopolskie badania pokazują, że więcej, niż co czwarty badany jest w stanie zdobyć marihuanę lub haszysz w czasie nie dłuższym niż jeden dzień (26,5%)⁸⁴. Dla 17,7% badanych wystarczyłoby nie więcej niż kilka godzin. Na zdobycie innych środków potrzeba zwykle więcej czasu. Na przykład amfetaminę, drugą co do dostępności substancję zdobyłoby w czasie nie dłuższym niż jeden dzień tylko 21,6% badanych, a w czasie nie przekraczającym kilku godzin tylko 14,2% badanych. W przypadku każdej substancji ponad połowa badanych nie potrafiła określić czasu potrzebnego do ich zdobycia lub uznała, że dotarcie do nich byłoby w ogóle niemożliwe.

Niżej przedstawiony wykres prezentuje ocenę dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwych (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg używania substancji nielegalnych kiedykolwiek w życiu. Badania zostały przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie młodych Polaków (wykres nr 29).

Wykres 29. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (%)⁸⁵



Na podstawie zamieszczonego wykresu można stwierdzić, że badani, którzy osobiście doświadczali działania narkotyków oceniają ich dostępność wyżej niż ci, którzy z narkotykami nie mieli do czynienia. Osoby zaliczane do okazjonalnych użytkowników oceniają ich dostępność jeszcze wyżej. Największe różnice występują w przypadku marihuany i haszyszu. Aż 81,2% okazjonalnych użytkowników narkotyków uważa, że mają łatwy bądź bardzo łatwy dostęp do przetworów konopi,

⁸⁴ Sierosławski Janusz. *Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania.* 2006.

⁸⁵ *ibidem*

podczas gdy analogiczny odsetek wśród osób, które nie używały narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy wynosi 30,7%.⁸⁶

Na kwestie dostępności substancji można spojrzeć także z perspektywy sposobów ich zdobywania. Użytkowników tej substancji pytano, w jaki sposób, od kogo i gdzie weszły w posiadanie marihuany lub haszyszu ostatnim razem, gdy używały tej substancji. Spośród różnych sposobów zaopatrywania się w przetwory konopi badani najczęściej wskazywali na otrzymywanie od kogoś (74,7%) lub zakup (33,0%). Praktycznie nie zdarza się samodzielna hodowla (1,2%) oraz inne sposoby – także 1,2%.

Jednym z najlepszych wskaźników dostępności narkotyków są ceny. Dane o cenach narkotyków na nielegalnym rynku z lat 2000-2005 wskazują na stabilizację lub spadek.⁸⁷ W 2001 roku ceny większości narkotyków spadły, a następnie ustabilizowały się a nawet uległy tendencji spadkowej, najwyraźniej widocznej w wypadku w amfetaminy i ekstazy. Oczywistym jest, że niższe ceny oznaczają większą dostępność.⁸⁸ Można stwierdzić, że zaostrzenie prawa dokonane po 2000 roku nie wywarło założonego wpływu na nielegalną podaż narkotyków.

Badania przeprowadzone wśród dolnośląskiej młodzieży zaskakują odsetkiem osób deklarujących, iż dostępność zakazanych substancji jest łatwa.⁸⁹ Dla ponad połowy badanych uczniów z trzeciej klasy gimnazjum zdobycie marihuany i haszyszu stanowiłoby problem: tylko co trzeci uważa, że było by to trudne, a co czwarty, że niemożliwe.

Wśród starszej młodzieży problemy miałyby tylko dwie piąte uczniów- zaledwie co siódmy badany uważa, iż zdobycie ww narkotyków byłoby dla niego niemożliwe.

Respondenci zostali zapytani o dostępność narkotyków. Najczęściej wymienianymi miejscami, w których można łatwo kupić marihuanę lub haszysz, były:

- dyskoteka, bar – od 13% do 26%;
- ulica lub park – od 14% do 23%;
- szkoła – od 9% do 14%.⁹⁰

W przypadku szkoły jako miejsca zakupu marihuany lub haszyszu szczególnie zastanawia wysoki odsetek chłopców z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (14%). Informacja, że co siódmy chłopiec deklaruje, iż zakup marihuany lub haszyszu jest w szkole stosunkowo łatwy, stanowi niepokojący sygnał wskazujący na potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych w placówkach edukacyjnych.

Większość badanych w trzecich klasach gimnazjum przeszło inicjację narkotykową na tym szczeblu edukacji, na którym znajduje się obecnie, a więc w wieku 14 – 15 lat. W przypadku uczniów szkół ponadgimnazjalnych deklaracje uczniów odnośnie pierwszych kontaktów z marihuaną rozkładają się

⁸⁶Sierosławski Janusz. *Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania.* 2006.

⁸⁷*Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.* Warszawa 2007.

⁸⁸ *ibidem.*

⁸⁹*Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”.*

⁹⁰ *ibidem*

niewiele inaczej – dwie piąte badanych wskazywało na wiek 14 – 15 lat, a jedna trzecia chłopców i dwie piąte dziewcząt na wiek 16 lat i więcej (spośród tych uczniów, którzy kiedykolwiek mieli kontakt z narkotykami tego rodzaju).⁹¹

Sprawozdanie EMCDDA o stanie problemu narkotykowego w Europie z 2007 roku⁹² dostarcza informacji na temat zagrożenia, jakie pojawiło się w ostatnim czasie na polskiej scenie narkotykowej. Animatorów działań profilaktycznych, media, jak i decydentów w obszarze ochrony zdrowia zaniepokoiła sprzedaż przez Internet jak i sieć punktów w całym kraju substancji psychoaktywnych („mieszanek ziołowych” oraz środków na bazie substancji syntetycznych), często nieobjętych kontrolą prawną, tzw. „dopalaczy”. „Dopalacze” to termin nieposiadający charakteru naukowego. Używa się go potocznie dla nazwania grupy różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym. Substancje te nie znajdują się na liście substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

Najczęściej spotykane „legalne dopalacze” to szalwia wieszcza (*Salvia divinorum*), kratom (*Mitragyna speciosa*), powój hawajski (*Argyreia nervosa*), grzyby halucynogenne oraz różnorodne tabletki imprezowe (party pills). Często ich głównym składnikiem pozostaje benzylpiperazyna (BZP), która - decyzją Rady Europejskiej z marca 2008 - została objęta międzynarodową kontrolą. Efekty tych działań mamy nadzieję zobaczyć w kolejnych raportach.⁹³

⁹¹ Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Województwa Dolnośląskiego przez PBS DGA w 2007r. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa dolnośląskiego”.

⁹² Raport EMCDDA, 2007

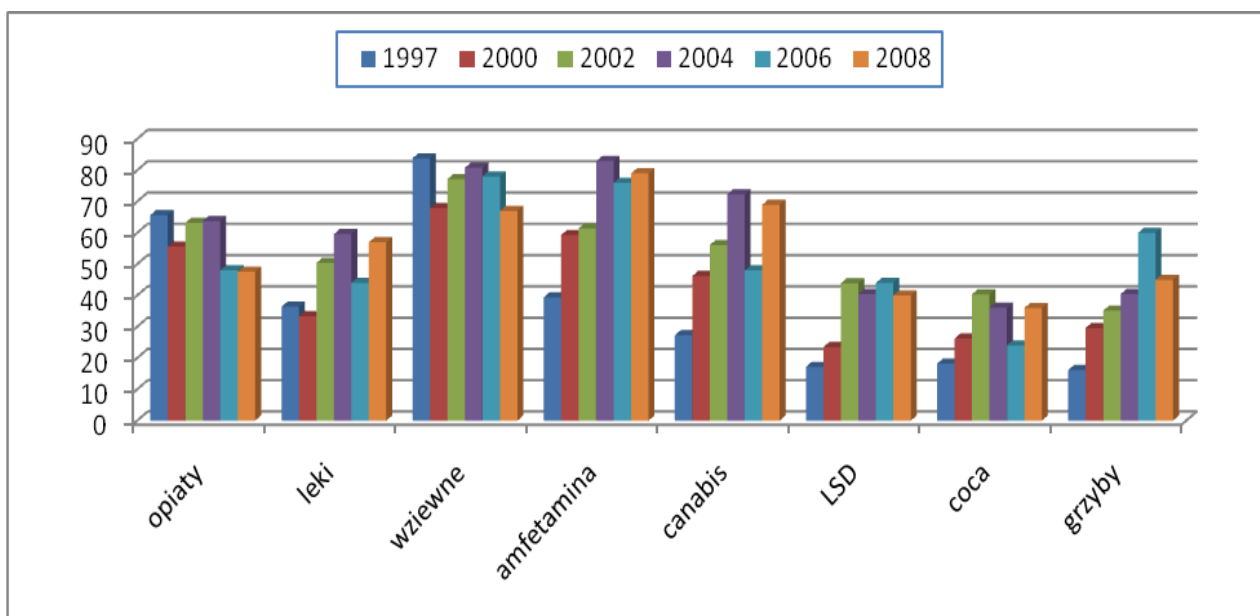
⁹³ Informacyjna Agencja Radiowa Polskie Radio, artykuł z dnia 06 listopada 2008 umieszczony na stronie www.bankier.pl

2.4 Dane z badań monitorujących problemy uzależnień i przemocy na przestrzeni lat 1993-2008 realizowanych na zlecenie samorządów miast i gmin województwa dolnośląskiego.

Informacje od osób zawodem lub funkcją związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom.

Na zlecenie samorządów miast i gmin województwa dolnośląskiego zostały zrealizowane wraz z zespołem ZBC TUAN badania monitorujące problemy uzależnień i przemocy na przestrzeni lat 1993-2008. Występowała w nich specyficzna grupa respondentów – osoby zawodem lub funkcją związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom - pedagodzy szkolni, pracownicy socjalni, dzielnicowi Policji, strażnicy miejscy oraz radni zajmujący się wymienionymi problemami. Skierowano do nich ankietę dotycząca ich obrazu problemów w rejonie. Poniżej przedstawiono niektóre uśrednione wyniki dotyczące dużych miast.

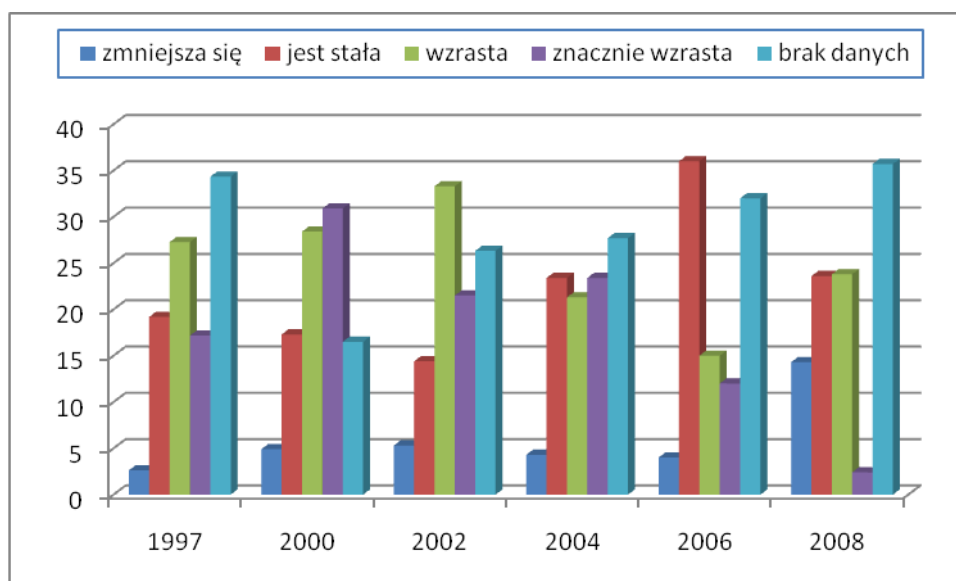
Wykres 30. Ranking środków psychoaktywnych wg badanych na przestrzeni lat 1997-2008⁹⁴



Badani potwierdzają zmiany na rynku narkotykowym, widać spadek udziału opiatów, środków wziewnych przy wzroście leków, amfetaminy i cannabis.

⁹⁴ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

Wykres 31. Ocena respondentów dotycząca ilości osób biorących narkotyki w ciągu ostatnich trzech lat (%)⁹⁵



Również w przypadku ilości osób biorących potwierdzają się tendencje spadkowe. Można już o nich mówić od roku 2004, ale ewidentny wzrost ilości osób wskazujących na „zmniejszenie się ilości” pojawił się dopiero w bieżącym roku.

Badani zauważyli też zmniejszenie się ilości najmłodszych „eksperymentatorów”.

Respondenci określili dwie podstawowe grupy wiekowe używającej narkotyków młodzieży. Za pierwszą z przedziałem 16 - 18 lat opowiedziało się 30,9% (2006-48%; 2004-36,15; 2002-26,32%; 2000r.-28,4%;1997r.-18,18%) respondentów. Za drugą mieszczącą się w przedziale 13 - 15 lat opowiedziało się 30% (2006 - 20%, 2004 -34,04% 2002 - 35,09%, w 2000r. 35,8% w 97r. - 32,32%) badanych,

Zmniejszający się w stosunku do 2008 roku odsetek, bo 11,9% (2006 - 44%, 2004 - 55,2%, 2002 - 52,63%, w 2000r. 54,32% w 97r. - 25,25%) respondentów potwierdza występowanie dealerów narkotykowych na swoim terenie działania.

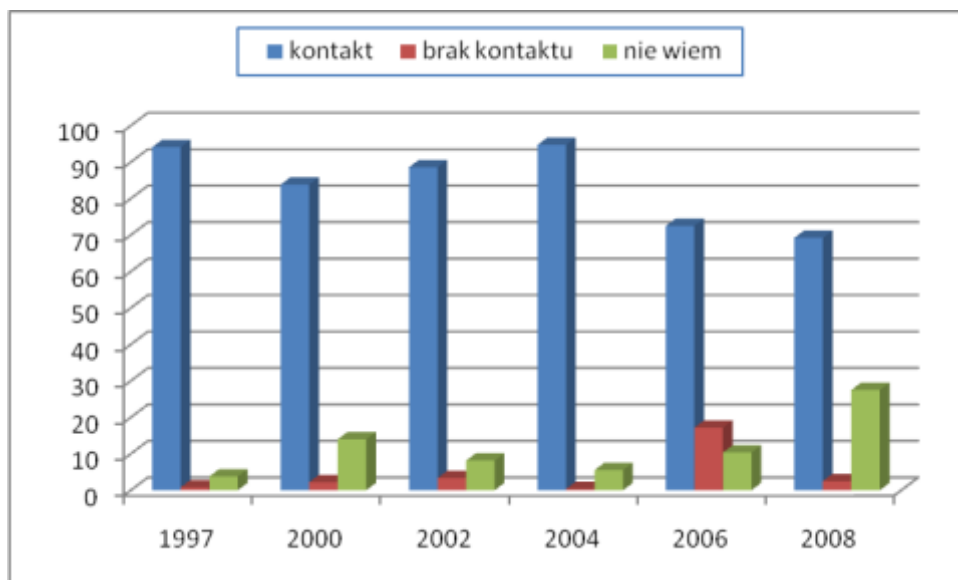
Dane od populacji dorosłej

Dane przedstawione w tym rozdziale pochodzą również z opracowań własnych badań realizowanych przez mój zespół na zlecenia samorządów miast i gmin Dolnego Śląska. W każdej z badanych gmin próby populacji dorosłej do sondy ulicznej dobierane były losowo. Wielkość próby była reprezentatywna dla dorosłej populacji miasta/gminy.

⁹⁵ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

Zbadano ilość kontaktów respondentów ze zjawiskiem narkomanii. Ankieterzy pytali wyłącznie o kontakty bezpośrednie („to, co sam widziałeś”). Informacje od respondentów badanych w kolejnych latach przedstawia następujący wykres nr 32.

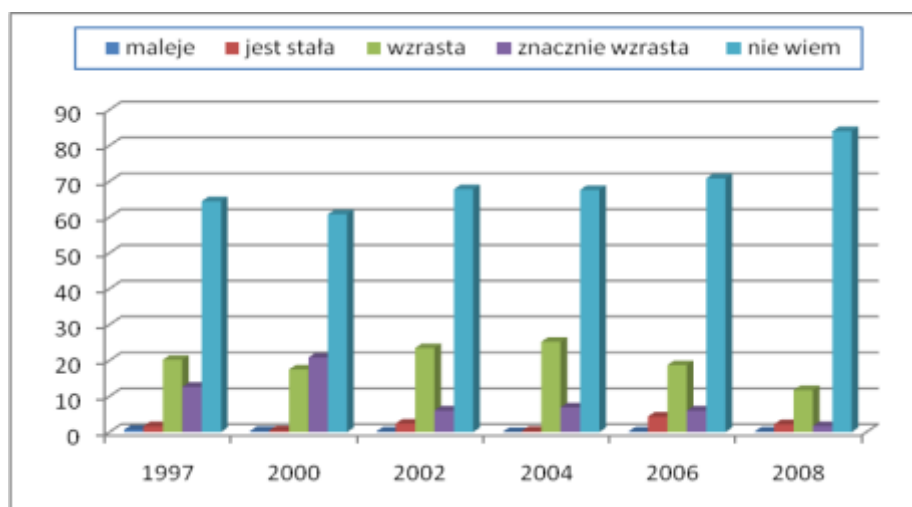
Wykres 32. Kontakt respondentów z problemem narkomanii na przestrzeni lat 1997-2008 - duże miasta (%)⁹⁶



Po wahnięciach w latach 1997 – 2004 widać stopniowy spadek zauważalnych kontaktów z problemem narkotycznym.

Wskaźniki dynamiki występowania zjawiska wśród młodzieży według respondentów sondy przedstawia poniższy wykres nr 33.

Wykres 33. Ocena respondentów dotycząca ilości młodzieży używającej środki psychoaktywne w ciągu ostatnich trzech lat (%)⁹⁷



⁹⁶ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

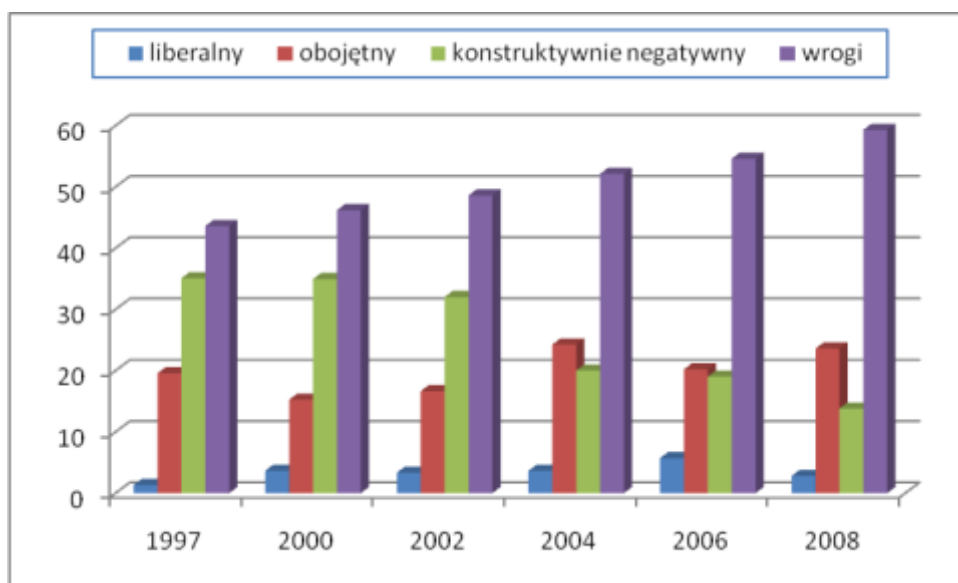
⁹⁷ ibidem

Jak widać coraz wyraźniej utrwała się tendencja spadkowa wskaźnika, widoczna szczególnie w kategorii „znaczny wzrost”.

W 2008 roku respondenci zetknęli się z dealerami narkotykowymi, 1,2% (2006 - 9,38%, 2004 -12,6%) z nich było świadkiem sprzedaży środków - kupującymi była młodzież - widać tu systematyczny i znaczący spadek zjawiska.

Ostatnim czynnikiem ważnym dla oceny rzetelności badań był stosunek respondenta do problemu narkotyków i narkomanii, przedstawia go poniższy wykres nr 34.

Wykres 34. Stosunek respondentów do problemu narkotyków i narkomanii na przestrzeni lat 1997-2008 (%)⁹⁸



Jak widać maleje stopniowo odsetek osób o podejściu „konstruktywnie negatywnym”, wzrasta natomiast grupa osób „obojętnych” i „wrogich” w stosunku do problemu narkotyków i narkomanii.

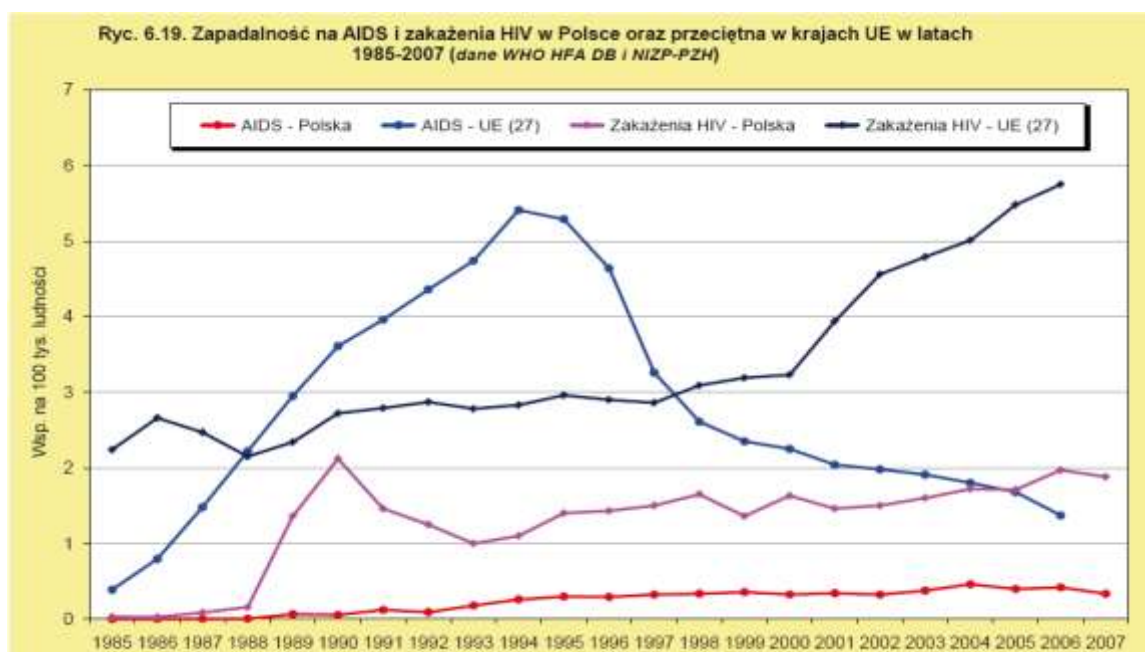
⁹⁸ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

2.5. Informacje z obszaru problematyki HIV/AIDS.

Obecnie AIDS ma charakter pandemii, która obejmuje swym zasięgiem wszystkie kontynenty świata. Według szacunków UNAIDS (ONZ-owski Program ds. AIDS) na świecie żyje ok. 40 milionów zakażonych wirusem HIV lub chorych na AIDS. Każdego dnia na świecie zakaża się HIV ok. 14 tys. osób, z czego ok. 10 % stanowią dzieci. Około 50% zakażeń dotyczy osób między 16 a 24 rokiem życia. Codziennie z przyczyn związanych z AIDS umiera ok. 8 tys. osób.⁹⁹ W 1986r., w którym zarejestrowano w Polsce pierwszy przypadek AIDS (zapadalność 0,003 na 100 000 ludności), współczynnik zapadalności na tę chorobę w Szwajcarii wynosił już 3,17, we Francji 2,27, a w Danii 1,35. Przeciętna zapadalność w krajach UE (w jej obecnym kształcie) wynosiła wówczas 0,79 i z roku na rok szybko rosła. Zapadalność na AIDS w UE znacząco spadła po 1994 r., m.in. pod wpływem wprowadzenia leczenia antyretrowirusowego, które zapobiega występowaniu chorób wskaźnikowych AIDS wśród osób zakażonych.

W Polsce najwyższą - jak dotychczas - liczbę zachorowań i najwyższą zapadalność odnotowano w 2004 r. - 176 zachorowań, tj. 0,46 na 100 000. W tym samym roku przeciętna zapadalność w UE wynosiła 1,80 i była prawie 4-krotnie wyższa. Nie można jednak nie zauważyć, że w odróżnieniu od ogólnych trendów w UE, w Polsce zapadalność ma wprawdzie słabą, ale wyraźną tendencję do podwyższania się. Nie przeczy temu niewielka liczba zachorowań (128) zarejestrowanych w 2007r., ponieważ nawet do 50% przypadków zgłaszanych bywa z opóźnieniem, w następnym roku kalendarzowym w stosunku do roku rozpoznania choroby.¹⁰⁰

Wykres 35. Zapadalność na AIDS i zakażenia HIV w Polsce oraz przeciętna w krajach UE w latach 1985-2007¹⁰¹



⁹⁹ Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007-2011 Województwa Pomorskiego

¹⁰⁰ Państwowy Zakład Higieny „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, Warszawa 2008

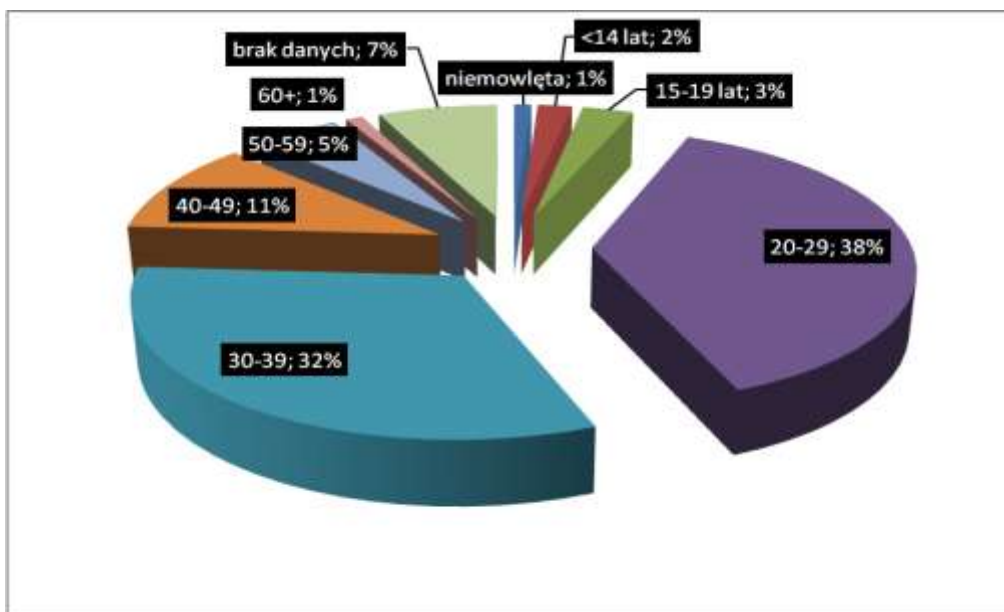
¹⁰¹ ibidem

Przyspieszony wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń, który nastąpił w UE po 2000 r. odpowiada wystąpieniu ogniska wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w krajach Europy Wschodniej, a także wzrostowi zakażeń na drodze heteroseksualnej, związanych z osobami pochodzącymi z krajów o uogólnionej epidemii (głównie Afryka) oraz wśród mężczyzn utrzymujących stosunki seksualne z mężczyznami.

Obecnie wykrywa się ponad 700 zakażeń rocznie, a częstość wykrywania jest na podobnym poziomie, jak podczas trwania ogniska na przełomie lat 1980-1990. Należy jednak stwierdzić, że w chwili obecnej duża część osób żyjących z HIV nie ma tego świadomości. Przemawia za tym rosnący wskaźnik późnych rozpoznań, jak również wskaźnik wykonywanych w Polsce badań w kierunku HIV (około 3-5 na 1 mln mieszkańców), który jest jednym z najniższych w UE.

Zakażenia HIV są nadal częstsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Ogółem do końca roku 2007 kobiety stanowiły 24%, z tym, że najwyższy odsetek odnotowano w 2003 r. (29%), po którym nastąpił spadek do 21% w 2007 r. Odsetek kobiet jest znacznie wyższy w przypadku zakażeń wykrywanych u osób poniżej 30 roku życia, zwłaszcza wśród nastolatków. Poniższy wykres prezentuje dane Krajowego Centrum ds. AIDS dotyczące wieku osób zakażonych HIV w 2007 roku.¹⁰²

Wykres 36. Zakażenia HIV wg wieku w Polsce w 2007 roku (w %)¹⁰³



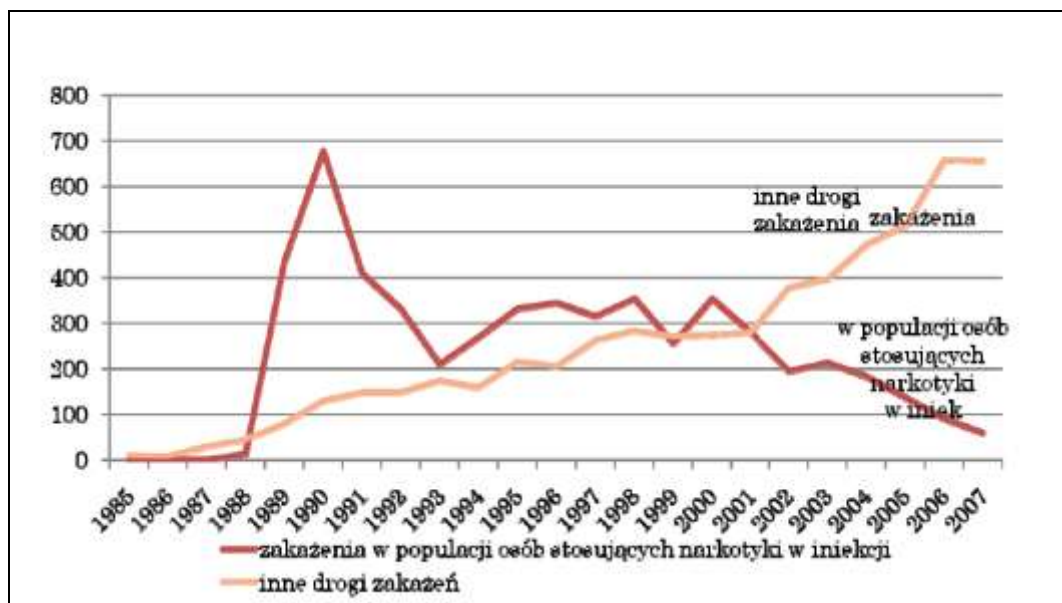
Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce w ostatnich latach nie dostarcza jednak kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji polskiej, choć szereg danych wskazuje na zwiększanie się udziału zakażeń przenoszonych drogą seksualną (stosunki heteroseksualne i seks pomiędzy mężczyznami). Nieznajomość głównych dróg transmisji wirusa HIV w danym miejscu

¹⁰² Państwowy Zakład Higieny „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, Warszawa 2008

¹⁰³ Krajowe Centrum ds. AIDS

i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się zakażeń.¹⁰⁴

Wykres 37. Główne drogi zakażenia HIV w Polsce na przestrzeni lat 1985-2007¹⁰⁵



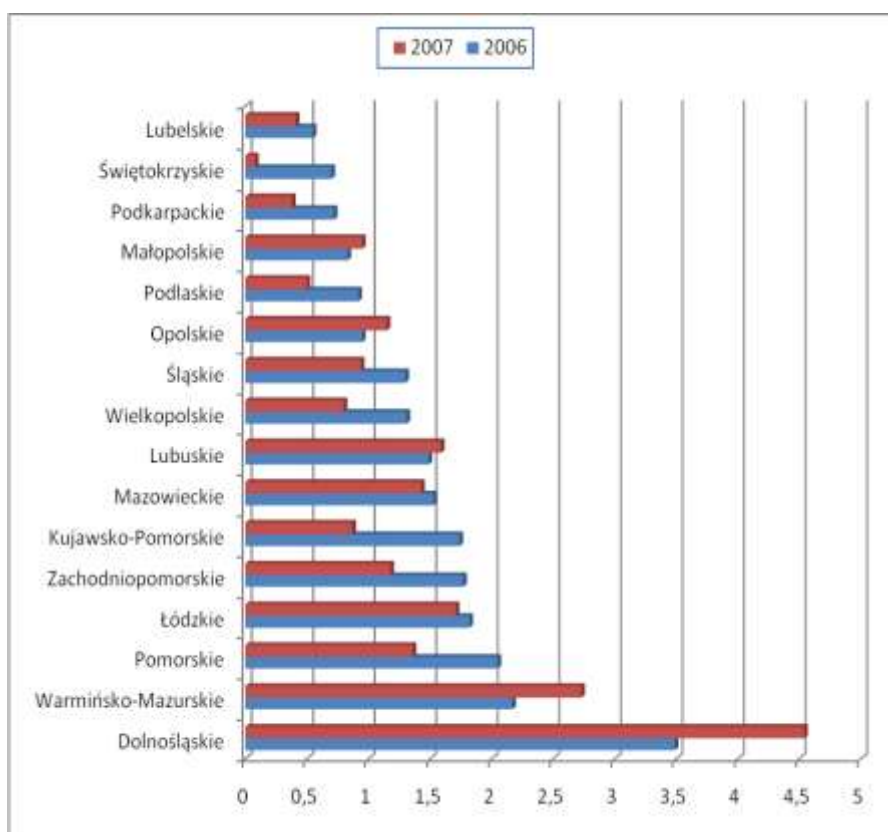
W 2007 roku zgłoszono w naszym województwie 52 zachorowania na AIDS (współczynnik zapadalności 1,8/100 tys.) - o 8 więcej niż w roku 2006; 20 chorych zmarło. W Polsce w roku 2007 zgłoszono 183 przypadki AIDS (współczynnik zapadalności 0,5/100 tys.) w tym około 60% wszystkich przypadków zarejestrowano w województwie dolnośląskim. Od początku rejestracji w Polsce zanotowano 2028 zachorowań na AIDS i 906 zgonów z powodu tej choroby, natomiast na terenie województwa dolnośląskiego odnotowano odpowiednio 435 zachorowań, co stanowi około 21% wszystkich przypadków zgłoszonych w Polsce oraz 187 zgonów. W 2007 roku zakażenie wirusem HIV zgłoszono na terenie województwa dolnośląskiego u 137 osób, od początku rejestracji wykryto zakażenie HIV u 1764 osób. W roku 2007 zgłoszono w Polsce 716 nowo wykrytych zakażeń HIV. Od czasu, kiedy rozpoczęto przeprowadzanie badań w tym kierunku w Polsce stwierdzono zakażenia u 11259 pacjentów. Od wielu lat liczba rejestrowanych zakażeń wirusem HIV na terenie województwa dolnośląskiego, należy do najwyższych w Polsce. W roku 2007 zakażenia wirusem HIV zarejestrowane w województwie dolnośląskim, stanowiły prawie 20% wszystkich przypadków odnotowanych w Polsce. Zwraca uwagę utrzymująca się w województwie dolnośląskim na najwyższym poziomie i wzrastająca w ostatnich latach zapadalność na AIDS. Jest ona kilkakrotnie wyższa w porównaniu z innymi województwami. Trudno jednoznacznie wskazać przyczyny wysokiej zapadalności AIDS i zakażeń wirusem HIV w naszym województwie. Wydaje się, że składają się na to różne przyczyny, wśród których można wymienić: skutecznie prowadzone od wielu lat działania

¹⁰⁴ Państwowy Zakład Higieny „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, Warszawa 2008

¹⁰⁵ Krajowe Centrum ds. AIDS

oświatowo-zdrowotne, istnienie wielu laboratoriów wykonujących - w tym również nieodpłatnie - badania w kierunku wirusa HIV, możliwość uzyskania nieodpłatnych porad w punktach konsultacyjnych, a przede wszystkim dobrą współpracę pomiędzy środowiskiem lekarskim i Państwową Inspekcją Sanitarną. Skutkuje to wysoką zgłaszalnością zachorowań i zakażeń. Należy podkreślić, że zakażenia i zachorowania notowane są u wielu pacjentów zamieszkujących na stałe poza województwem dolnośląskim, a zgłaszających się anonimowo na badania laboratoryjne. Być może jako jedną z przyczyn zwiększonej zapadalności na zakażenia HIV i zachorowań na AIDS na terenie województwa dolnośląskiego, należy rozważyć skłonność osób zamieszkujących to województwo do bardziej ryzykownych zachowań seksualnych w porównaniu z innymi województwami, w których normy obyczajowe są bardziej konserwatywne.¹⁰⁶

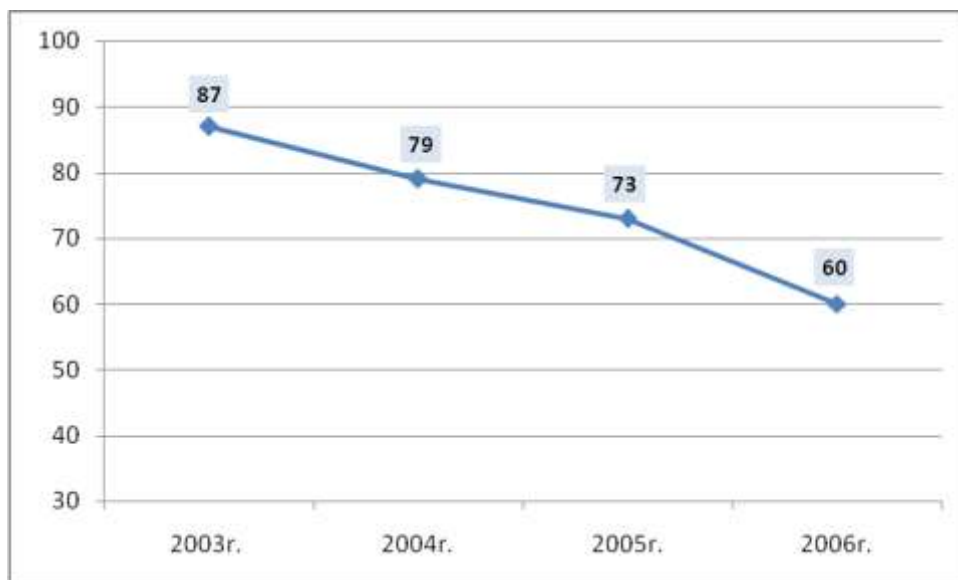
Wykres 38. Porównanie wskaźnika zakażeń HIV wykrytych w poszczególnych województwach w latach 2006 i 2007 na 100 tys. mieszkańców¹⁰⁷



¹⁰⁶ Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna we Wrocławiu „Stan bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w roku 2007”

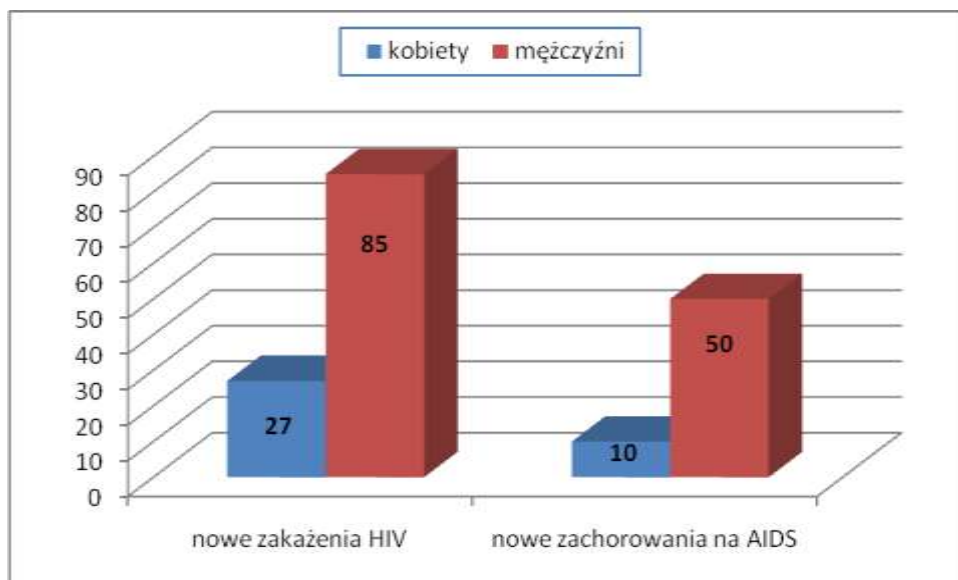
¹⁰⁷ Krajowe Centrum ds. AIDS

Wykres 40. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków na przestrzeni lat 2003-2006 w Polsce (wg daty rozpoznania).¹¹⁰



Wśród osób dożylnie używających narkotyki zakażonych HIV w 2006 roku odnotowano 76% mężczyzn oraz 24% kobiet. Nowo zarejestrowane w 2006 roku zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków dotyczyły 83% mężczyzn oraz 17% kobiet.

Wykres 41. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV oraz liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2006 wg płci.¹¹¹



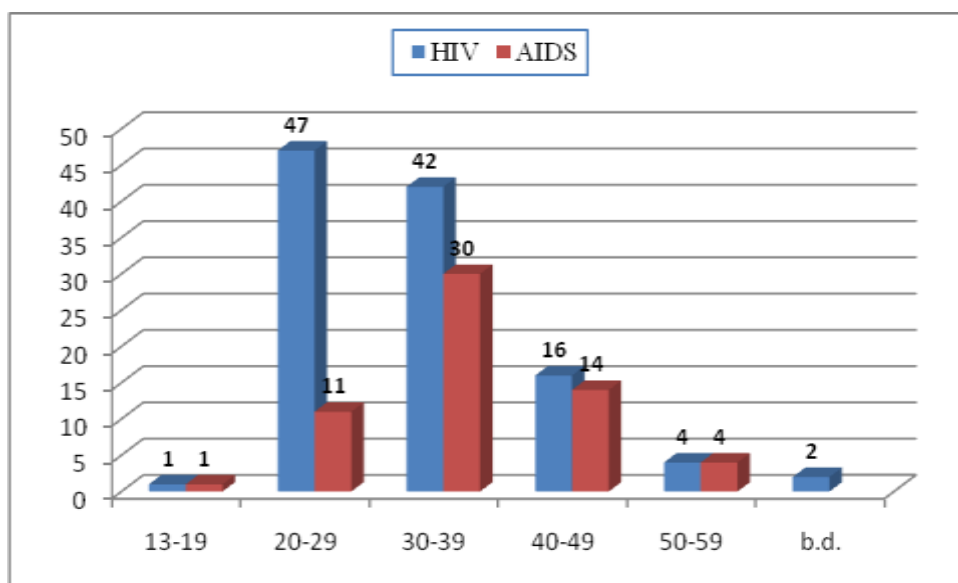
Wśród osób zakażonych HIV poprzez dożylnie wstrzykiwanie narkotyków najliczniejszą grupę w 2006 roku stanowiły osoby w wieku 20-29 lat, kolejno osoby w przedziale 30-39 lat.

¹¹⁰ Serwis informacyjny NARKOMANIA nr 3 (42) 2008 za PZH.

¹¹¹ ibidem

Wśród zgłoszonych w 2006 roku nowych zachorowań na AIDS najliczniejszą grupę (50%) stanowiły osoby w przedziale wiekowym 30-39 lat, następnie osoby w przedziale 40-49 lat. W przedziale 13-19 odnotowano jedno zakażenie wirusem HIV i jedno zachorowanie na AIDS. Poniższy wykres przedstawia zbiorczą prezentację wyników.

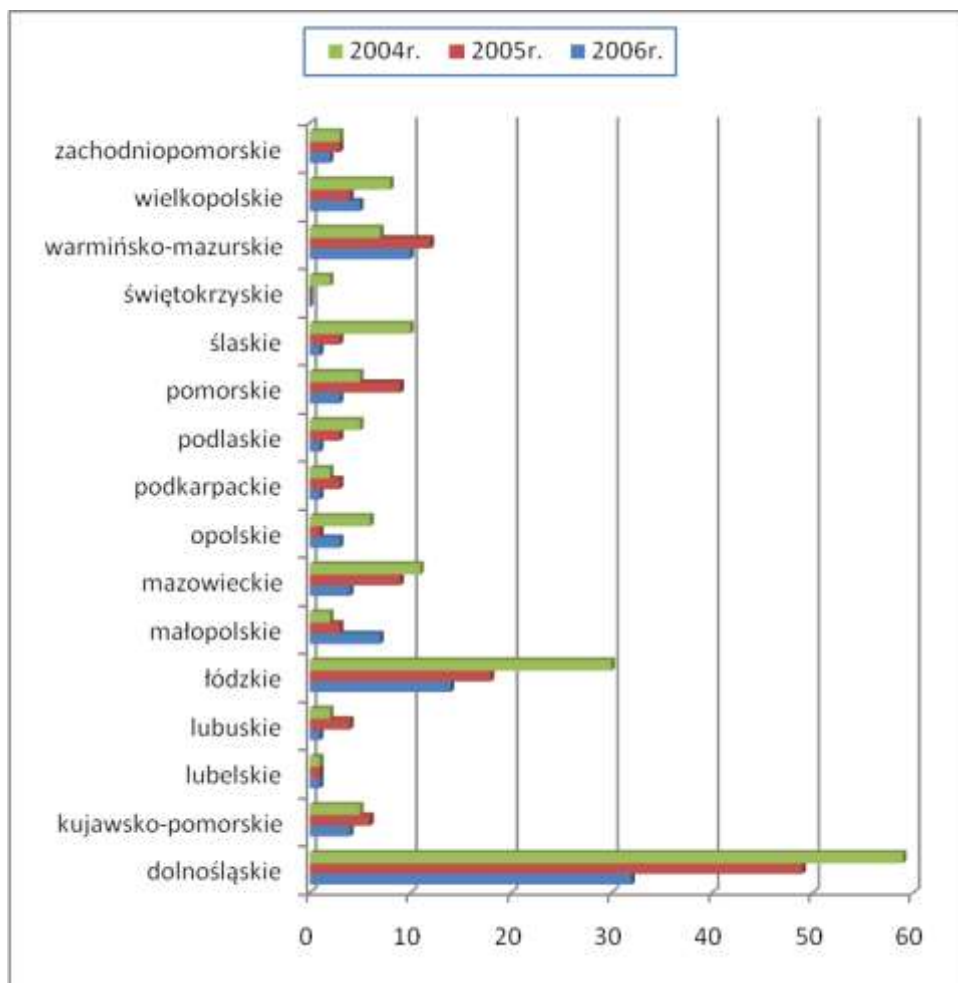
Wykres 42. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV oraz liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2006 roku wg wieku.¹¹²



Na przestrzeni lat 2004-2006 najważniejsze wskaźniki zakażeń odnotowano w województwie dolnośląskim, łódzkim oraz warmińsko-mazurskim. Najmniej przypadków zarejestrowano w województwie świętokrzyskim, lubelskim oraz podkarpackim.

¹¹² Serwis informacyjny NARKOMANIA nr 3 (42) 2008 za PZH.

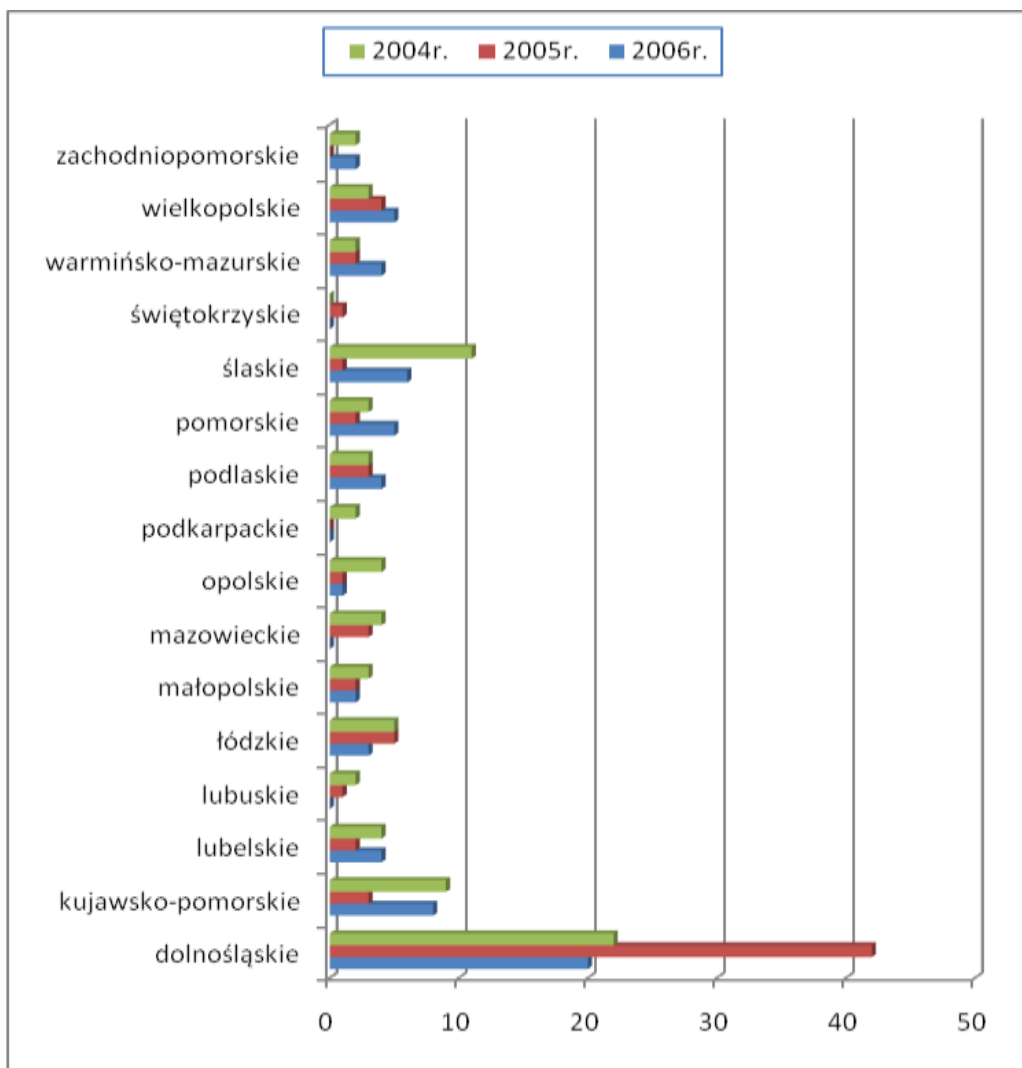
Wykres 43. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004-2006 (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców; zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).¹¹³



Wskaźniki nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004-2006 również wskazują na trend spadkowy. Najwyższe wskaźniki zachorowań odnotowuje się w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim oraz świętokrzyskim.

¹¹³ Serwis informacyjny NARKOMANIA nr 3 (42) 2008 za PZH.

Wykres 44. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004-2006 (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców; zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).¹¹⁴



W ramach systemu nadzoru epidemiologicznego gromadzone są statystyki dotyczące zgonów osób chorych na AIDS, w tym również iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na przestrzeni lat 1986-2006 zarejestrowano 835 zgonów osób chorych na AIDS, a wśród nich 50,5% osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Monitoring umieralności iniekcyjnych użytkowników narkotyków chorych na AIDS wskazuje, że zgony dotyczyły 83% mężczyzn oraz 17% kobiet. W 2006 roku odnotowano 38 zgonów osób chorych na AIDS, z czego 68% przypadków dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Najwyższa umieralność dotyczyła osób w wieku 30-39 lat, następnie 40-49 lat.

¹¹⁴ Serwis informacyjny NARKOMANIA nr 3 (42) 2008 za PZH.

V. Charakterystyka zasobów w sferze uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego.

Charakterystyka zasobów w sferze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień, w skład którego wchodzi:

- Poradnia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień
- Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych
- Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu

Ponadto, na terenie województwa działa obecnie (stan na 2008 rok):

- 18 przychodni/poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
- 4 całodobowe oddziały leczenia uzależnienia od alkoholu (COTUA): powiat zgorzelecki, jeleniogórski, wałbrzyski, wrocławski
- 4 oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjnych): powiat bolesławiecki, złotoryjski, kłodzki i wrocławski
- 2 dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu (powiat wrocławski i legnicki)¹¹⁵

Poniższa tabela prezentuje zestawienie zasobów województwa dolnośląskiego na tle Polski. Zważywszy na fakt, że populacja Dolnego Śląska stanowi 7,5% ogółu populacji kraju, odsetek grup pomocowych i samopomocowych wydaje się być zadowalający w tym regionie.

Tabela 10. Zasoby Województwa Dolnośląskiego na tle Polski w 2007 roku.¹¹⁶

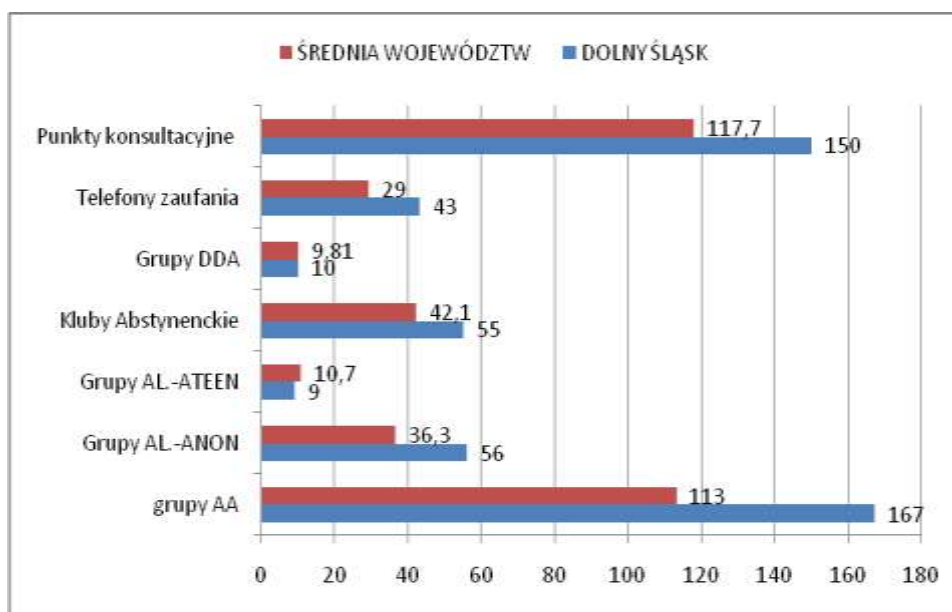
L.p.	Grupy pomocowe i samopomocowe	Dolny Śląsk	%	Polska
1	Grupy AA	167	9,2	1808
2	Grupy AL.-ANON	56	9,6	582
3	Grupy AL.-ATEEN	9	9,3	97
4	Kluby Abstynenckie	55	8,2	674
5	Grupy DDA	10	6,4	157
6	Telefony zaufania	43	9,3	464
7	Punkty konsultacyjne	150	8,0	1884

Dolny Śląsk wypada także optymistycznie w zestawieniu z innymi województwami. Poniżej średniej województw plasuje się jedynie w odniesieniu do wspólnot młodych ludzi, na których życie wpływa picie kogoś bliskiego.

¹¹⁵ PARPA

¹¹⁶ PARPA „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2007 roku. Zestawienia statystyczne”

Wykres 45. Zasoby województwa dolnośląskiego na tle średniej województw w 2007 roku.¹¹⁷



Charakterystyka zasobów w sferze zapobiegania narkomanii

Oddziały leczenia uzależnień w placówkach, których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego:

- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu;
- Zakład Lecznictwa Odwykowego dla Osób Uzależnionych od Alkoholu w Czarnym Borze;
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi;
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu;
- Specjalistyczny Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej - Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia we Wrocławiu;
oraz oddziały powstałe w wyniku połączenia:
 - Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrii w Krośnicach z Zespołem Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Miliczu na mocy Uchwały nr XV/161/07 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 27 września 2007 roku;
 - Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Sieniawce z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu na mocy Uchwały nr XV/307/08 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 28 lutego 2008 roku.

¹¹⁷ PARPA „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2007 roku. Zestawienia statystyczne”

Ponadto na terenie województwa funkcjonują:

- Poradnie leczenia uzależnień 36
- Programy substytucji lekowej 2
- Detox 2
- Kluby Anonimowych Narkomanów 3¹¹⁸

Charakterystyka zasobów w sferze przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Jeśli chodzi o rozwój sieci instytucji wspierających ofiary przemocy w rodzinie to w 2006 roku powstały 2 specjalistyczne ośrodki wsparcia dla osób doświadczających przemocy w rodzinie w powiecie wrocławskim i wałbrzyskim.

W zakresie działań korekcyjno-edukacyjnych skierowanych do sprawców przemocy, były one realizowane tylko w dwóch powiatach na Dolnym Śląsku (powiat wałbrzyski i wrocławski). Jest to słaby wynik w porównaniu z innymi województwami - w województwie wielkopolskim prowadzono takie działania aż w 12 powiatach, w śląskim w 17.¹¹⁹

Działania samorządów gminnych koncentrują się na realizacji zadań uwzględnianych w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nakłada na samorząd gminy obowiązek udzielania rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychologicznej i prawnej a w szczególności przed przemocą w rodzinie. Poniższa tabela ukazuje podmioty odpowiedzialne za realizację zadań na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec dzieci.

Tabela 11. Podmioty odpowiedzialne za realizację zadań na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec dzieci oraz kategorie działań pomocowych.¹²⁰

Podmioty realizujące zadania na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec dzieci:	Kategorie działań:
<ul style="list-style-type: none"> - placówki oświatowe - poradnie psychologiczno – pedagogiczne -punkty konsultacyjne dla ofiar przemocy w rodzinie - świetlice opiekuńczo - wychowawcze - świetlice socjoterapeutyczne - ośrodki pomocy terapeutycznej - ośrodki interwencji kryzysowej - ośrodki pomocy społecznej - straże gminne - jednostki policji - organizacje pozarządowe 	<ul style="list-style-type: none"> - działania profilaktyczne - działania interwencyjne - działania terapeutyczne (naprawcze) - działania rehabilitacyjne

¹¹⁸ Turek Andrzej „Raport wojewódzki dotyczący zjawiska narkomanii na terenie województwa dolnośląskiego w 2007 roku”

¹¹⁹ Pajor Waldemar „Raport dotyczący dzieci krzywdzonych w Polsce 2008”

¹²⁰ ibidem

Na podstawie danych zebranych z województw i gmin za pośrednictwem pełnomocników zarządów województw ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przedstawiła liczbę grup pomocowych i samopomocowych działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie w 2007r. (Tabela nr 12). Województwo Dolnośląskie może poszczycić się dużą ilością punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej oraz grup wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Poniżej średniej województw znajdują się schroniska, interdyscyplinarne zespoły ds. przeciwdziałania przemocy wobec dzieci, a także programy ofiar przemocy w rodzinie.¹²¹

Tabela 12. Liczba grup pomocowych i samopomocowych działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie w 2007r.¹²²

L.p.	Grupy pomocowych i samopomocowych działające w obszarze przeciwdziałania przemocy	Dolny Śląsk	Średnia województw	Polska
1	Punkty konsultacyjne	145	102,1	1635
2	Telefony zaufania	40	33,2	532
3	Schroniska/hostele	6	11,6	185
4	Ośrodki interwencji kryzysowej	18	12,9	206
5	Ośrodki wsparcia dla rodzin	5	7,5	120
6	Grupy wsparcia dla ofiar przemocy	29	19,9	318
7	Grupy terapeutyczne dla dzieci	15	9,4	150
8	Interdyscyplinarne zespoły ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie	27	37,5	600
9	Interdyscyplinarne zespoły ds. przeciwdziałania przemocy wobec dzieci	10	12,2	196
10	Programy ochrony ofiar przemocy w rodzinie	9	12,3	197

¹²¹ PARPA „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2007 roku. Zestawienia statystyczne”

¹²² *ibidem*

Charakterystyka zasobów w sferze profilaktyki HIV/AIDS

W Polsce istnieje obecnie 26 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD)¹²³, w tym 5 na terenie Dolnego Śląska (powiat wrocławski 2, wałbrzyski, legnicki i jeleniogórski). Oferują one anonimowo i bezpłatnie testy wykrywające zakażenia HIV połączone z poradnictwem przed i po testowym. Ponadto na terenie Dolnego Śląska na polu profilaktyki HIV/AIDS działają 4 organizacje pozarządowe.

Zasoby osobowe (kadrowe)

Na podstawie ankiet PARPA G1, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przedstawiła zestawienie najczęściej występujących zawodów osób będących koordynatorami gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w 2007 roku. Wynika z niego, że koordynatorami zarówno na Dolnym Śląsku jak też w innych województwach są najczęściej pracownicy socjalni zaraz po zawodach nazwanych „innymi”. Łącznie 10% stanowią w województwie dolnośląskim osoby będące pedagogami, psychologami oraz terapeutami uzależnień. Sytuacja wygląda podobnie także w innych województwach (Tabela nr 13).

Tabela 13. Zawód osoby odpowiedzialnej za koordynację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w 2007 roku¹²⁴

Lp.	Województwo	A.	B.	1	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.	Dolnośląskie	169	163	9	9	18	5	4	1	5	3	94
2.	Kujawsko-Pomorskie	144	138	10	4	34	1	4	0	1	2	65
3.	Lubelskie	213	196	8	6	31	2	3	0	4	3	110
4.	Lubuskie	83	82	14	5	9	2	2	0	2	2	35
5.	Łódzkie	177	170	12	7	26	1	3	0	1	2	85
6.	Małopolskie	182	180	13	6	20	4	5	0	7	2	114
7.	Mazowieckie	314	285	9	7	42	10	4	1	4	4	141
8.	Opolskie	71	71	4	4	14	1	0	0	0	2	40
9.	Podkarpackie	159	155	6	5	11	0	7	0	4	0	96
10.	Podlaskie	118	117	12	4	33	0	7	0	0	0	49
11.	Pomorskie	123	121	10	14	18	3	4	1	0	2	54
12.	Śląskie	167	158	15	3	18	7	6	0	2	4	87
13.	Świętokrzyskie	102	100	7	2	13	1	2	1	0	3	58
14.	Warmińsko-Mazurskie	116	115	7	6	22	1	0	0	0	4	69
15.	Wielkopolskie	226	216	19	13	34	5	5	1	3	4	100
16.	Zachodniopomorskie	114	113	8	6	14	2	6	0	2	3	63
	Razem:	2478	2380	163	101	357	45	62	5	35	40	1260

¹²³ Krajowe Centrum ds. AIDS

¹²⁴ PARPA „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2007 roku. Zestawienia statystyczne”

Legenda:

- | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|
| A. Liczba gmin w województwie | | |
| B. Liczba gmin, które nadesłały ankiety | | |
| 1. Nauczyciel | 2. Pedagog szkolny | 3. Pracownik socjalny |
| 4. Psycholog | 5. Prawnik | 6. Lekarz |
| 7. Pielęgniarka | 8. Terapeuta uzależnień | 9. Inny |

VI. Zadania strategiczne i operacyjne programu.

I. Cel główny: Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Cele operacyjne:

1. Zwiększenie dostępności świadczeń, podnoszenie jakości usług terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych i uzależnionych krzyżowo.
2. Zapobieganie spożywaniu alkoholu przez młodzież i dzieci.
3. Skuteczne współdziałanie instytucji i osób w dziedzinie rozwiązywania problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie.
4. Podnoszenie poziomu wiedzy i edukacja społeczeństwa w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym, przemocy w rodzinie.
5. Monitorowanie stanu problemów alkoholowych na terenie województwa dolnośląskiego.

II. Cel główny: Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.

Cele operacyjne:

1. Wdrażanie nowoczesnych programów profilaktycznych.
2. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych.
3. Prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej związanej z promocją zdrowego stylu życia bez używania substancji psychoaktywnych.
4. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom lokalnym w realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii.
5. Prowadzenie kampanii edukacyjnych uwzględniających problematykę narkomanii oraz włączanie się w realizację ogólnopolskich kampanii i akcji promujących życie bez środków psychoaktywnych.
6. Monitorowanie sytuacji narkotykowej na terenie województwa oraz upowszechnianie informacji na temat placówek i programów dla osób uzależnionych.

Cel główny:				
Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.				
Cele operacyjne:				
1. Zwiększenie dostępności świadczeń, podnoszenie jakości usług terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych i uzależnionych krzyżowo.	2. Zapobieganie spożycia alkoholu przez młodzież i dzieci.	3. Skuteczne współdziałanie instytucji i osób w dziedzinie rozwiązywania problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie.	4. Podnoszenie poziomu wiedzy i edukacja społeczeństwa w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym, przemocy w rodzinie.	5. Monitorowanie stanu problemów alkoholowych na terenie województwa dolnośląskiego.
Zadania:				
1.1. Wspieranie placówek lecznictwa odwykowego, dla których Samorząd Województwa Dolnośląskiego jest organem założycielskim ze szczególnym uwzględnieniem Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia we Wrocławiu (w tym nakłady inwestycyjne).	2.1. Wspieranie rozwoju nowoczesnych programów profilaktycznych realizowanych w środowisku szkolnym i rodzinnym oraz w grupach podwyższonego ryzyka, w gminach wiejskich i małych miastach nie posiadających odpowiednich zasobów w tym zakresie.	3.1. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz samorządom powiatów, które włączają się w zadania z zakresu profilaktyki problemów alkoholowych.	4.1. Promowanie działań edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez kobiety w ciąży.	5.1. Realizacja badań dotyczących wzorów konsumpcji alkoholu oraz monitorowanie postaw i zachowań społecznych wobec problemów alkoholowych na terenie województwa.
1.2. Wspieranie i udzielanie pomocy przy tworzeniu nowych placówek lecznictwa odwykowego oraz modernizacja istniejącej bazy placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych.	2.2. Inicjowanie i wspieranie różnych form profilaktyki rówieśniczej.	3.2. Współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym oraz przemocy w rodzinie.	4.2. Inicjowanie i prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych kierowanych do różnych grup społecznych z obszaru problematyki alkoholowej i przeciwdziałania przemocy domowej.	5.2. Wspieranie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia we Wrocławiu w zakresie zbierania i opracowywania danych.

<p>1.3. Wspieranie nowoczesnych programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych i uzależnionych krzyżowo.</p>	<p>2.3. Wspieranie profesjonalnych form pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach alkoholowych.</p>	<p>3.3. Wspomaganie działań dotyczących ewaluacji wojewódzkich i gminnych programów profilaktycznych oraz szkoleń z zakresu doskonalenia umiejętności promocji i edukacji publicznej.</p>	<p>4.3. Opracowywanie i upowszechnianie materiałów edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym i przemocy w rodzinie.</p>	<p>5.3. Zbieranie i opracowywanie danych, analiz, ekspertyz i badań dotyczących problemów alkoholowych, w tym przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</p>
<p>1.4. Rozwijanie systemu kształcenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego.</p>	<p>2.4. Prowadzenie profesjonalnych kampanii edukacyjnych.</p>	<p>3.4. Prowadzenie szkoleń dla osób zaangażowanych w działania profilaktyczne i naprawcze, w szczególności dla koordynatorów gminnych programów oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pracowników punktów konsultacyjnych, a także przedstawicieli służb zaangażowanych w realizację wspomnianych programów (policjantów, pracowników socjalnych, kuratorów i pracowników wymiaru sprawiedliwości, lekarzy i pracowników służby zdrowia oraz pracowników systemu oświaty i kadr kultury fizycznej i innych) z obszaru problematyki alkoholowej i przeciwdziałania przemocy domowej.</p>	<p>4.4. Inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</p>	
<p>1.5. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla młodzieży uzależnionej poprzez uruchomienie specjalistycznych placówek/oddziałów.</p>		<p>3.5. Wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej – edukacja lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.</p>	<p>4.5. Prowadzenie i rozwijanie strony internetowej www.profilaktyka.umwd.pl.</p>	

<p>1.6. Współdziałanie w zakresie rozwoju systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez współtworzenie ośrodków przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym tzw.: Centrów Integracji Społecznej.</p>		<p>3.6. Wspieranie programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie.</p>		
<p>1.7. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu przebywających w zakładach karnych.</p>		<p>3.7. Wspieranie ramowych programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.</p>		
		<p>3.8. Wspieranie rozwoju lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy w rodzinach alkoholowych we współpracy z policją, pomocą społeczną, placówkami leczenia odwykowego, powiatowymi centrami pomocy rodzinie, organizacjami pozarządowymi oraz gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych.</p>		
		<p>3.9. Inicjowanie i rozwijanie współpracy regionalnej, krajowej i międzynarodowej oraz wymiana doświadczeń.</p>		

Cel główny		
Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.		
Cel operacyjny 1		
Zwiększenie dostępności świadczeń, podnoszenie jakości usług terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych i uzależnionych krzyżowo.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
1.1. Wspieranie placówek leczenia odwykowego, dla których Samorząd Województwa Dolnośląskiego jest organem założycielskim, ze szczególnym uwzględnieniem Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia we Wrocławiu (w tym nakłady inwestycyjne).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba placówek leczenia odwykowego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placówki leczenia odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
1.2. Wspieranie i udzielanie pomocy przy tworzeniu nowych placówek leczenia odwykowego oraz modernizacja istniejącej bazy placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba nowopowstałych i zmodernizowanych placówek leczenia odwykowego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placówki leczenia odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
1.3. Wspieranie nowoczesnych programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych i uzależnionych krzyżowo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych programów terapeutycznych ▪ Liczba pacjentów korzystających z programów terapeutycznych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placówki leczenia odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
1.4. Rozwijanie systemu kształcenia zawodowego pracowników leczenia odwykowego.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba osób podnoszących kwalifikacje zawodowe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placówki leczenia odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
1.5. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla młodzieży uzależnionej poprzez uruchomienie specjalistycznych placówek/oddziałów.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba powstałych placówek/oddziałów realizujących program terapii dla nastolatków 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placówki leczenia odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
1.6. Współdziałanie w zakresie rozwoju systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez współtworzenie ośrodków przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym tzw. Centrów Integracji Społecznej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych CIS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe
1.7. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu przebywających w zakładach karnych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zakładów karnych objętych programem ▪ Liczba skazanych objętych programem ▪ Liczba skazanych, którzy ukończyli program 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zakłady karne ▪ Areszty śledcze ▪ Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej

Cel główny		
Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.		
Cel operacyjny 2		
Zapobieganie spożywania alkoholu przez młodzież i dzieci.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
2.1. Wspieranie rozwoju nowoczesnych programów profilaktycznych realizowanych w środowisku szkolnym i rodzinnym oraz w grupach podwyższonego ryzyka, w gminach wiejskich i małych miastach nie posiadających odpowiednich zasobów w tym zakresie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba programów profilaktycznych ▪ Liczba wspartych gmin wiejskich i małych miast ▪ Liczba uczestników programów profilaktycznych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Media ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie
2.2. Inicjowanie i wspieranie różnych form profilaktyki rówieśniczej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zrealizowanych projektów ▪ Liczba osób uczestniczących ▪ Liczba instytucji uczestniczących 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie
2.3. Wspieranie profesjonalnych form pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach alkoholowych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych ▪ Liczba dzieci korzystających z oferty 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe
2.4. Prowadzenie profesjonalnych kampanii edukacyjnych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba prowadzonych kampanii edukacyjnych ▪ Liczba podmiotów prowadzących kampanie ▪ Liczba partnerów kampanii ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba rozdyskrebowanych materiałów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Podmioty prywatne

Cel główny		
Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.		
Cel operacyjny 3		
Skuteczne współdziałanie instytucji i osób w dziedzinie rozwiązywania problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
3.1. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz samorządom powiatów, które włączają się w zadania z zakresu profilaktyki problemów alkoholowych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba konferencji, seminariów i szkoleń dla gminnych pełnomocników ▪ Liczba uczestników konferencji seminariów i szkoleń ▪ Liczba przygotowanych opinii i rekomendacji 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
3.2. Współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym oraz przemocy w rodzinie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba podmiotów działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień na terenie województwa ▪ Liczba wspartych działań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne
3.3. Wspomaganie działań dotyczących ewaluacji wojewódzkich i gminnych programów profilaktycznych oraz szkoleń z zakresu doskonalenia umiejętności promocji i edukacji publicznej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba przeprowadzonych ewaluacji gminnych programów profilaktycznych ▪ Liczba przeprowadzonych szkoleń z zakresu doskonalenia umiejętności promocji i edukacji publicznej 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WOTUiW ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
3.4. Prowadzenia szkoleń dla osób zaangażowanych w działania profilaktyczne i naprawcze, w szczególności dla koordynatorów gminnych programów oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pracowników punktów konsultacyjnych, a także przedstawicieli służb zaangażowanych w realizację wspomnianych programów (policjantów, pracowników socjalnych, kuratorów i pracowników wymiaru sprawiedliwości, lekarzy i pracowników służby zdrowia oraz pracowników systemu oświaty i kadr kultury fizycznej i innych) z obszaru problematyki alkoholowej i przeciwdziałania przemocy domowej	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba przeszkolonych osób ▪ Liczba zorganizowanych szkoleń dla poszczególnych grup zawodowych i społecznych ▪ Liczba rozdystrybuowanych materiałów edukacyjnych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ WOTUiW ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Przedstawiciele Sądów Powszechnych, Rejonowych i Prokuratury ▪ Podmioty prywatne

<p>3.5. Wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej – edukacja lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba przeprowadzonych szkoleń ▪ Liczba przeszkolonych osób 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WOTUiW ▪ Placówki leczenia uzależnień ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Podmioty prywatne
<p>3.6. Wspieranie programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba odbiorców działań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
<p>3.7. Wspieranie ramowych programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba odbiorców działań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
<p>3.8. Wspieranie rozwoju lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy w rodzinach alkoholowych we współpracy z policją, pomocą społeczną, placówkami lecznictwa odwykowego, powiatowymi centrami pomocy rodzinie, organizacjami pozarządowymi oraz gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba partnerów i realizatorów działań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Placówki lecznictwa odwykowego ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
<p>3.9. Inicjowanie i rozwijanie współpracy regionalnej, krajowej i międzynarodowej oraz wymiana doświadczeń.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zrealizowanych wspólnie projektów ▪ Liczba wizyt studyjnych i staży ▪ Wykaz partnerów regionalnych, krajowych i zagranicznych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media

Cel główny		
Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.		
Cel operacyjny 4		
Podnoszenie poziomu wiedzy, edukacja społeczeństwa w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym, przemocy w rodzinie.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
4.1. Promowanie działań edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez kobiety w ciąży.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba przeprowadzonych kampanii społecznych ▪ Liczba rozkolportowanych ulotek, plakatów, publikacji 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty
4.2. Inicjowanie i prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych kierowanych do różnych grup społecznych z obszaru problematyki alkoholowej i przeciwdziałania przemocy domowej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba prowadzonych kampanii społecznych i edukacyjnych ▪ Liczba podmiotów prowadzących kampanie ▪ Liczba partnerów kampanii ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba rozdystrybuowanych materiałów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Media ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Przedstawiciele Sądów Powszechnych, Rejonowych i Prokuratury ▪ Podmioty prywatne
4.3. Opracowywanie i upowszechnianie materiałów edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania problemom alkoholowym i przemocy w rodzinie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba opracowanych materiałów ▪ Liczba rozdystrybuowanych materiałów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki lecznictwa odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Przedstawiciele Sądów Powszechnych, Rejonowych i Prokuratury ▪ Podmioty prywatne
4.4. Inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Media

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Przedstawiciele Sądów Powszechnych, Rejonowych i Prokuratury
4.5. Prowadzenie i rozwijanie strony internetowej www.profilaktyka.umwd.pl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba odwiedzających stronę ▪ Wykaz rozdziałów tematycznych strony ▪ Liczba zamieszczonych materiałów i informacji 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wszyscy wskazani wyżej realizatorzy i partnerzy

Cel główny		
Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.		
Cel 5		
Monitorowanie stanu problemów alkoholowych na terenie województwa dolnośląskiego.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
5.1. Realizacja badań dotyczących wzorów konsumpcji alkoholu oraz monitorowanie postaw i zachowań społecznych wobec problemów alkoholowych na terenie województwa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba przeprowadzonych badań ▪ Liczba opracowanych raportów z badań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Państwowy Zakład Higieny ▪ WOTUiW ▪ Podmioty prywatne
5.2. Wspieranie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współzależnienia w zakresie zbierania i opracowywania danych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba opracowanych raportów z badań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WOTUiW ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
5.3. Zbieranie i opracowywanie danych, analiz, ekspertyz i badań dotyczących problemów alkoholowych, w tym przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba raportów z badań ▪ Liczba stworzonych baz danych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ WOTUiW ▪ Placówki leczenia odwykowego ▪ Komenda Główna Policji ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Państwowy Zakład Higieny ▪ Podmioty prywatne

Cel główny:					
Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.					
Cele operacyjne:					
1. Wdrażanie nowoczesnych programów profilaktycznych.	2. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych.	3. Prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej związanej z promocją zdrowego stylu życia bez używania substancji psychoaktywnych.	4. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom lokalnym w realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii.	5. Prowadzenie kampanii edukacyjnych uwzględniających problematykę narkomanii oraz włączanie się w realizację ogólnopolskich kampanii i akcji promujących życie bez środków psychoaktywnych.	6. Monitorowanie sytuacji narkotykowej na terenie województwa oraz upowszechnianie informacji na temat placówek i programów dla osób uzależnionych.
Zadania:					
1.1. Wspieranie realizacji programów profilaktycznych realizowanych w środowisku szkolnym i rodzinnym.	2.1. Wspieranie ośrodków leczenia narkomanii oraz programów realizowanych na oddziałach detoksykacji, na których przebywają dorośli i młodzież uzależnieni od narkotyków.	3.1. Organizowanie szkoleń dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek i ratowników medycznych w zakresie rozpoznawania objawów używania substancji psychoaktywnych i stosowania procedur związanych z udzielaniem pomocy oraz profilaktyki HIV/AIDS.	4.1. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w realizacji programów przeciwdziałania narkomanii, oraz samorządom powiatów, które realizują zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii.	5.1. Współudział w organizowanych przez jednostki rządowe lokalnych i ogólnopolskich programach profilaktyczno-edukacyjnych.	6.1. Inicjowanie, prowadzenie badań dotyczących problematyki narkomanii, HIV/AIDS oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników.

1.2. Wspieranie realizacji programów profilaktyczno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży zagrożonych narkomanią oraz eksperymentujących z narkotykami.	2.2. Wspieranie placówek i programów leczenia substytucyjnego oraz ograniczenia szkód zdrowotnych.	3.2. Szkolenie osób o zawodach niemedycznych mających kontakt z osobami stosującymi substancje psychoaktywne w zakresie podejmowania właściwych interwencji oraz osób o zawodach niemedycznych pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.	4.2. Inicjowanie programów ukierunkowanych na tworzenie środowisk liderów młodzieżowych, działających w zakresie przeciwdziałania narkomanii i profilaktyki HIV/AIDS.	5.2. Rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych z obszaru nowoczesnych rozwiązań w przeciwdziałaniu narkomanii oraz profilaktyki HIV/AIDS.	6.2. Tworzenie i uaktualnianie baz danych placówek, instytucji oraz organizacji działających w obszarze narkomanii.
1.3. Wspieranie realizacji programów wsparcia dla młodzieży i dorosłych uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję.	2.3. Wspieranie organizacji pozarządowych w realizacji programów redukcji szkód jako skuteczne narzędzie zapobiegania HIV/AIDS.	3.3. Organizowanie konferencji i seminariów poświęconych zdobywaniu nowej wiedzy i wymianie doświadczeń.	4.3. Inicjowanie i koordynacja szkoleń dla samorządów lokalnych w zakresie wiedzy o narkotykach, narkomanii a także problematyki HIV/AIDS.	5.3. Motywowanie i wspieranie gmin do aktywnego udziału w lokalnych i ogólnopolskich programach profilaktycznych.	6.3. Opracowywanie rocznych raportów dotyczących problemów narkotykowych w województwie dolnośląskim.

<p>1.4. Inicjowanie i wspieranie działań organizacji pozarządowych w obszarze przeciwdziałania narkomanii oraz zadań z zakresu HIV/AIDS.</p>	<p>2.4. Wspieranie rozwoju placówek leczenia uzależnień, stacjonarnych i ambulatoryjnych w szczególności dla dzieci i młodzieży.</p>	<p>3.4. Udzielanie konsultacji merytorycznych podmiotom prowadzącym szkolenia dla wybranych grup zawodowych w obszarze profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii oraz zapobiegania HIV/AIDS.</p>	<p>4.4. Wspieranie działalności Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV, połączone z profesjonalnym poradnictwem przed i po teście, zgodnie ze standardami europejskimi oraz zwiększenie liczby funkcjonujących punktów konsultacyjno-diagnostycznych stosownie do potrzeb i możliwości.</p>	<p>5.4. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat HIV/AIDS oraz problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania temu zjawisku.</p>	<p>6.4 Prowadzenie i rozwijanie strony internetowej www.profilaktyka.umwd.pl.</p>
	<p>2.5. Rozwijanie systemu kształcenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego.</p>		<p>4.5. Inicjowanie i rozwijanie współpracy regionalnej, krajowej i zagranicznej oraz wymiana doświadczeń.</p>	<p>5.5. Promowanie miejsc wolnych od substancji psychoaktywnych w społecznościach lokalnych.</p>	
	<p>2.6. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od narkotyków przebywających w zakładach karnych.</p>				

Cel główny		
Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących na terenie województwa dolnośląskiego oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.		
Cel operacyjny 1		
Wdrażanie nowoczesnych programów profilaktycznych.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
1.1. Wspieranie realizacji programów profilaktycznych realizowanych w środowisku szkolnym i rodzinnym.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba podmiotów realizujących programy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS
1.2. Wspieranie realizacji programów profilaktyczno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży zagrożonych narkomanią oraz eksperymentujących z narkotykami.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba podmiotów realizujących programy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego
1.3. Wspieranie realizacji programów wsparcia dla młodzieży i dorosłych uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba podmiotów realizujących programy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego
1.4. Inicjowanie i wspieranie działań organizacji pozarządowych w obszarze przeciwdziałania narkomanii oraz zadań z zakresu HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba podmiotów realizujących programy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS

Cel główny		
Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących na terenie województwa dolnośląskiego oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.		
Cel operacyjny 2		
Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
2.1. Wspieranie ośrodków leczenia narkomanii oraz programów realizowanych na oddziałach detoksykacji, na których przebywają dorośli i młodzież uzależnieni od narkotyków.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba podmiotów realizujących programy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki lecznictwa odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego
2.2. Wspieranie placówek i programów lecznictwa substytucyjnego oraz ograniczenia szkód zdrowotnych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba placówek realizujących programy ▪ Liczba odbiorców działań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki lecznictwa odwykowego ▪ WOTUiW ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS
2.3. Wspieranie organizacji pozarządowych w realizacji programów redukcji szkód jako skuteczne narzędzie zapobiegania HIV/AIDS..	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba podmiotów realizujących programy ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba partnerów programów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
2.4. Wspieranie rozwoju placówek leczenia uzależnień, stacjonarnych i ambulatoryjnych w szczególności dla dzieci i młodzieży.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych placówek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WOTUiW ▪ Jednostki lecznictwa odwykowego ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego
2.5. Rozwijanie systemu kształcenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba osób podnoszących kwalifikacje zawodowe w dziedzinie lecznictwa odwykowego ▪ Liczba zrealizowanych szkoleń 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WOTUiW ▪ Jednostki lecznictwa odwykowego ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego
2.6. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od narkotyków przebywających w zakładach karnych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zakładów karnych objętych programem ▪ Liczba skazanych objętych programem ▪ Liczba skazanych, którzy ukończyli program 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zakłady karne ▪ Areszty śledcze ▪ Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej

Cel główny		
Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących na terenie województwa dolnośląskiego oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.		
Cel operacyjny 3		
Prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej związanej z promocją zdrowego stylu życia bez używania substancji psychoaktywnych.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
3.1. Organizowanie szkoleń dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek i ratowników medycznych w zakresie rozpoznawania objawów używania substancji psychoaktywnych i stosowania procedur związanych z udzielaniem pomocy oraz profilaktyki HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zorganizowanych szkoleń ▪ Liczba przeszkolonych osób 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS ▪ Podmioty prywatne
3.2. Prowadzenie działalności szkoleniowej dla osób o zawodach niemedycznych mających kontakt z osobami stosującymi substancje psychoaktywne w zakresie podejmowania właściwych interwencji oraz dla osób realizujących zadania i projekty profilaktyczne, a także dla osób o zawodach niemedycznych pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zrealizowanych szkoleń ▪ Liczba przeszkolonych osób 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Punkty konsultacyjno-diagnostyczne ▪ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Podmioty prywatne
3.3. Organizowanie konferencji i seminariów poświęconych zdobywaniu nowej wiedzy i wymianie doświadczeń.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba konferencji, seminariów i szkoleń ▪ Liczba uczestników konferencji, seminariów i szkoleń 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Punkty konsultacyjno-diagnostyczne ▪ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Podmioty prywatne
3.4. Udzielanie konsultacji merytorycznych podmiotom prowadzącym szkolenia dla	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba przygotowanych opinii i rekomendacji 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne

<p>wybranych grup zawodowych w obszarze profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii oraz zapobiegania HIV/AIDS.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Punkty konsultacyjno-diagnostyczne ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Zakłady karne, areszty śledcze, Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS
--	--	--

Cel główny		
Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących na terenie województwa dolnośląskiego oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.		
Cel operacyjny 4		
Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom lokalnym w realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
4.1. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w tworzeniu programów przeciwdziałania narkomanii, oraz samorządom powiatów, które realizują zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba wspartych programów ▪ Liczba odbiorców działań 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego
4.2. Inicjowanie programów ukierunkowanych na tworzenie środowisk liderów młodzieżowych, działających w zakresie przeciwdziałania narkomanii i profilaktyki HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba partnerów programu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
4.3. Inicjowanie i koordynacja szkoleń dla samorządów lokalnych w zakresie wiedzy o narkotykach, narkomanii a także problematyki HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zainicjowanych i koordynowanych szkoleń ▪ Liczba uczestników szkoleń ▪ Liczba rozdysponowanych materiałów szkoleniowych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS
4.4. Wspieranie działalności punktów konsultacyjno-diagnostycznych prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV, połączone z profesjonalnym poradnictwem przed i po teście, zgodnie ze standardami europejskimi oraz zwiększenie liczby funkcjonujących punktów konsultacyjno- diagnostycznych stosownie do potrzeb i możliwości.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba punktów konsultacyjno-diagnostycznych objętych wsparciem ▪ Liczba nowopowstałych PKD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Punkty konsultacyjno-diagnostyczne ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS
4.5. Inicjowanie i rozwijanie współpracy regionalnej, krajowej i zagranicznej oraz wymiana doświadczeń.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba zrealizowanych wspólnie projektów ▪ Liczba wizyt studyjnych i staży ▪ Wykaz partnerów krajowych i zagranicznych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS ▪ Media

Cel główny		
Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących na terenie województwa dolnośląskiego oraz zapobieganie konsekwencjom wynikającym z używania środków psychoaktywnych na terenie województwa dolnośląskiego.		
Cel operacyjny 5		
Prowadzenie kampanii edukacyjnych uwzględniających problematykę narkomanii oraz włączanie się w realizację ogólnopolskich kampanii i akcji promujących życie bez środków psychoaktywnych.		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy/Partnerzy
5.1. Współdziałanie w organizowanych przez państwowe jednostki organizacyjne lokalnych i ogólnopolskich programach profilaktyczno-edukacyjnych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba kampanii społecznych i edukacyjnych ▪ Liczba partnerów kampanii ▪ Liczba odbiorców działań ▪ Liczba rozdystrybuowanych materiałów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Dolnośląskie Kuratorium Oświaty ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Uczelnie wyższe, szkoły
5.2. Rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych z obszaru nowoczesnych rozwiązań w przeciwdziałaniu narkomanii oraz profilaktyki HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba rozpowszechnionych materiałów edukacyjnych ▪ Liczba podmiotów, którym zostały rozdystrybuowane materiały edukacyjne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Państwowe jednostki organizacyjne
5.3. Motywowanie i wspieranie gmin do aktywnego udziału w lokalnych i ogólnopolskich programach profilaktycznych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba gmin, które włączyły się w realizację programów profilaktycznych ▪ Ilość konsultacji merytorycznych ▪ Liczba osób objętych programami 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Ekspert ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego ▪ Pełnomocnicy Wojewody ds. HIV i AIDS
5.4. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat HIV/AIDS oraz problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania temu zjawisku.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba rozkolportowanych ulotek, plakatów, publikacji ▪ Liczba przeprowadzonych kampanii społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Państwowe jednostki organizacyjne ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Media ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Komenda Wojewódzka Policji oraz Komendy Powiatowe i Miejskie ▪ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
5.5. Promowanie miejsc wolnych od substancji psychoaktywnych w społecznościach lokalnych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba partnerów promujących miejsca wolne od substancji psychoaktywnych ▪ Liczba informacji przekazanych do mediów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jednostki samorządu gminnego i powiatowego oraz podległe im jednostki organizacyjne ▪ Media ▪ Organizacje pozarządowe ▪ Komenda wojewódzka policji oraz komendy powiatowe i miejskie ▪ Uczelnie wyższe, szkoły ▪ Państwowe jednostki organizacyjne

Spis tabel i wykresów:

Tabela 1. Odsetek osób w wieku 18+ lat przyznających, że w minionym roku pili za dużo alkoholu i sięgających po alkohol w trudnych sytuacjach życiowych.

Tabela 2. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku.

Tabela 3. Liczba wydanych zezwoleń w województwie dolnośląskim na przestrzeni lat 2004-2008.

Tabela 4. Inicjacja alkoholowa w wieku 13 lat lub mniej (w %).

Tabela 5. Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu w układzie województw w 2007 roku (%).

Tabela 6. Liczba ujawnionych przez Policję osób kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu wg województw w 2007 roku.

Tabela 7. Liczba pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w leczeniu odwykowym na przestrzeni lat 2001-2006.

Tabela 8. Struktura płci, wieku i miejsca zamieszkania osób leczonych (w %).

Tabela 9. Lecznictwo odwykowe w zakładach karnych w 2008r.

Tabela 10. Zasoby Województwa Dolnośląskiego na tle Polski w 2007 roku.

Tabela 11. Podmioty odpowiedzialne za realizację zadań na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec dzieci oraz kategorie działań pomocowych.

Tabela 12. Liczba grup pomocowych i samopomocowych działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie w 2007r.

Tabela 13. Zawód osoby odpowiedzialnej za koordynację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w 2007 roku.

Wykres 1. Spożycie 100% alkoholu w litrach w ciągu ostatnich 13 lat. w przeliczeniu na 1mieszkańca na przestrzeni lat 1995-2007

Wykres 2. Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych na przestrzeni lat 1998-2007 (%).

Wykres 3. Liczba butelek wódki, wina lub piwa, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie na przestrzeni lat 1998-2007.

Wykres 4. Porównanie liczby butelek wódki, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie oraz wielkość spożycia 100% alkoholu na przestrzeni lat 2000-2007 w przeliczeniu na 1 mieszkańca.

Wykres 5. Porównanie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz wartości spożycia 100% alkoholu na przestrzeni lat 1998-2007 w przeliczeniu na 1 mieszkańca.

Wykres 6. Porównanie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz wartości spożycia 100% alkoholu na przestrzeni lat 2000-2007 w przeliczeniu na 1 mieszkańca.

Wykres 7. Porównanie odsetka pijących napoje alkoholowe w ilościach rocznie do odsetka konsumowanego alkoholu w ciągu roku. Dane na 2006r.

Wykres 8. Liczba gmin wg wysokości dochodów uzyskanych za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi w przeliczeniu na 1 mieszkańca w zł. w roku 2007.

Wykres 9. Liczba gmin wg wysokości dochodów uzyskanych za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi w roku 2007.

Wykres 10. Wysokość środków czterech gmin miejskich, które osiągnęły najwyższe dochody za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi w roku 2007.

Wykres 11. Picie napojów alkoholowych przez uczniów 3 kl. gimnazjum w 2007r.

Wykres 12. Picie napojów alkoholowych przez uczniów 2 kl. szkół ponadgimnazjalnych w 2007r.

Wykres 13. Częstotliwość picia napojów alkoholowych przez młodzież w okresie ostatnich 30 dni.

Wykres 14. Ocena dostępności piwa przez uczniów.

Wykres 15. Ocena dostępności wina przez uczniów.

Wykres 16. Ocena dostępności wódki przez uczniów.

Wykres 17. Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu w Polsce na przestrzeni lat 2002-2007.

Wykres 18. Liczba ujawnionych przez Policję kierujących pod wpływem alkoholu w Polsce na przestrzeni lat 2002-2007.

Wykres 19. Liczba interwencji domowych dotyczących przemocy w miast w 2007r.

Wykres 20. Odsetek osób przyznających się do brania narkotyków w populacji dorosłych Polaków na przestrzeni lat 1992-2007.

Wykres 21. Porównanie używania poszczególnych substancji przez respondentów w wieku 16-64 lat w czasie 12 miesięcy w latach 2002 i 2006

Wykres 22. Rozpowszechnienie marihuany/haszyszu. Odsetek uczniów, którzy choć raz palili marihuanę lub haszysz.

Wykres 23. Przyjęci do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat 1990-2006 (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców).

Wykres 24. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat 2002-2006, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców.

Wykres 25. Leczeni pierwszorazowo z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych na przestrzeni lat 2002-2006, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców.

Wykres 26. Odsetek przyjętych pacjentów w wieku do 18 lat na przestrzeni lat 2000-2005.

Wykres 27. Środki psychoaktywne używane przez pacjentów (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców).

Wykres 28. Wskaźnik zgonów z powodu przedawkowania narkotyków (na 100 tys. mieszkańców).

Wykres 29. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (%).

Wykres 30. Ranking środków psychoaktywnych wg badanych na przestrzeni lat 1997-2008.

Wykres 31. Ocena respondentów dotycząca ilości osób biorących narkotyki w ciągu ostatnich trzech lat (%).

Wykres 32. Kontakt respondentów z problemem narkomanii na przestrzeni lat 1997-2008 - duże miasta (%).

Wykres 33. Ocena respondentów dotycząca ilości młodzieży używającej środka psychoaktywne w ciągu ostatnich trzech lat (%).

Wykres 34. Stosunek respondentów do problemu narkotyków i narkomanii na przestrzeni lat 1997-2008 (%).

Wykres 35. Zapadalność na AIDS i zakażenia HIV w Polsce oraz przeciętna w krajach UE w latach 1985-2007.

Wykres 36. Zakażenia HIV wg wieku w Polsce w 2007 roku (w %).

Wykres 37. Główne drogi zakażenia HIV w Polsce na przestrzeni lat 1985-2007.

Wykres 38. Porównanie wskaźnika zakażeń HIV wykrytych w poszczególnych województwach w latach 2006 i 2007 na 100 tys. mieszkańców.

Wykres 39. Średnia roczna zapadalność na AIDS w latach 2002-2006 według województw.

Wykres 40. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków na przestrzeni lat 2003-2006 w Polsce (wg daty rozpoznania).

Wykres 41. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV oraz liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2006 wg płci.

Wykres 42. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV oraz liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2006 roku wg wieku.

Wykres 43. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004-2006 (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców; zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).

Wykres 44. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004-2006 (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców; zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania).

Wykres 45. Zasoby województwa dolnośląskiego na tle średniej województw w 2007 roku.