

Wojewódzki Program
Przeciwdziałania Uzależnieniom
na lata 2018 – 2022



Spis treści

1.	Wprowadzenie	4
1.1.	Definicje	6
2.	Regulacje prawne w zakresie uzależnień i finansowanie Programu	9
3.	Diagnoza zachowań problemowych	10
3.1.	Warunki naturalne oraz demografia	11
3.2.	Dostępność substancji psychoaktywnych	12
3.3.	Używanie substancji psychoaktywnych	13
3.3.1.	Alkohol	13
3.3.2.	Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne	15
3.3.3.	Lekomania i uzależnienia jatrogenne	20
3.4.	Uzależnienia behawioralne	22
3.5.	Szkody zdrowotne	24
3.5.1.	Problemy psychiczne	24
3.5.2.	Choroby zakaźne	25
3.5.3.	Zatrucia i zgony z powodu używania substancji psychoaktywnych	28
3.5.4.	FASD	29
3.6.	Szkody społeczne	29
3.6.1.	Bezrobocie wśród osób używających środki psychoaktywne	30
3.6.2.	Bezdomność	30
3.6.3.	Rozwody	30
3.6.4.	Przemoc w rodzinie	31
3.6.5.	Problem eurosieroctwa w kontekście uzależnień	31
3.7.	Szkody prawne	32
3.7.1.	Naruszenia prawa przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych	33
3.8.	Leczenie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego	34
3.8.1.	Dostęp do leczenia	34
3.8.2.	Zgłaszalność do leczenia	36
3.8.3.	Realizacja programu leczenia substytucyjnego	37
4.	Realizacja Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom w latach 2012-2017	38
5.	Cele strategiczne i kierunki działań	39
6.	Monitorowanie Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022	44
7.	Spis wykresów, tabel i map	44
7.1.	Spis wykresów i map	
7.2.	Spis tabel	
8.	Autorzy Programu	45

1. Wprowadzenie

Można powiedzieć, że XXI wiek to czas dynamicznego postępu cywilizacyjnego. Nigdy wcześniej tempo zmian związanych przede wszystkim z rozwojem nauki, technologii, czy gospodarki nie było tak gwałtowne i nie obejmowało jednej generacji. Wraz z tymi przemianami cywilizacyjnymi wzrosło tempo i jakość życia, a konsumpcjonizm stał się utrwaloną postawą. Jednocześnie postęp niesie ze sobą konieczność dostosowania się do zmian, co zwiększa poczucie zagubienia jednostki, wywołuje stres i niechciane negatywne emocje. Wraz z rozwojem gospodarczym i ekonomicznym wzrasta chęć coraz szybszego zaspokajania potrzeb poprzez poszukiwanie szybkiej gratyfikacji i natychmiastowych przyjemności, a co za tym idzie zwiększa się trudność w kontroli impulsów. Coraz więcej naszych zachowań, nabierając charakteru przymusowego, przepadają się niejednokrotnie w nałogi czynnościowe – niesubstancyjne. Obserwuje się wzrastającą potrzebę ucieczki od wyzwań stawianych przez społeczeństwo – ucieczki w najłatwiej i najszybciej osiągalną przyjemność, czy chwile zapomnienia – w narkotyki, alkohol, leki, seks, gry komputerowe czy hazard. Okazuje się zatem, że narkomania, czy czynności nałogowe – podobnie jak inne patologie społeczne – są jednym z negatywnych następstw gwałtownie postępujących zmian społecznych.

Od lat Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, CBOS, Policja oraz inne instytucje badawcze opracowują dane statystyczne, które ujawniają niepokojące zjawiska związane z uzależnieniami. Niektórzy badacze mówią nawet o tym, że mamy w Polsce do czynienia z „epidemią problemów narkotykowych”: wzrostem podaży narkotyków, obniżaniem się wieku eksperymentujących narkotykowo, narastaniem przestępczości narkotykowej, destygmatyzacją marihuany, zwiększającą się liczbą środków, które umownie określamy jako paranarkotyki. Z jednej strony rośnie liczba młodych osób deklarujących osobisty kontakt z narkotykami, z drugiej zaś na polski rynek trafia coraz więcej silnych narkotyków – zwłaszcza kokainy i amfetaminy. Poszerza się także pole eksperymentów z silnymi lekami i nowymi substancjami (benzodiazepiny, DXM, mefedron)¹.

Specyfika problemów wynikających z uzależnień polega na tym, że niosą ze sobą różnorakie szkody. Począwszy od jednostkowych szkód zdrowotnych zarówno somatycznych, jak i psychicznych (np. infekcje, zatrucia organizmu, zaburzenia i choroby psychiczne, czy nawet zgony) poprzez społeczne (osłabienie i rozpad więzi rodzinnych, współuzależnienie, przemoc w rodzinie, niewypełnianie ról społecznych, bezrobocie, wykluczenie społeczne, długi, czy Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych), kończąc na konfliktach z prawem (nietrzeźwość w miejscach publicznych, wypadki drogowe, przestępczość, prostytutka, itd.). To tylko niektóre z występujących negatywnych następstw nałogów, jednak już one pokazują skalę zjawiska i konieczność zapobiegania mu.

Mając na uwadze zmiany w prawie oraz rozpowszechnianie się nowych zachowań nałogowych i obserwując ich destruktywne oddziaływanie na społeczeństwo Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego podejmuje się aktualizacji *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012-2020*. Zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom realizowane przez Samorząd Województwa ujęte zostaną w **Wojewódzkim Programie Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018 – 2022**, zwanym dalej *Programem*, stanowiącym część Strategii Województwa Zachodniopomorskiego w Zakresie Polityki Społecznej.

1. Mariusz Jędrzejko, Człowiek i uzależnienia. Współczesne zaburzenia wychowawcze i patologie społeczne, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2010

Program odnosi się do problemów interdyscyplinarnych, tj. tych, do których konieczna jest współpraca wielu organizacji i instytucji. Przy tworzeniu Programu uwzględniono kryteria określone w NARODOWYM PROGRAMIE ZDROWIA NA LATA 2016-2020, który określa cele strategiczne, cele operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa.

Celem głównym *Programu* jest: **„Ograniczenie problemów społecznych i zdrowotnych związanych z użytkowaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”**. Założenia dokumentu obejmują kwestie:

- Uświadomienia społeczeństwu skutków i zagrożeń związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych (narkotyków, leków, paronarkotyków, alkoholu) oraz po raz pierwszy również zachowań nałogowych;
- Stworzenia odpowiednich działań profilaktycznych i terapeutycznych w kontekście uzależnień od substancji, jak i uzależnień behawioralnych;
- Redukcji szkód o charakterze rodzinnym, społecznym i zdrowotnym, związanych z wyżej wymienionymi zachowaniami problemowymi;
- Doskonalenia zawodowego służb społecznych i osób pracujących z uzależnionymi oraz ich rodzinami;
- Monitorowania i badania problemów związanych z uzależnieniami.

W dokumencie zawarta jest diagnoza sytuacji wynikających z używania substancji psychoaktywnych oraz po raz pierwszy uzależnień behawioralnych, prezentacja podejmowanych dotychczas działań w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom, jak również cele i strategia na lata 2018-2022.

Środki finansowe na realizację Programu pochodzą z dochodów uzyskiwanych przez Województwo Zachodniopomorskie z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, zgodnie z art. 9³ ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2018 r., poz. 1030, z późn. zm.).

Odbiorcami Programu są mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego, szczególnie:

- dzieci i młodzież, w tym m.in. z grup podwyższonego ryzyka, ze środowisk zagrożonych z powodu dysfunkcji lub sytuacji społeczno-psychologicznej, a także ich rodzice i opiekunowie,
- osoby dorosłe z grup ryzyka,
- rodziny, w których występuje problem uzależnień,
- osoby uzależnione od środków psychoaktywnych i członkowie ich rodzin,
- osoby zagrożone uzależnieniem,
- osoby zajmujące się przeciwdziałaniem uzależnieniom i pomocą osobom i rodzinom z problemem uzależnienia,
- podmioty publiczne, społeczne i prywatne działające w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

Realizatorem *Programu* jest Wydział Współpracy Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego. Partnerami w realizacji *Programu* są osoby fizyczne i prawne realizujące zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

1.1. Definicje

Środki psychoaktywne są to substancje chemiczne, których zażywanie powoduje zmiany samopoczucia oraz zniekształcenie odbioru otaczającej rzeczywistości. Środki psychoaktywne oddziałują na centralny układ nerwowy bezpośrednio wpływając na funkcje mózgu. Próba jednoznacznego zdefiniowania substancji psychoaktywnych jest niezwykle trudna. Podobnie rzecz się ma z podziałem na grupy substancji.

W *Programie* odwołujemy się do klasyfikacji substancji psychoaktywnych według Marca A. Schuckita²:

- Depresanty ośrodkowego układu nerwowego, tj. substancje psychoaktywne o działaniu tłumiącym, hamującym lub zmniejszającym przejawy aktywności OUN. Do tej grupy należą: alkohol, barbiturany, benzodiazepiny, kwas γ -hydroksymastowy (GHB).
- Stymulanty albo stymulatory OUN – substancje psychoaktywne pobudzające czynność OUN. Jest to duża grupa narkotyków, której najważniejszymi przedstawicielami są: amfetamina, metamfetamina, kokaina, narkotyki zmodyfikowane o działaniu amfetaminopodobnym.
- Opioidy, do których należą: opiaty, czyli alkaloidy maku (morfina, kodeina), półsyntetyczne analogi opiatów (np. heroina), narkotyki zmodyfikowane o działaniu opiatopodobnym (np. fentanyl).
- Kannabis – preparaty otrzymany z konopi indyjskich: marihuana, haszysz, olej haszyszowy.
- Środki halucynogenne (halucynogeny) – narkotyki, których dominującym efektem działania na organizm są halucynacje (omamy). To m.in.: lizergid (LSD), meskalina, psylocyna, a także tzw. narkotyki zmodyfikowane o działaniu halucynogennym (psychomimetyczne amfetaminy).
- Inhalanty, czyli wziewne środki odurzające: propan, butan, toluen, benzyna, aerozole, spraye.
- Inne narkotyki, które nie mieszczą się w żadnej z wymienionych grup: fencyklidyna, etamina.

Środek zastępczy, NSP (nowa substancja psychoaktywna), tzw. dopalacz, paranarkotyk – produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa.

Używanie szkodliwe – zgodnie z międzynarodową klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 przez pojęcie używania szkodliwego rozumiane jest używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi. Uzależnienie jest postępującym procesem chorobowym polegającym na zdominowaniu psychiki, a często również fizjologii człowieka przez pragnienie zażycia substancji psychoaktywnej, bądź wykonania czynności uznanej za nagradzającą. W początkowej fazie stosowanie środków uzależniających przynosi ogromną satysfakcję (pobudzają one obszary mózgu odpowiedzialne za doznawanie przyjemności), jednak wraz z rozwojem choroby człowiek zaczyna potrzebować ich, aby funkcjonować na normalnym poziomie, zaś abstynencja powoduje znaczne cierpienie. Można uzależnić się od wszystkiego,

2. Marck A. Schuckit, Drug and Alcohol Abuse, 2006

co aktywnie wpływa na nasz mózg. Każde zachowanie, które pozwala uzyskać nagrodę lub uniknąć psychicznego dyskomfortu, może przekształcić się w przymus, może nas uzależnić.

Wielość czynników wpływających na powstanie uzależnienia doprowadziła do powstania umownego podziału na **uzależnienia chemiczne i niechemiczne**. Do uzależnień chemicznych badacze zaliczają: alkoholizm, lekomanie, dopalacze, sterydomanię (coraz częściej wyodrębnia się ją z narkomanii jako bigoreksję), narkomanię i nikotynizm. Do uzależnień niechemicznych zaliczane są wszelkie inne nałogowe zachowania człowieka, wśród których najczęściej wymieniane są: patologiczny hazard, uzależnienie od jedzenia, uzależnienie od pracy, komputera i gier komputerowych, od Internetu, telefonu komórkowego, od zakupów, uzależnienie od człowieka, tanoreksja, czy uzależnienie od seksu. Repertuar zachowań, od których człowiek może się uzależnić, jest o wiele szerszy.

Uzależnienia behawioralne (nałogi behawioralne) – to zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, które wiążą się z odczuwaniem przymusu i brakiem kontroli nad wykonywaniem określonej czynności oraz kontynuowaniem jej mimo negatywnych konsekwencji dla jednostki oraz dla jej otoczenia. Formalnie, do grupy tych zaburzeń możemy zaliczyć jedynie zaburzenie uprawiania hazardu, natomiast nieformalnie – szereg zachowań, które stanowią przejaw patologii ze względu na intensywność ich podejmowania (i na konsekwencje, jakie ponosi jednostka), a nie sam fakt angażowania się w nie. To właśnie odróżnia tzw. uzależnienia behawioralne od zachowań problemowych czy ryzykownych, do których możemy zaliczyć np. porzucanie szkoły³. Zatem, poza uprawianiem hazardu, do tzw. uzależnień behawioralnych należą również zachowania przystosowawcze, np. robienie zakupów czy uprawianie ćwiczeń fizycznych, jeśli wykonywane są kompulsywnie i niosą negatywne konsekwencje dla jednostki i jej otoczenia. Termin „uzależnienia behawioralne” oficjalnie nie funkcjonuje w żadnej klasyfikacji chorób i zaburzeń, tj. ani w ICD 10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, ang. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), ani w DSM-IV (Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Osoba uzależniona – osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji.

Osoba zagrożona uzależnieniem – osoba, u której zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza duże prawdopodobieństwo powstania uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych, albo osoba sporadycznie używająca środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.

FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, rozumie się przez to niediagnostyczny termin opisujący problemy zdrowotne i zaburzenia zachowania wynikające z uszkodzenia mózgu płodu przez alkohol.

Uzależnienia jatrogenne w medycynie – to taki rodzaj uzależnienia, które jest efektem działań lekarzy i personelu medycznego. Jest następstwem, powikłaniem po ich działaniach (najczęściej nieprawidłowych). Zagrożoną populacją są osoby cierpiące na zaburzenia lękowe i bezsenność, których uzależnienie ma charakter jatrogeny. Jest to skutek nieprzestrzegania zasad leczenia pochodnymi benzodiazepiny (małe dawki, ograniczony czas leczenia, mała znajomość alternatywnych metod terapii, nieuleganie naciskom pacjenta, preferowanie pochodnych benzodiazepiny o dłuższym czasie działania). Do uzależnienia tego typu może również dojść w sytuacji stosowania opioidowych leków przeciwbólowych.

Profilaktyka uniwersalna⁴ ma na celu przeciwdziałanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych (zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej) poprzez dostarczanie odpowiedniej informacji oraz wzmacnianie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka. Działania te dotyczą zagrożeń rozpowszechnionych, takich jak np. używanie substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol) czy przemoc. Odbiorcy działań profilaktyki uniwersalnej to ogół populacji, np. dzieci i młodzież szkolna, społeczność lokalna. Grupy, do których są kierowane działania profilaktyki uniwersalnej nie są uprzednio diagnozowane pod względem poziomu ryzyka zachowań problemowych, więc w obrębie grupy poszczególne jednostki mogą się różnić stopniem zagrożenia i rodzajem czynników ryzyka.

Profilaktyka selektywna⁵ ma na celu zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych. Cele te mogą być osiągnęte między innymi poprzez ograniczanie czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym, poprawę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, kształtowanie adekwatnych przekonań normatywnych dotyczących narkotyków, promocję postaw prozdrowotnych oraz wspieranie rodzin w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem narkotyków przez dziecko.

Odbiorcy działań profilaktyki selektywnej są to jednostki lub grupy, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego.

Profilaktyka wskazująca są to działania kierowane do jednostek, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych, w związku z uwarunkowaniami biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi.

Odbiorcami profilaktyki wskazującej są jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub NSP, bądź dotknięte problemami wynikającymi z uzależnień behawioralnych, ale jeszcze niespełniające kryteriów diagnostycznych uzależnienia, a także wskazujące na symptomy innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych.

4. <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105808>, [6 czerwca 2017 r.]

5. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051791485>, [6 czerwca 2017 r.]

2. Regulacje prawne w zakresie uzależnień i finansowanie *Programu*

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r., poz. 487, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r., poz. 783, z późn. zm.) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego odpowiada za koordynację przygotowania i realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018 – 2022. Analogicznie do przyjętej Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego podmiotem programowania na poziomie regionalnym jest społeczność województwa. W realizację Programu angażowane będą podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, m.in. instytucje, urzędy administracji rządowej i samorządowej wszystkich szczebli, agencje, organizacje pozarządowe, ośrodki naukowo-badawcze, instytucje oświaty, kultury, zdrowia i opieki społecznej, a także poszczególni obywatele.

Podstawy prawne *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018 – 2022*:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r., poz. 913, z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r., poz. 487, z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r., poz. 783, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237).
5. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2018 r., poz. 450, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938, z późn. zm.) .
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. poz.1492).
9. Uchwała nr 1470/16 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 13 września 2016 roku w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka sektorowa na rzecz Kapitału oraz spójności społecznej w Województwie Zachodniopomorskim”.
10. „Region dla rodziny” Wojewódzki program wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej na lata 2014-2020.
11. Uchwała Nr 245/16 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 17 lutego 2016 roku w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2016 -2020.

Przy tworzeniu *Programu* uwzględniono kryteria określone w NARODOWYM PROGRAMIE ZDROWIA NA LATA 2016-2020, który określa cele strategiczne, cele operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. W ramach NPZ 2016-2020 realizowane są: Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, które planują działania profilaktyczne i edukacyjne, zwiększanie dostępności do leczenia osób uzależnionych, poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnień, badania naukowe oraz monitorowanie sytuacji epidemiologicznej związanej z uzależnieniami. Celem tych działań jest zmniejszenie

obciążenia społeczeństwa problemami zdrowotnymi wynikającymi ze szkodliwego stosowania substancji psychoaktywnych oraz z uzależnień, w tym behawioralnych. Realizacja zadań opiera się na doświadczeniu m. in. Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Środki finansowe na realizację *Programu* pochodzą z dochodów uzyskiwanych przez Województwo Zachodniopomorskie z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, zgodnie z art. 93 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 roku, poz. 487, z późn. zm.).

Ponadto dopuszcza się możliwość realizacji projektów z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień współfinansowanych z innych źródeł oraz współfinansowanie działań realizowanych wspólnie z partnerami *Programu*.

Dla realizacji *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018 – 2022* przyjęto horyzont czasowy do 2022 roku.

3. Diagnoza zachowań problemowych

Celowość stworzenia *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018 – 2022* zostanie wykazana poprzez analizę danych statystycznych z badań krajowych, jak i lokalnych.

Dane pochodzą z różnych źródeł m.in.: CBOS, Europejskiego Raportu Narkotykowego-2016 wydane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, GUS, czy GIS.

Z kolei, jeśli chodzi o problem używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w Polsce (papierosy, alkohol, narkotyki, „dopalacze”), rzetelnym źródłem informacji o natężeniu tego problemu są badania ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*), prowadzone od 1995 roku, cyklicznie, co 4 lata. Najnowsze wyniki badania ESPAD pochodzą z 2015 i zostały one zrealizowane przez Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, przy współpracy Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15 - 16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17 - 18 lat).

3.1. Warunki naturalne oraz demografia

Województwo zachodniopomorskie⁶ od 1 stycznia 1999 roku jest jedną z szesnastu wojewódzkich jednostek administracyjnego podziału kraju. Położone jest w północno-zachodniej części Polski i obejmuje swym zasięgiem 114 gmin i 21 powiatów, w tym 3 grodzkie (miasta na prawach powiatu) i 18 ziemskich. Jest to piąty co do wielkości region Polski, o powierzchni 22,9 tys. km², i jedenasty pod względem liczby 1 710 482 mieszkańców⁷, którzy w większości zamieszkują w miastach (wysoki odsetek 70% mieszkańców miast sytuuje zachodniopomorskie na trzecim miejscu pod względem zurbanizowania). Od zachodu graniczy z Niemcami, od północy – przez Morze Bałtyckie – ze Szwecją i Norwegią, od wschodu z województwem pomorskim i od południa z województwami lubuskim i wielkopolskim. Stolicą województwa jest Szczecin.



Mapa 1.
Województwo zachodniopomorskie z podziałem na powiaty

Źródło: www.pl.wikipedia.org
Skarabeusz, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=9499500>

6. <http://bjp.rbp.wzp.pl/arttykul/województwo-zachodniopomorskie>, [6 czerwca 2017 r.]

7. <http://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/rankingi-statystyczne/ludnosc-wedlug-województw>, [6 czerwca 2017 r.]

Problem uzależnień, a w szczególności uzależnień od narkotyków i dopalaczy w województwie zachodniopomorskim w znacznej mierze uwarunkowany jest przez specyfikę położenia geopolitycznego tego regionu. Do najbardziej kluczowych można zaliczyć następujące czynniki:

- Charakter tranzytowy województwa;
- Charakter portowo-turystyczny województwa;
- Położenie przygraniczne – krzyżowanie się szlaków narkotycznych północ-południe i wschód-zachód i dokonywanie transakcji na miejscu;
- Wzmożony ruch społeczny i anonimowość jego uczestników – dzięki wejściu do Strefy Schengen;
- Wysoki wskaźnik zjawisk patologicznych zwiększających natężenie ryzykownych zachowań i zagrożeń zdrowotnych: prostytutka przygraniczna, przemyt, handel ludźmi, przestępczość zorganizowana;
- Bezrobocie i ubóstwo wynikające z zamknięcia dużych zakładów produkcyjnych w województwie;
- Ośrodki akademickie w Szczecinie i Koszalinie - zażywanie narkotyków przez studentów;
- Niedoinformowanie społeczeństwa o zasobach województwa w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień;
- Niewystarczająca liczba placówek pomocowych.

3.2. Dostępność substancji psychoaktywnych

W Polsce obowiązuje podział substancji psychoaktywnych na **legalne i nielegalne**. Do legalnych zaliczamy alkohol, papierosy oraz leki. W przypadku dwóch pierwszych substancji obowiązują pewne regulacje prawne (dotyczące możliwości legalnego ich kupowania oraz spożywania dopiero po ukończeniu 18. roku życia). Natomiast leki dzielimy na dostępne bez recepty i reglamentowane. Do nielegalnych zaliczamy narkotyki i tzw. dopalacze. Pierwsza grupa substancji ze względu na legalność jest ze zrozumiałych względów najbardziej dostępna. Nie dziwi zatem fakt, że najbardziej dostępny jest alkohol. Wskaźnikiem dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych jest liczba butelek poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych, które można nabyć za średnie miesięczne wynagrodzenie. Według sprawozdania PARPA w 2014 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie pozwalało na zakup 175 butelek o objętości 0,5 l wódki 40%, 394 butelek 0,75 l wina białego wytrawnego gronowego oraz 1323 butelki 0,5 l piwa jasnego pełnego. W roku 2001 liczby te wynosiły odpowiednio: 88, 220 i 772. Jednocześnie, według GUS, w 2014 r. miesięczne wydatki gospodarstw domowych na napoje alkoholowe w przeliczeniu na osobę wynosiły 13,06 zł. Dostępność sklepów z alkoholem w Polsce jest bardzo wysoka. W 2014 r. ważnych było 328 519 zezwoleń na sprzedaż alkoholu. Oznaczało to, że na jeden punkt sprzedaży alkoholu przypadają 273 osoby (380 osób przypada na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych o mocy powyżej 18%). Wskaźnik ten znacznie przekracza normy sugerowane przez WHO jako pożądane: co najwyżej 1000 osób na jeden punkt sprzedaży. Od 2009 r. liczba tych punktów wzrosła o 27. Z najnowszych danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w naszym regionie na jeden sklep monopolowy przypada 205 osób. Są gminy, gdzie na jeden sklep przypada kilkunastu mieszkańców.

Z badań ogólnopolskich wynika niepokojące zjawisko nadmiernego używania leków bez porozumienia z lekarzem, nierzadko w celach odurzenia się. Z badań ESPAD 2015 wynika,

iz w Polsce występuje wysoki poziom dostępności do leków uspokajających i nasennych. Ponad jedna czwarta badanych uznała je za dosyć łatwe do zdobycia.

Kolejną substancją, którą badani uznali za łatwą do zdobycia, jest marihuana lub haszysz. Ze zdobyciem ich nie miałyby problemu 18,5% badanych w populacji generalnej oraz 24,8% badanych gimnazjalistów. Rozkład odpowiedzi na pytanie o stopień łatwości zdobycia poszczególnych substancji wśród młodych ludzi zawarty został w poniższej tabeli.

Tabela 1. Ocena dostępności poszczególnych substancji

Substancja	Populacja	Nieemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Leki	Populacja generalna	10,7	11,7	15,6	28,7	12,7	20,5
	III klasy gimnazjum	15,5	8,3	12,6	25,7	25,1	12,8
Marihuana lub haszysz	Populacja generalna	22,3	13,4	10,6	18,5	9,1	26
	III klasy gimnazjum	19,0	12,7	16,0	24,8	15,2	12,4
Amfetamina	Populacja generalna	26,9	13,9	9,2	12,1	4,5	33,4
	III klasy gimnazjum	31,9	17,1	14,5	11,6	6,3	20,6
„Dopalacze”	Populacja generalna	22,1	11,8	7,0	18,8	8,6	31,4
	III klasy gimnazjum	24,8	11,0	12,9	19,2	16,0	16,1
Piwo	Populacja generalna	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d
	III klasy gimnazjum	4,5	3,7	7,4	31,2	47,6	5,7

Źródło: ESPAD 2015, CBOS

3.3. Używanie substancji psychoaktywnych

3.3.1 Alkohol

Alkohol to substancja psychoaktywna po którą Polacy sięgają najczęściej. Poziom spożycia alkoholu w populacji przedstawiany jest najczęściej za pomocą wskaźnika spożycia stuprocentowego alkoholu na osobę (100% alkoholu). Zgodnie z danymi Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) spożycie 100% alkoholu per capita w Polsce w 2016 r. wynosiło 9,37 l. Z wyszczególnieniem: w roku 2016 spożycie w litrach na jednego mieszkańca wyrobów spirytusowych (100% alkoholu) - 3,2, Wino i miody pitne- 5,8. Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol - 0,70, Piwo - 99,5. Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol - 5,47.

Dane wskazują, że w strukturze spożycia, w podziale według typu napoju przeważa piwo. Na drugim miejscu plasują się napoje spirytusowe, następnie wino. Wyniki badania sugerują, że w ostatnich latach piwo znacznie zwiększyło swój udział w strukturze spożycia alkoholu w naszym kraju. Ogólna średnia liczba dni, w których pito jakikolwiek napój alkoholowy wynosi 52. Można zatem powiedzieć, że przeciętny konsument alkoholu pije średnio co 7 dni, czyli raz na tydzień. Ta średnia częstotliwość przybiera różne wartości dla poszczególnych napojów alkoholowych. Najczęściej pije się piwo, konsumenci tego trunku piją go także średnio co 7 dni. Konsumenci wina sięgają po ten napój rzadziej, bo średnio co 30 dni. Wódkę natomiast pije się średnio co 24 dni. Picie nadmierne oraz abstynencja wiążą się w sposób istotny statystycznie z przynależnością społeczno-zawodową. Najwyższy udział abstynentów notuje się wśród rolników, a następnie wśród pracowników fizycznych. Najwyższe rozpowszechnienie picia nadmiernego trzeba odnotować w grupie osób z rodzin pracowników fizycznych oraz pracowników umysłowych. Najniższe rozpowszechnienie występuje wśród osób z rodzin przedsiębiorców.

Od wielu lat obserwuje się rosnącą liczbę bardzo młodych ludzi sięgających po alkohol. Picie alkoholu staje się dla nich formą nie tylko eksperymentu, ale sposobem na spędzanie wolnego czasu. Ilość wypitego alkoholu ma doprowadzić nie tylko do stanu upojenia, ale wręcz do całkowitego odurzenia.

W maju i czerwcu 2015 r. w ramach międzynarodowego projektu: European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badanie ankietowe na losowej próbie reprezentatywnej uczniów trzecich klas szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) naszego kraju. Ważona próba ogólnopolska liczyła 3526 uczniów trzecich klas szkół gimnazjalnych oraz 2770 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, chociaż w sumie zebrano 25982 ankiet.

Z badań ESPAD wynika, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 84% uczniów z młodszej grupy i 96% uczniów ze starszej grupy. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 49% piętnasto-, szesnastolatków i 82% siedemnasto-, osiemnastolatków. Porównanie wyników badania z 2015 r. z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy rozpowszechnienia picia wśród gimnazjalistów, zapoczątkowany w 2007 r. Wcześniej obserwowano tendencję wzrostową. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród młodzieży jest piwo, a najmniej – wino.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z piciem alkoholu. O poziomie ryzyka, według ocen respondentów, w znacznym stopniu decyduje wzór picia. W 2015 r. odnotowano zahamowanie tendencji spadkowej traktowania picia alkoholu, jako zachowania bardzo ryzykownego.

Upijanie się

Pytanie o częstość upijania się zadano po raz pierwszy w 2003 roku. Z najnowszego sondażu CBOS z 2016⁸ roku wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 44% uczniów (w roku 2013 -45%). Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, wyniósł 8% (w 2013 roku - 11%).

Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (46%) niż dziewczęta (42%). W roku 2016 upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (52%, w roku 2013 – 59%). W publicznych liceach ogólnokształcących do upicia się w ciągu miesiąca przed badaniem przyznało się 46% ankietowanych, a w technikach – 40%. Widoczne jest także zróżnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upija się więcej uczniów słabych (dwójkowych i trójkowych – 49%) niż tych, którzy uzyskują lepsze oceny (czwórkowi – 41%, piątkowi i szóstkowi – 33%). W ostatnim badaniu trudno jest uchwycić związek między wykształceniem rodziców, a upianiem się dzieci.

W grupie młodzieży z rodzin uboższych w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 40% uczniów, natomiast wśród badanych deklarujących dobrą sytuację materialną – 44%. Trudno odnotować zależności między miejscem zamieszkania oraz pracą rodziców za granicą a częstością upijania się.

Z badań ESPAD 2015 wynika iż wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, 13% uczniów z młodszej kohorty i 20% ze starszej grupy wiekowej chociaż raz upiło się w takim stopniu, że doświadczało zaburzeń równowagi, mowy lub nie pamiętało, co się z nimi działo.

8. Raport Młodzież, CBOS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2016

Z analizy porównawczej wynika, że zauważalna jest minimalna tendencja spadkowa wśród młodzieży jeśli chodzi o sięganie po alkohol. Jednak nadal wśród substancji psychoaktywnych, spożywanie alkoholu plasuje się na pierwszym miejscu w Polsce. Na tle innych województw młodzież z naszego rejonu plasuje się **na pierwszym miejscu** jeśli chodzi o rozpowszechnione picie napojów alkoholowych wśród uczniów z trzecich klas gimnazjów – **88,5%**. (ESPAD2015). Najwyższe odsetki picia wśród uczniów trzecich klas gimnazjów w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem również odnotowano w województwie zachodniopomorskim. Najwyższe odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, mających doświadczenia z piciem w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, odnotowano w województwie świętokrzyskim (55,8%). Rozpowszechnienie picia w województwie zachodniopomorskim było około 1,5 punktu procentowego niższe.

Silne upijanie się kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem przez uczniów z III klas szkół gimnazjalnych było najbardziej rozpowszechnione znów w województwie zachodniopomorskim. Natomiast najniższe odsetki odnoszące się do tych samych wskaźników odnotowano w województwie małopolskim (29,8% w przypadku upijania się kiedykolwiek w życiu i 29,8% w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem).

3.3.2. Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne

Obraz współczesnej narkomanii jest zupełnie odmienny od problemów, z jakimi mieliśmy do czynienia w latach 80. i 90. XX wieku czy nawet na początku tej dekady. To, co najbardziej uderzające to fakt, że w ostatnim czasie identyfikowane są coraz liczniejsze grupy środków psychoaktywnych, z których część wywołuje przy dłuższym używaniu lub przedawkowaniu nieodwracalne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym.

Wyraźne zmiany można zaobserwować w 5 aspektach:

1. Zmiana podaży narkotyków: z 4-6 najbardziej popularnych substancji, ich liczba wzrosła do co najmniej kilkudziesięciu.
2. Olbrzymi rynek nowych substancji lub ich prekursorów z nienadążającym za nim prawem, a co za tym idzie z ich legalnością i dostępnością za pośrednictwem Internetu. Są to m.in. syntetyczne kannabinoidy, syntetyczne katynony, fenetylaminy, opioidy, tryptaminy, benzodiazepiny, aryloalkilaminy oraz liczne inne substancje. W 2015 r. po raz pierwszy wykryto 98 nowych substancji, a co za tym idzie liczba monitorowanych substancji wzrosła do ponad 560, z czego 380 (70%) odkryto w ciągu ostatnich 5 lat.
3. Obraz narkomana – nie jest to już tylko wykluczony społecznie „kompotowiec”, ale nastolatek, czy dorosły wypełniający swoje role społeczne, zawodowe.
4. Destygmatyzacja tzw. miękkich narkotyków – głównie przetworów konopi i coraz więcej ruchów zwolenników legalizacji marihuany.
5. Gwałtowny wzrost uzależnień od dopuszczonych do obrotu substancji (leki, suplementy diety).

Do tej pory największe zagrożenie narkotykowe występowało w pokoleniu 18-25 lat. W tej grupie wiekowej odnotowujemy najwyższy stopień deklaracji kontaktu z narkotykiem, zgłoszeń do poradni uzależnień oraz ośrodków rehabilitacyjnych. W ostatnich latach jednak pojawiły się 2 nowe trendy:

- Poszerzenie się liczby osób mających kontakt z narkotykami w grupie wiekowej powyżej 35 lat;
- Wysoki stopień gimnazjalistów mających za sobą pierwsze eksperymenty z narkotykami (czyli obniżenie się inicjacji narkotykowej do 12/13 roku życia).

Szacuje się, że niewiele ponad jedna czwarta mieszkańców Unii Europejskiej w wieku od 15 do 64 lat⁹, a więc ponad 88 mln osób dorosłych, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Używanie substancji psychoaktywnych częściej deklarują mężczyźni (54,3 mln) niż kobiety (34,8 mln). Najczęściej używanymi narkotykami są przetwory konopi indyjskich (używa ich 51,5 mln mężczyzn i 32,4 mln kobiet), zaś odsetki eksperymentalnego zażywania kokainy (11,9 mln mężczyzn i 5,3 mln kobiet), MDMA (9,1 mln mężczyzn i 3,9 mln kobiet) oraz amfetaminy (8,3 mln mężczyzn i 3,8 mln kobiet) są niższe.

Wyniki badań populacji generalnej CBOS z 2015 r.¹⁰ wskazują, iż najbardziej popularnymi wśród badanych substancjami są marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z tą substancją psychoaktywną kiedykolwiek w życiu przyznało się 16,3% badanych. Pozostałe substancje są o wiele rzadziej używane. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia odnotowujemy amfetaminę i ekstazy (po 1,7%), a dalej kokainę (1,4%) oraz „dopalacze” i LSD (po 1,3%). Do używania grzybów halucynogennych przyznało się 1,1%. Konsumpcja pozostałych substancji nie przekroczyła poziomu 1,0%. Do używania jakiegokolwiek narkotyku przyznało się 16,4% badanych.

Badani w przeważającej większości dostrzegają ryzyko szkód związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Tylko bardzo nieliczni stwierdzają, że ich używanie nie pociąga za sobą żadnego ryzyka. Stosunkowo najwięcej takich odpowiedzi padło przy paleniu papierosów „od czasu do czasu” oraz przy próbach z marihuaną. Jednak regularne palenie tytoniu w ilości co najmniej jednej paczki dziennie traktowane jest jako bardzo ryzykowne. Przy ocenie ryzyka związanego z różnymi stylami picia napojów alkoholowych, za najbardziej niebezpieczny badani uznali częste picie w dużych ilościach. Na drugim miejscu pod względem ryzyka znalazł się wzór picia polegający na częstym, tzn. prawie codziennym piciu małych ilości, a dopiero na trzecim wzór picia większych ilości, ale jeden lub dwa razy w czasie weekendu.

Zdecydowana większość respondentów (ponad 91%) traktuje narkomana jako osobę chorą.

W latach 1992–2003 liczba uczniów, którzy używali narkotyków w ciągu ostatniego roku, systematycznie rosła (z 5% do 24%). W roku 2008 odsetek osób deklarujących kontakt z narkotykami zmniejszył się do 15%. Od tego roku odnotowujemy niewielki wzrost do 18% w 2013 roku. Ostatni pomiar to załamanie tendencji wzrostowej, ponieważ odsetek wyniósł 17%.

Wyniki badania wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych, niż legalnych, szczególnie alkoholu i tytoniu. Większość badanych nigdy po substancje nielegalne nie sięgała. Wśród tych, którzy mają za sobą takie doświadczenia większość stanowią osoby, które co najwyżej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. Aktualnie, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, także stawia przetwory konopi na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2016 marihuanę i haszysz zażywał co piąty uczeń (21%, w 2013 roku 23%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2013 roku 9%). Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Do przyjmowania takich substancji „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2016 roku 42% badanych, co oznacza niewielki wzrost o 2 punkty procentowe w stosunku do roku 2013.

9. Europejski Raport Narkotykowy. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2016

10. Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych. CBOS 2015.

Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2008 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 7%. Odsetki badanych, którzy sięgali po ecstazy wyniosły 4% (w 2013: 3%) badanych deklarujących eksperymentowanie z nią, a w ciągu ostatniego roku 1% (w roku 2008 – 3%, w 2010 i 2013 – 1%), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% we wszystkich pomiarach.

Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” jest niższe niż przetworów konopi. W przypadku „dopalaczy” odnotowujemy spadek używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami jest na takim samym poziomie jak w 2008 roku: 3,5%. W ciągu ostatniego roku używało „dopalaczy” 1%, badanych w ciągu ostatniego miesiąca również 1%. Wśród gimnazjalistów 10,3%, a wśród starszych uczniów 12,6% używało kiedykolwiek tych substancji. Odsetek gimnazjalistów, którzy sięgali po „dopalacze” w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wyniósł 4,3%. W starszej kohorcie takich uczniów było 3,0%.

Przyjrzyjmy się wynikom wcześniejszych trzech pomiarów z 2008, 2010 i 2013 r. Według deklaracji z roku 2008, po „dopalacze” sięgnęło „kiedykolwiek w życiu” 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z „dopalaczami” w ciągu roku poprzedzającego badanie z roku 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). Rok 2010 to był okres działania ponad 1300 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z „dopalaczami” „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni” wyniósł natomiast 1%. Analizując dane socjodemograficzne z badania w 2016 roku można spróbować wyróżnić grupy, gdzie poziom używania „dopalaczy” jest wyższy od średniej. Częściej po te substancje sięgają chłopcy (5%) niż dziewczęta (3%). Najwyższy odsetek odnotowano w zasadniczej szkole zawodowej (6%) oraz w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (6%).

Rzadziej zdarza się przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza. Zażywanie leków deklaruje obecnie co piąty uczeń (20%, w 2013 roku 19%), takie doświadczenia, chociaż raz w życiu, stały się udziałem 17,0% uczniów z młodszej kohorty i 17,9% ze starszej kohorty. Sięganie po te leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

W obszarze oceny ryzyka związanego z używaniem substancji obserwowaliśmy spadek odsetka badanych przypisujących używaniu marihuany lub haszyszu duże ryzyko. Ten niekorzystny trend w 2015 r. uległ zahamowaniu. Odsetek przypisujących duże ryzyko regularnemu używaniu przetworów konopi nawet wzrósł.

Na tle Polski młodzież z województwa zachodniopomorskiego wypada znacznie gorzej. Analiz szczegółowych w podziałach na województwa jest znacznie mniej, oprzemy się tu na badaniach porównawczych ESPAD z 2015 roku.

Tabela 2. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu

Poziom klasy		zachodnio-pomorskie	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	śląskie
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	33,5	30,5	19,9	27,8	20,0	23,1
	Substancje wziewne	8,9	11,0	9,4	16,4	9,6	11,5
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,3	15,0	15,4	21,1	15,7	16,1
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	7,8	7,5	6,1	12,0	6,2	6,4
	Amfetamina	7,7	4,7	4,7	11,7	3,4	3,6
	Metamfetamina	3,7	3,4	3,0	10,5	2,4	2,0
	LSD lub inne halucynogeny	4,9	4,0	5,1	10,5	3,9	4,1
	Crack	2,5	1,3	2,8	6,2	1,6	1,4
	Kokaina	5,2	4,0	4,8	10,5	2,8	2,8
	Relevin	1,8	1,1	2,1	7,1	1,7	1,2
	Heroina	2,6	2,2	2,9	8,3	2,3	1,9
	Ecstasy	3,7	3,3	3,9	9,1	2,8	2,5
	Grzyby halucynogenne	2,6	2,1	3,1	9,4	2,9	2,4
	GHB	1,2	1,1	2,4	6,8	1,7	0,9
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,6	2,1	2,7	8,4	2,4	1,3
	Alkohol razem z tabletkami	7,0	5,5	5,1	11,0	5,0	4,2
	Sterydy anaboliczne	1,9	2,6	2,6	8,8	2,5	1,6
Polska heroina (kompot)	3,0	1,9	3,0	8,4	2,4	2,2	
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	50,4	53,6	34,0	46,8	47,4	45,9
	Substancje wziewne	6,5	7,2	8,2	8,8	8,3	8,2
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,2	15,0	16,8	18,9	17,5	17,6
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	5,8	6,4	4,8	8,0	5,8	8,2
	Amfetamina	10,4	8,3	5,2	7,7	10,7	9,0
	Metamfetamina	4,5	4,2	3,0	5,8	5,0	5,4
	LSD lub inne halucynogeny	6,8	4,9	4,5	7,4	6,6	6,8
	Crack	2,1	1,3	1,5	2,1	1,9	2,4
	Kokaina	4,6	3,4	3,6	5,9	3,7	4,5
	Relevin	0,8	0,7	0,5	1,9	1,4	1,8
	Heroina	1,7	1,4	1,4	2,6	2,5	3,0
	Ecstasy	5,1	4,5	3,3	5,3	5,9	4,5
	Grzyby halucynogenne	3,6	3,7	1,5	3,5	3,5	5,0
	GHB	0,9	0,9	0,9	1,8	1,2	1,8
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,5	1,3	1,6	2,8	2,5	2,6
	Alkohol razem z tabletkami	6,8	6,6	4,2	7,9	6,8	8,7
	Sterydy anaboliczne	1,5	1,8	1,3	2,5	2,0	3,0
Polska heroina (kompot)	1,3	1,6	1,7	3,2	2,3	2,2	

Źródło danych: ESPAD 2015

Z danych tych wynika, że najwyższe rozpowszechnienie używania marihuany lub haszyszu odnotowano w naszym w województwie. Co trzeci uczeń z III klas szkół gimnazjalnych używał konopi. Najniższe odsetki uczniów, którzy używali marihuany obserwuje się w województwie małopolskim oraz opolskim. W grupie uczniów z II klas szkół ponadgimnazjalnych najwyższe odsetki używania przetworów konopi odnotowano w województwie dolnośląskim, jednak niewiele niższe były w zachodniopomorskim. Około połowa 17-18 latków z tych województw używała marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu.

Mniejsze odsetki używania odnotowano w przypadku leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza, których rozpowszechnienie było największe w województwie mazowieckim (21,1%) natomiast najniższe w dolnośląskim (15%). Używanie leków przez gimnazjalistów z województwa zachodniopomorskiego jest niewiele wyższe niż w województwie, gdzie odnotowano najniższe rozpowszechnienie (różnica 0,3%). W województwie zachodniopomorskim i kujawsko-pomorskim odnotowano najniższe rozpowszechnienie używania substancji wziewnych spośród wszystkich województw, które zostały poddane analizie. Było ono niższe o 7,5% od rozpowszechnienia używających substancji wziewnych w województwie mazowieckim (16,4%), gdzie używanie tych substancji było największe. W odniesieniu do używania innych substancji ich rozpowszechnienie było znacznie mniejsze. Uczniowie z województwa zachodniopomorskiego na tle rówieśników z pozostałych województw plasowali się bliżej najniższych wyników. Dość wysokie rozpowszechnienie odnotowano w odniesieniu do używania amfetaminy, której najczęściej używali badani z województwa opolskiego. 17-18-latkowie z województwa zachodniopomorskiego używali jej nieznacznie rzadziej (różnica 0,3%). W województwie zachodniopomorskim odnotowano najniższe rozpowszechnienie używania kiedykolwiek w życiu takich substancji jak: GHB czy polska heroina.

Picie alkoholu i jednoczesne przyjmowanie leków było częstą praktyką na Śląsku, gdzie prawie co dziesiąty badany w wieku 17-18 lat tak postępował. Najniższe odsetki picia alkoholu i przyjmowania w tym samym czasie tabletek zostały odnotowane w województwie małopolskim, gdzie takie zachowanie charakteryzowało 4,2% badanych. W województwie zachodniopomorskim 2,6% więcej uczniów niż w małopolskim piło i jednocześnie używało leków. Używanie pozostałych substancji kiedykolwiek w życiu lokowało uczniów z II klas gimnazjum z województwa zachodniopomorskiego w połowie rankingu. Nie odnotowano istotnych różnic w używaniu substancji w porównaniu z uczniami z innych województw.

Tabela 3. Używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem

Poziom klasy		zachodniopomorskie	dolnośląskie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	śląskie
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	12,5	8,4	8,4	15,4	8,2	10,7
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	7,9	5,2	6,9	12,6	5,6	6,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	4,8	3,0	4,3	10,3	3,9	2,9
III klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	13,8	10,9	8,7	13,3	12,3	15,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	6,6	4,6	4,7	8,0	5,3	7,4
	W czasie 30 dni przed badaniem	3,2	2,7	2,9	4,5	2,9	3,7

Źródła danych: ESPAD 2015

Gimnazjaliści z województwa zachodniopomorskiego na tle rówieśników z pozostałych województw byli w środku stawki. Różnice w rozpowszechnieniu używania między nimi a badanymi z województw opolskiego i dolnośląskiego wynosiły od 1,9 do 4,3%. 17-18-latkowie z województwa zachodniopomorskiego na tle rówieśników z innych województw lokują się powyżej średniej. Szczególnie małe różnice były widoczne w używaniu dopalaczy w czasie ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni przed badaniem w porównaniu z wynikami uzyskanymi w województwie dolnośląskim, w którym było najniższe rozpowszechnienie. Różnice te wynosiły odpowiednio 2% i 0,5%.

3.3.3. Lekomania i uzależnienia jatrogenne

Z licznych badań wynika, że rozpowszechnienie używania legalnych leków uzależniających z grupy uspokajających i nasennych stanowi coraz większy problem. Leki te przyjmowane są zazwyczaj w ramach leczenia z przepisu lekarza. Zdarza się jednak, że niektóre osoby sięgają po nie bez wskazań lekarskich, dla zmiany swojego samopoczucia. Mówimy wtedy o nadużywaniu, albo o używaniu w celach niemedycechnych. Leki te przyjmowane bywają również przez osoby używające narkotyków, czy to dla zintensyfikowania ich działania, czy to dla łagodzenia objawów zespołu abstynencyjnego w razie braku narkotyku. Niezależnie od tego, w jakim celu i w jaki sposób leki te są stosowane, zawsze istnieje większe lub mniejsze ryzyko uzależnienia. Jest ono oczywiście znacznie wyższe w przypadku nadużywania, a największe, gdy leki te są łączone z narkotykami. Zatem właśnie populacją o szczególnym ryzyku uzależnienia od pochodnych benzodiazepiny są osoby nadużywające lub uzależnione od innych substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że ok. 10–20% uzależnionych od alkoholu używa pochodnych benzodiazepiny, ponieważ okazują się one skuteczne w łagodzeniu alkoholowych objawów abstynencyjnych (bezsennaść, lęk, drżenie mięśni), a u części osób wywołują podobne jak alkohol działanie euforyzujące, a unika się przy tym „karcenia” przez otoczenie, które jest wyczulone na zapach alkoholu. W przypadku alkoholu i pochodnych benzodiazepiny mamy do czynienia z typowym uzależnieniem krzyżowym. U osób uzależnionych od opiatów (np. heroiny) przyjmowanie pochodnych benzodiazepiny w celach euforyzujących i łagodzących objawy abstynencyjne jest powszechne, a w programach leczenia substytucyjnego metadonem zjawisko to opisywano u 30–90% pacjentów.

Zjawisko używania leków uspokajających i nasennych w celach innych niż medyczne nasiliło się w ostatnich latach wśród młodzieży i młodych dorosłych. Sięgają oni po specyfikę zarówno dostępne na receptę (e-handel lekami ścisłego zarachowania), jak i dostępnymi bez recepty. Są one używane w ilościach znacznie przekraczających dopuszczalne dobowe spożycie i to nie w celach zdrowotnych, ale zabawowych i celem odurzenia się. Najczęściej sięgają po leki zawierające w swoim składzie pseudoefedrynę, DXM, czy kodeinę. Największe rozpowszechnienie używania leków przepisanych przez lekarza odnotowuje się wśród uczniów z III klas szkół gimnazjalnych. Zwracają również uwagę wysokie odsetki młodszych uczniów, którzy sięgali po leki kiedykolwiek w życiu, w ostatnich 12 miesiącach i 30 dniach przed badaniem.

W naszym województwie 15,3% uczniów III klasy gimnazjum zadeklarowało, że używało leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu, a leków przeciwbólowych w celu odurzenia się – 7,8%. Natomiast 15,2% uczniów II klasy szkół ponadgimnazjalnych zadeklarowało, że używało kiedykolwiek w życiu leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza, a 5,8% leków przeciwbólowych w celu odurzenia się. Kolejnym zjawiskiem wartym zauważenia jest wzrost zgłaszalności do leczenia

w poradniach uzależnień osób w podeszłym wieku, które są uzależnione od benzodiazepin. Benzodiazepiny są lekami stosowanymi w celu zmniejszenia napięcia psychicznego. Działają przeciwłękowo, zmniejszają reakcje agresywne, ułatwiają zaśnięcie. Są najczęściej zapisywanymi lekami psychotropowymi, często na życzenie samego pacjenta. Na uzależnienie są narażone szczególnie osoby stale żyjące pod wpływem stresu lub właśnie osoby starsze, które zgłaszając problemy, np. ze snaniem, swojemu lekarzowi rodzinnemu dostają recepty na tę grupę leków. Mówimy wtedy o występowaniu uzależnienia jatrogennego. Pacjenci jatrogennie uzależnieni od pochodnych benzodiazepiny dzielą się na dwie grupy.

Pierwsza grupa to osoby, u których szybko dochodzi do tolerancji i konieczności kontynuowania i zwiększania dawek tych leków, gdyż w przeciwnym razie pojawiają się nieraz burzliwe objawy abstynencyjne. Pacjenci tacy zazwyczaj są dość szybko identyfikowani przez lekarzy, natomiast odmowa dalszego przepisywania pochodnych benzodiazepiny albo propozycja leczenia odwykowego zazwyczaj kończy się zmianą lekarza lub przejściem do etapu nielegalnego zdobywania leków.

Druga grupa to pacjenci przez wiele lat leczenia małymi lub wręcz bardzo małymi dawkami pochodnych benzodiazepiny. Lekarze zazwyczaj nie dostrzegają niebezpieczeństw uzależnienia, gdyż nie obserwują zjawiska tolerancji ani objawów odstawiennych w przypadku kilkudniowych lub kilkutygodniowych ograniczeń dostępu do leku. Jest to wynikiem słabo poznanego zjawiska kumulacji pochodnych benzodiazepiny: pacjenci, którzy je długotrwale przyjmują mają bardzo wysokie stężenia tych leków w osoczu, a ich eliminacja przebiega znacznie wolniej niż u osób młodych, stosujących pojedyncze dawki (może trwać tygodniami).

W kontekście uzależnień jatrogennych konieczne jest zwrócenie uwagi na uzależnienia od opioidowych leków przeciwbólowych. Według badaczy z Geisinger's Center for Health Research w Pensylwanii niektórzy ludzie wykazują większą tendencję do uzależnienia od opioidowych leków przeciwbólowych, do których zalicza się m.in. morfinę i kodeinę. Wyodrębnili oni cztery czynniki ryzyka:

- wiek poniżej 65 lat,
- depresja i historia jej przebiegu,
- wcześniejsze nadużywanie narkotyków,
- stosowanie leków psychiatrycznych.

Nadmierne i zbyt często przyjmowane dawki leków powodują przestrojenie czynności psychicznych i somatycznych organizmu. W wyniku nagłego odstawienia środka przeciwbólowego mogą pojawić się objawy abstynencyjne, które wywołują nieprzyjemne doznania i niejako zmuszają do ponownego zażycia leku. Najszybciej i najczęściej wytwarza się u lekomania uzależnienie psychiczne, które objawia się trudnościami w przewyżczeniu chęci przyjmowania substancji działającej na psychikę.

Warto zatem edukować również lekarzy pierwszego kontaktu o zagrożeniach wynikających z przepisywania „lekką ręką” tego typu substancji. Edukacja powinna dotyczyć potencjału uzależniającego leków uspokajających, czy przeciwbólowych, zwiększenia czujności na możliwość wystąpienia uzależnienia i umiejętności rozpoznawania tego stanu oraz egzekwowania przestrzegania zasad leczenia lekami uspokajającymi i nasennymi, opioidowymi (przestrzeganie wskazań, nieprzekraczanie dawek i czasu leczenia).

3.4. Uzależnienia behawioralne

Do tej pory granie w gry na PC, surfowanie po Internecie czy wysyłanie Totolotka, traktowano z przymrużeniem oka, jako formę relaksu, czy fanaberię. Dopiero od niedawna zaczęto spostrzegać, że tego typu zachowania mogą i co najgorsze przeradzają się w nałóg, generując przy tym szereg problemów. Zatem uzależnienia behawioralne należy postrzegać w kategoriach problemu społecznego, czyli negatywnego zjawiska, ze względu na jego skalę oraz społeczne, psychiczne i ekonomiczne konsekwencje. Dlatego też po raz pierwszy problem ten został ujęty w *Wojewódzkim Programie Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022*.

Dokładne określenie stopnia rozpowszechniania zjawiska uzależnień od czynności jest trudne, w dużej mierze z braku wystandaryzowanego narzędzia do diagnozy. Podobnie rzecz się ma z oceną skali zagrożeń tzw. e-uzależnieniem. W poniższej diagnozie odwołamy się do nielicznych aktualnych badań.

Badania naukowe pokazują, że dzieci i młodzież, a także dorośli spędzają coraz więcej czasu przed komputerem. Większość nastolatków ma doświadczenia z graniem w gry komputerowe, hazardem, w tym e-hazardem oraz innymi ryzykownymi zachowaniami. Dlatego też problem z graniem hazardowym zaczyna się najczęściej właśnie w okresie adolescencji. Mężczyźni (chłopcy) wcześniej niż kobiety (dziewczęta) zaczynają grać, ale kobiety szybciej się uzależniają.

Badanie „Uzależnienia behawioralne”¹¹, zrealizowane na reprezentatywnej ogólnopolskiej losowej próbie osób w wieku 15+, przy zastosowaniu metody bezpośredniego wywiadu ankietowego (face-to-face) wspomaganego komputerowo (CAPI) zostało zrealizowane od listopada 2014 r. do lutego 2015 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej.

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie co trzeci Polak w wieku 15+ grał w jakiegoś rodzaju gry na pieniądze (34,2%). Polacy najczęściej grają w gry liczbowe Totalizatora Sportowego (26,8%), zdraпки (13,3%), loterie/konkursy SMS-owe (7,4%) oraz na automatach do gier z tzw. niskimi wygranymi (4,5%). Wśród Polaków w wieku 15+ 7,1% osób gra w jakąś grę na pieniądze co najmniej dwa razy w tygodniu.

Wyniki uzyskane w teście screeningowym wskazują, że symptomy zagrożenia uzależnieniem od hazardu występują u 5,3% ogółu Polaków w wieku 15+, a 0,7% osób w tej grupie wiekowej zdradza symptomy problemu z hazardem. Wśród grających w gry na pieniądze realny problem z hazardem może mieć 2,2% graczy.

Na uzależnienie od hazardu bardziej narażeni są mężczyźni niż kobiety – symptomy zagrożenia uzależnieniem można zaobserwować u 21,4% grających mężczyzn i u 9,1% kobiet. Grupą podwyższonego ryzyka są młodzi w wieku 18 – 24 lata, wśród których zanotowano najwyższy odsetek osób zagrożonych uzależnieniem od gier na pieniądze (26,7%).

Większość (67,9%) Polaków w wieku 15+ korzysta z Internetu. Zdecydowanie dominują wśród nich przeciętni użytkownicy (98,1%), niemający w codziennym życiu problemów związanych z korzystaniem z sieci. Wyniki testu screeningowego wskazują, że problem z uzależnieniem od Internetu może dotyczyć 0,08% badanej populacji, co stanowi 0,12% korzystających z sieci. Symptomy zagrożenia uzależnieniem zdradza natomiast 1,2% ogółu badanych, co stanowi 1,8% korzystających z Internetu.

Jak wynika z sondażu, najbardziej zagrożeni uzależnieniem od Internetu są niepełnoletni: wśród najmłodszych badanych użytkowników Internetu – czyli osób w wieku 15–17 lat – 6,2% zdradza symptomy uzależnienia bądź zagrożenia uzależnieniem od sieci. Wraz z wiekiem tego rodzaju zagrożenie spada.

11. Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych, Centrum Badań Opinii Publicznej, 2015

W ramach różnych form aktywności prowadzonych w Internecie można wyróżnić takie, w przypadku których aktywność uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem jest znacznie wyższa od przeciętnej. Należą do nich przede wszystkim: słuchanie muzyki dostępnej w Internecie, a także aktywność na portalach społecznościowych, forach i w grupach dyskusyjnych.

Wyniki badania wskazują, że dla blisko 1/5 Polaków (19,1%) mających 15 lat i więcej uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem, a w przypadku ponad 1/3 ankietowanych (36,2%) istnieje zagrożenie wystąpienia takiego problemu.

Porównanie struktury wieku i miar tendencji centralnych (średnie, mediany) wskazuje, że rozwinięty pracoholizm dotyka przede wszystkim Polaków w średnim wieku (średnia: 45 lat, mediana: 44 lata). Symptomy zagrożenia pracoholizmem najczęściej wykazują natomiast badani w wieku ok. 40 lat.

Nasilenie problemu uzależnienia od pracy jest różne w poszczególnych grupach społeczno-zawodowych. Sprzyja mu przede wszystkim praca na własny rachunek, zarówno poza rolnictwem, jak i w rolnictwie, gdzie odsetki osób zdradzających objawy występowania realnego problemu wynoszą odpowiednio 29% i 25% wyższy w porównaniu z innymi poziomami zagrożenia pracoholizmem notujemy natomiast wśród kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem (46,7%).

Wyniki testu screeningowego wskazują, że problem zakupoholizmu może dotyczyć 4,1% populacji Polaków w wieku od 15 roku życia.

Według wyników badania „Zagrożenie uzależnieniami behawioralnymi dzieci i młodzieży województwa zachodniopomorskiego”¹² zrealizowanego w 2016 r. przez Studio Badań Społecznych „E-sondaż” w Szczecinie na grupie młodzieży w wieku 9-18 lat blisko 35% ankietowanych korzysta z Internetu od 3 do 5 godzin dziennie. Najwięcej czasu w sieci spędzają uczniowie w wieku 16-18 lat – 35%. W badaniach dostrzega się jednak pewne zagrożenia wśród uczniów z młodszych kategorii wiekowych, szczególnie w przedziale wiekowym 9-12 lat. Blisko 12% z nich spędza w Internecie od 4 do 5 godzin dziennie, a ok. 16% – 6 godzin i więcej.

Jednym z symptomów uzależnień od czynności jest pogorszenie nastroju w sytuacji, kiedy nie ma możliwości korzystania z Internetu – odczucia takie ma 12,5% uczniów. Zagrożeniem jest także korzystanie z sieci w każdej z możliwych do wykorzystania sytuacji. Ponad 40% respondentów rozpoczyna dzień od sprawdzenia nowych wiadomości, ponad 50% korzysta z Internetu na przerwach w szkole.

Blisko 50% uczniów dostrzega ryzyko uzależnienia i próbowało w związku z tym ograniczyć ilość czasu spędzanego on-line. Problem ten zauważany jest także przez rodziców badanych (38,6%).

Negatywnym skutkiem korzystania z sieci jest rozwój cyberprzestępczości i mowy nienawiści. Jedną z form takich dysfunkcji jest nękanie (w postaci obraźliwych wpisów), którego ofiarą padło 18,8% badanych, a 11% było sprawcami.

Dużą popularnością wśród badanych cieszą się gry komputerowe. Problemem jednak nie jest powszechność gier komputerowych, ale czas, jaki młodzież im poświęca – 27,1% gra trzy godziny i więcej w ciągu dnia. Około 45% przyznaje, że gra chętnie w gry, w których dominuje przemoc. Zdecydowanie częściej grają chłopcy niż dziewczęta, częściej uczniowie technikum i szkoły podstawowej, a najrzadziej młodzież ze szkoły zawodowej. Według deklaracji badanych prawie 30% z nich bierze udział w grach na pieniądze. Niepokojącym jest zjawisko codziennego bądź częstszego niż raz w tygodniu udziału w grze. Dotyczy to 23% uczniów grających w gry komputerowe lub na smartfony oraz 7% uczniów biorących udział w zakładach bukmacherskich.

12. Maciej Kowalewski, Zagrożenia uzależnieniami behawioralnymi dzieci i młodzieży województwa zachodniopomorskiego, 2016

Blisko 50% respondentów dostrzega zagrożenie uzależnieniem od Internetu i próbowało w związku z tym ograniczyć ilość czasu spędzanego on-line. W ich opinii problem ten jest dostrzegany również przez rodziców, uważających, że zbyt dużo czasu spędzają oni w Internecie (38,6%). Jeśli chodzi o gry komputerowe prawie jedna czwarta (24,8%) młodzieży wskazuje, że nie gra wcale lub mniej niż godzinę dziennie. Godzinę gra: 26,3%, 2 godziny 21,8%, 3 godziny 13,1%, a 4 godziny i więcej (po zsumowaniu pozostałych odpowiedzi) – 14,0%.

W dobie globalizacji, gdzie korzystanie z mediów i technologii jest niezbędne by móc funkcjonować społecznie i zawodowo, niezmiernie ważne jest aby nauczyć się właściwie tzn. zdrowo użytkować te nowoczesne narzędzia. W przeciwnym razie może to przeistoczyć się w nałóg. A to z kolei może powodować szereg problemów w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym – poczucie wewnętrznego przymusu i myśli intruzywne, które nie pozwalają na skupienie uwagi na pracy, czy nauce, zawężenie kontaktów rówieśniczych, agresję, rozpad małżeństwa, problemy finansowe, czy nawet choroby. Nierzadko uzależnienie od hazardu często współwystępuje z uzależnieniem od substancji (głównie od nikotyny czy alkoholu lub amfetaminy), ale także ze stanami depresyjnymi. Badacze wskazują, że osoby przejawiające symptomy zaburzenia uprawiania hazardu mają problemy w relacjach interpersonalnych, obniżone poczucie własnej wartości, skłonności hedonistyczne, nieumiejętność precyzowania celów, niską odporność na stres i niskie kompetencje radzenia sobie z problemami, impulsywność i trudności z samokontrolą. Stąd, takie osoby są bardziej narażone na utratę kontroli nad graniem i poszukiwanie zastępczych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Aby temu zapobiegać na pierwszym miejscu powinna stać właściwa edukacja społeczeństwa oraz wczesna interwencja z naciskiem na naukę racjonalnych sposobów użytkowania mediów cyfrowych czy grania hazardowego oraz konsekwencji zachowań problemowych i zagrożeń uzależnieniami czynnościowymi.

3.5. Szkody zdrowotne

Osoby z problemem uzależnienia prezentują szeroki zakres problemów życiowych, gdyż często przebywają one w środowisku zagrożonym ryzykiem HIV i innymi chorobami zakaźnymi, doświadczają wielu współwystępujących problemów somatycznych i psychiatrycznych. Ponadto używają kombinacji substancji psychoaktywnych, które mogą powodować zapaści, czy nawet zgodny. Poniższa analiza prezentuje tylko niektóre zagadnienia, dotyczące głównie konsekwencji zdrowotnych wynikających z używania substancji psychoaktywnych.

3.5.1. Problemy psychiczne i leczenie osób uzależnionych

Używanie substancji psychoaktywnych może powodować psychiczne skutki, które najczęściej polegają na: upośledzeniu funkcji poznawczych, zaburzeniach nastroju, tzw. flashbackach – (spontaniczne powracanie bez zażycia środka przebytych doznań psychotycznych), zmianach osobowości, objawach psychotycznych lub zespołach otępiennych). Konsekwencją długotrwałego zażywania narkotyków są zmiany osobowościowe przejawiające się w zawężeniu sfery zainteresowań (koncentrowanie ich na sposobie zdobywania narkotyku), osłabieniu sprawności intelektualnej, osłabieniu woli, egoizmie, instrumentalnej i manipulacyjnej postawie wobec innych ludzi oraz zaniku uczuciowości wyższej.

Objawy zaburzeń psychicznych są bardzo często spotykane u osób używających substancji psychoaktywnych. Analogicznie, chorzy psychicznie powszechnie sięgają po środki psychoaktywne i uzależniają się. Występowanie zaburzeń psychicznych wraz z używaniem substancji psychoaktywnych nazywa się podwójną diagnozą, np. schizofrenia, zaburzenia afektywne lub lękowe. Według najnowszych badań wśród osób przyjmujących narkotyki najczęściej występuje poważna depresja, zaburzenia lękowe (głównie napady paniki oraz zespół stresu pourazowego) oraz zaburzenia osobowości (głównie zaburzenia antyspołeczne i typu borderline). Pomimo istotnego znaczenia tej kwestii trudno jest określić rzeczywistą skalę problemu, jako że dostępne dane są ograniczone i niejednorodne.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w Raporcie Krajowym 2009 *Sytuacja narkotykowa w Polsce*, wydanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, na przestrzeni lat 1997-2005 zaobserwowano wzrost odsetka pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich osób przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. W 1997 roku odsetek tych pacjentów wynosił 3,2% a w 2005 roku 7,6%. Po 2005 roku odnotowano zatrzymanie tendencji wzrostowej – w 2007 roku odsetek pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego wyniósł 7,3%. Liczba hospitalizowanych pacjentów z podwójną diagnozą wynosiła w roku 1997 – 171, natomiast w roku 2007 odnotowano już 915 takich przypadków.

Jedną z najczęstszych konsekwencji wynikających z używania substancji psychoaktywnych jest uzależnienie.

W latach 2014-2016 z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz rozpozanego uzależnienia na terenie województwa zachodniopomorskiego leczonych było 26 910 osób, w tym leczeni pierwszorazowo to 9915, co stanowi 36% ogólnej liczby leczonych.¹³

W latach 2014-2016 z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego leczonych było 5633 osób, w tym leczeni pierwszorazowo to 2193, co stanowi 39% ogólnej liczby leczonych.¹⁴ Jeśli chodzi o płeć pacjentów, to wśród leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu 61% stanowili mężczyźni, jeśli chodzi o leczonych z powodu używania środków psychoaktywnych 66% stanowili mężczyźni.

3.5.2. Choroby zakaźne

Spóżywanie substancji psychoaktywnych zwiększa zagrożenie zakażenia wirusem HIV oraz HCV dlatego, że zwiększają one ryzyko podejmowania przypadkowych lub niechcianych kontaktów seksualnych bez odpowiedniego zabezpieczenia. Ludzie znajdujący się pod wpływem środków psychoaktywnych często tracą kontrolę nad swoim zachowaniem i robią rzeczy, których nie zrobiliby „na trzeźwo”. Są też bardziej podatni na manipulację ze strony otoczenia i bezbronni. Zdarza się również, że osoby uzależnione od narkotyków są gotowe zrobić wszystko, żeby je zdobyć. Brak funduszy może popychać je do uprawiania prostytucji. W takiej sytuacji bardzo łatwo o zakażenie.

Choroby zakaźne należą również do jednych z najpoważniejszych konsekwencji iniekcyjnego używania narkotyków, przez co silnie wpływają na ekonomiczne i społeczne koszty narkomanii. Jednocześnie wyniki monitorowania chorób zakaźnych są niezbędne dla podejmowania skutecznych strategii w obszarze profilaktyki, leczenia i zdrowia publicznego. Służy temu również analiza podejmowanych zachowań ryzykownych i określenie ich wpływu na szerzenie się infekcji.

13. Dane Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie

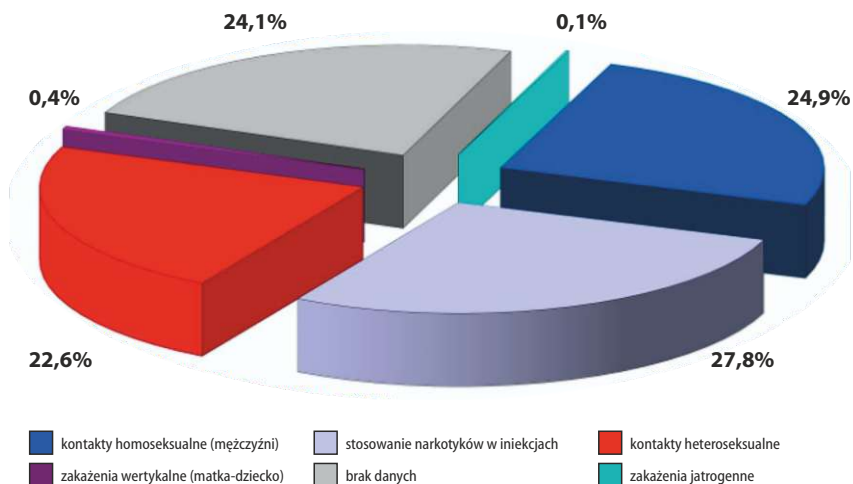
14. Dane Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie

Wskaźnik chorób zakaźnych związanych z narkotykami (Drug Related Infectious Diseases DRID) Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wprowadzono w celu wiarygodnego monitorowania występowania zakażeń HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, a także zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Od roku 1985, czyli od momentu wprowadzenia rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS w Polsce, do końca 2009 roku zarejestrowano 12 784 przypadki zakażeń HIV. Wśród nich 5 750 (45%) stanowiły osoby używające narkotyków w iniekcjach, w tym 4 309 (76%) mężczyzn oraz 1 392 (24%) kobiety. Analiza trendu zakażeń HIV w latach 2003-2008 wśród osób używających narkotyków dożylnie wskazuje na tendencję spadkową. Dane z roku 2009 świadczą o stabilizacji trendu. W roku 2009 zarejestrowano 709 nowych zakażeń HIV, w tym 49 (7%) dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Należy jednak wskazać możliwość niedoszacowania danych, ponieważ w przypadku 523 (74%) zgłoszonych nowych zakażeń HIV w 2009 roku nie podano prawdopodobnej drogi infekcji.

Z danych zgromadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny wynika, że od 1985 r. do 31 lipca 2017 r. stwierdzono zakażenie HIV u 22038 osób, odnotowano 3506 zachorowań na AIDS; 1374 chorych zmarło. Wykres 1 i 2 prezentuje najnowsze dane dotyczące zakażeń i zachorowań.

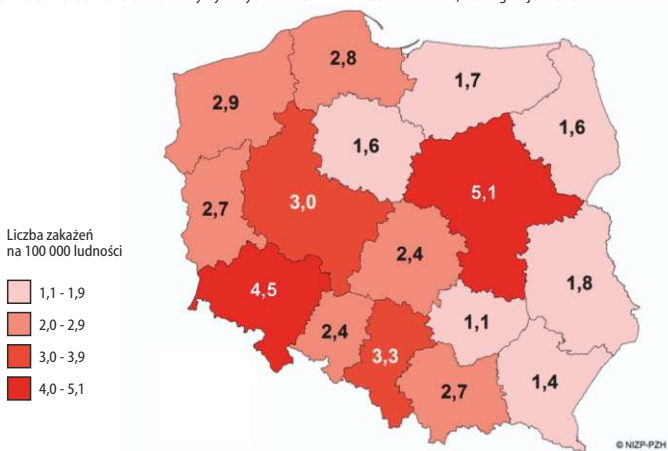
Wykres 1.
Zachorowania na AIDS rozpoznane w latach 2011-2016, według prawdopodobnej drogi transmisji



Źródło danych: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/Ryc_2.jpg

Jak wynika z wykresu do 27,8% zachorowań na ADIS prawdopodobnie doszło przez stosowanie narkotyków drogą iniekcji. Do 22,7% doszło w wyniku kontaktów heteroseksualnych, a do 24,9% w wyniku kontaktów homoseksualnych. Ze względu na możliwość ryzykownych kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych, do części tych zachorowań pośrednio mogły przyczynić się narkotyki lub alkohol.

Mapa 2. Średnia roczna liczba nowo wykrytych zakażeń HIV w latach 2011-2016, według województw



Źródło danych: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/Ryc_3.jpg

W lipcu 2017 r. zarejestrowano 120 nowo wykrytych zakażeń HIV, 9 zachorowań na AIDS i 3 zgony osób chorych na AIDS. Spośród 120 zarejestrowanych w lipcu zakażeń HIV, 107 przypadków rozpoznano w 2017 r., 7 przypadków w roku 2016, 1 przypadek – w roku 2012, 1 przypadek – w roku 2007, 2 przypadki w roku 2004 i 1 przypadek w 2002 roku. Wśród zarejestrowanych w lipcu zakażeń HIV 31% stanowiły przypadki zgłoszone wyłącznie przez lekarzy, a 14% przypadki zgłoszone przez lekarzy oraz laboratoria.

W Zachodniopomorskim w ostatnim czasie wykryto 11 nowych zakażeń HIV oraz 4 zachorowania na AIDS - Informacja od Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny z 31 lipca 2017 r.

Z informacji zebranych od Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie wynika, iż nastąpił wzrost nowych zakażeń HIV z 42 zarażeń w 2014 r., 52 w 2015 r. do 64 zakażeń w 2016 r. Liczba badań serologicznych na przestrzeni trzech ostatnich lat jest na podobnym poziomie tj. 1119 badań w 2014, 1028 badań w roku 2015 i 1073 badania w 2016 r. Jeśli chodzi o prawdopodobną drogę zakażenia najczęściej dochodziło do niego poprzez kontakty seksualne.¹⁵

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C (HCV), jest wysoce rozpowszechnione w całej Europie wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. Może ono mieć poważne długoterminowe konsekwencje, gdyż zakażenie wirusem typu C (HCV), często zaostrzone wskutek nadużywania alkoholu, odpowiada prawdopodobnie za coraz większą liczbę przypadków schorzeń wątroby, w tym marskości wątroby i raka wątroby, wśród starzejącej się grupy osób problematycznie używających narkotyków. W latach 2013-2014 poziom rozpowszechnienia przeciwciał HCV – wskazujących na obecną lub przeszłą infekcję – w krajowych próbkach pobranych od osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wynosił od 15% do 84%, przy czym 6 z 13 krajów dysponujących danymi zgłaszało rozpowszechnienie HCV przekraczające 50%.

Najważniejsze środki zapobiegawcze stosowane w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osób dożylnie przyjmujących narkotyki to m.in. leczenie substytucyjne, udostępnianie strzykawek i igieł, badania, leczenie zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C oraz leczenie antyretrowirusowe w przypadku HIV.

15. Dane z Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie

3.5.3 Zatrucia i zgony z powodu używania substancji psychoaktywnych

Nowe substancje psychoaktywne kojarzy się w Europie z szeregiem poważnych problemów zdrowotnych, w tym z ostrymi zatruciami, a nawet śmiercią. Problemy takie wiążą się także z przyjmowaniem narkotyków – a szczególnie substancji stymulujących, takich jak mefedron, alfa-PVP, MDPV i pentedron – drogą iniekcji. Zatrucia masowe – choć zdarzają się rzadko – mogą znacznie obciążyć system opieki zdrowotnej. Jeden przypadek tego rodzaju zgłosiła w 2015 r. Polska. Z użyciem syntetycznych kannabinoidów powiązано wtedy ponad 200 interwencji szpitalnych, do których doszło w przeciągu mniej niż tygodnia.

Od początku 2014 r. poważne problemy zdrowotne związane z użyciem nowych substancji doprowadziły do wydania przez EMCDDA 34 ostrzeżeń w zakresie zdrowia publicznego dla uczestników systemu wczesnego ostrzegania UE.

Użycie narkotyków uznawane jest za jedną z przyczyn zgonów młodych osób dorosłych w Europie możliwych do uniknięcia. Badania grup osób problemowo używających narkotyków wykazują ogólny odsetek zgonów na poziomie 1-2% rocznie. Ogólnie rzecz biorąc, osoby używające opioidów są od 5 do 10 razy bardziej narażone na śmierć niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. Zwiększona umieralność wśród użytkowników opioidów jest związana głównie z przedawkowaniem, ale ważną rolę odgrywają także inne przyczyny, tylko pośrednio związane z narkotykami, takie jak zakażenia, wypadki, przemoc oraz samobójstwa. Przedawkowanie pozostaje w Europie główną przyczyną zgonów wśród osób używających narkotyków, a ponad trzy czwarte (78%) ofiar przedawkowania stanowią mężczyźni. W większości krajów Unii Europejskiej w okresie od 2003 r. do 2008-2009 r. odnotowywano tendencję wzrostową jeśli chodzi o zgony spowodowane przedawkowaniem, lecz w późniejszym okresie ogólna liczba zgonów zaczęła po raz pierwszy spadać.

W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. W raportach toksykologicznych regularnie pojawiają się także inne opioidy, m.in. metadon, buprenorfina, fentanyl i tramadol, które obecnie wiąże się ze znaczną częścią zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach.

Wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2014 r. w Europie szacuje się na 18,3 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat.

Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce zbierane są przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Dane dotyczące zgonów są jednym z pięciu kluczowych wskaźników epidemiologicznych tworzących europejski system monitorowania problemu narkotyków i narkomanii.

Tabela 4. Liczba zatruc narkotykami w latach 2014-2016

2014	2015	2016
15	42 w tym 25 zatruc dopalaczami, 17 marihuaną	23 w tym 17 zatruc amfetaminą, 3 dopalaczami, 3 marihuaną

Źródło: Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”

W województwie zachodniopomorskim w 2014 r. z przedawkowania narkotyków (kody: F11, F12, F14-16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12, Y14) zmarło 17 osób, w 2015 r. 12 osób.¹⁶

16. Dane Urzędu Statystycznego w Szczecinie

3.5.4. FASD

Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych rozumie się przez to niediagnostyczny termin opisujący problemy zdrowotne i zaburzenia zachowania wynikające z uszkodzenia mózgu płodu przez alkohol; uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego (OUN) mogą towarzyszyć uszkodzenia innych organów wewnętrznych, m.in. serca, układu kostnego, układu moczowego, słuchu, wzroku; nieprawidłowy przebieg procesu rozwoju mózgu w życiu płodowym powiązany z widocznymi na twarzy dziecka charakterystycznymi zmianami, jest opisywany jako Płodowy Zespół Alkoholowy – FAS (FetalAlcoholSyndrome), oznaczony kodem Q86.0 w klasyfikacji chorób ICD–10;

Szacuje się, że w Europie FASD jest najbardziej rozpowszechnionym, niegenetycznym schorzeniem neurorozwojowym. Dotyczy około 1% wszystkich żywych urodzeń (Carpenter, 2011). Tylko w kilku krajach zostały przeprowadzone badania populacyjne w celu określenia na ile powszechna jest ta choroba:

- w Chorwacji, wśród dzieci w wieku szkolnym w miastach rozpowszechnienie FAS oszacowano na 0,6%, pFAS na 3,4%. W populacji wiejskiej odsetek dzieci z FAS lub pFAS wyniósł 6,7% (Petkovic, Barisic, 2010; 2013),
- we Włoszech szacunki mówią o rozpowszechnieniu FAS na poziomie od 0,4% do 1,2%, a pFAS – od 1,8% do 4,6% (May et al., 2011),
- w Niemczech, ekstrapolując wyniki badań prowadzonych w innych krajach szacuje się, że każdego roku przychodzi w tym kraju na świat od 0,02% do 0,8% dzieci z pełnoobjawowym FAS (Landgraf et al.);

Pierwsze, i jak do tej pory jedyne, badania dotyczące rozpowszechnienia FASD w Polsce przeprowadziła Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach projektu ALICJA¹⁷ (Okulicz-Kozaryn, Borkowska, w druku). Według tych badań Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych FASD występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7-9 lat, a w tym pełnoobjawowy Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) - u 4 na 1000. Rozpowszechnienie Niepełnego Płodowego Zespołu Alkoholowego (pFAS) można szacować na 8 na 1000, podobnie jak Neurorozwojowych Zaburzeń Zależnych od Alkoholizmu (ARND- 8/1000). Badacze zaznaczają, że bardzo niski odsetek rodzin, które zgodziły się wziąć udział w badaniu uniemożliwia stwierdzenie jakie jest rzeczywiste rozpowszechnienie FASD w populacji dzieci siedmio- i dziewięcioletnich. Równocześnie, przyjmując założenie, że w badaniach z grupy docelowej (n=2500) „wyłapali” wszystkie dzieci z zaburzeniami rozwoju OUN, stąd możemy określić jaka jest dolna granica rozpowszechnienia FASD.

3.6. Szkody społeczne

Używanie substancji psychoaktywnych oraz uzależnienia behawioralne powodują wtórnie wiele negatywnych skutków w sferze społecznego funkcjonowania osoby uzależnionej. Znajduje to zwłaszcza odzwierciedlenie w rezygnacji z kolejnych, wykonywanych dotychczas ról (dziecka, ucznia, kolegi, ojca, pracownika, itp.), czego efektem jest coraz większa izolacja społeczna oraz utrata celu i sensu życia. Uzależnienia powodują liczne konsekwencje społeczne. Dochodzi m.in.: do osłabienia więzi rodzinnych, bezdomności, bezrobocia, konfliktów z prawem, utraty zdolności do samodzielnego i odpowiedzialnego funkcjonowania czy obciążenia społeczeństwa pomocą socjalną. W poniższej analizie skupimy się na wybranych aspektach tego problemu.

17. ALICJA - Alkohol i Cięża - Jak pomóc dziecku. Projekt realizowany we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPIN) w Warszawie

3.6.1. Bezrobocie wśród osób używających środków psychoaktywnych

Uzależnienia bardzo często prowadzą do zmniejszenia aktywności zawodowej, co z kolei może prowadzić do porzucenia pracy lub jej utraty; przechodzenie do kolejnych – w tym poważnych – czynów o charakterze przestępczym, jako następstwo konieczności zdobycia środków na narkotyki; postępująca demoralizacja, w tym prostytuowanie się.

Badania przeprowadzone przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych udowodniły, że istnieje zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem. Ustalono, że wskaźnik wzrostu ryzykownie pijących mężczyzn wzrasta o 48% wśród osób bezrobotnych. Stopa bezrobocia wg GUS z dnia 24.07.2018 r.¹⁸ wynosi w województwie zachodniopomorskim 7,4%. Liczba bezrobotnych ogółem w województwie zachodniopomorskim: 44 742.

3.6.2. Bezdomność

Osoby uzależnione na skutek postępującej degradacji psychofizycznej tracą zdolność do efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych, tracą posiadane miejsca pracy i mają ograniczone zdolności do skutecznego poszukiwania zatrudnienia. Proces ten w istotny sposób wpływa na rozmiary zjawiska bezrobocia i ubóstwa. W części przypadków prowadzi to do radykalnego zrywania więzi z najbliższym otoczeniem, utraty podstawowych źródeł wsparcia, a także bezdomności.

Dane dotyczące liczby bezdomnych w Polsce pochodzą z ogólnopolskiej akcji liczenia osób bezdomnych, którą przeprowadza się co dwa lata, zimą. W nocy z 8 na 9 lutego 2017 r. przeprowadzono ją po raz czwarty. Akcja koordynowana była przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. W porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2015 r. liczba osób bezdomnych zmalała o 2 753 osoby. W tym roku w momencie realizacji badania zdiagnozowano 33 408 osób bezdomnych, z czego 83,55% stanowili mężczyźni (27 911 osób), natomiast 16,45% – kobiety (5 497 osób).

Główne przyczyny bezdomności, które wskazały osoby bezdomne to eksmisja, wymeldowanie (45%) oraz konflikt rodzinny (36,39%); w dalszej kolejności znalazły się uzależnienie (29,2%) i brak pracy (17,3%).

Najwięcej osób bezdomnych miało 41-60 lat (16 029); jeśli chodzi o wykształcenie – dominuje zawodowe (42,71%) i podstawowe (32,01%); najmniej jest osób z wykształceniem wyższym (2,11%).

Wśród osób bezdomnych najbardziej liczną grupę stanowiły osoby pozostające w stanie bezdomności przez okres do 2 lat (26,47%), niewiele mniej było osób pozostających w stanie bezdomności od 6 do 10 lat (25,14%).

3.6.3. Rozwody

Problem uzależnienia w kontekście społecznym ma bardzo duży wpływ na rodzinę. Nadużywanie alkoholu czy narkotyków osłabia więzi rodzinne, przyczynia się do negatywnych relacji w rodzinie, kłótni i awantur, co nierzadko doprowadza do rozwodu. Wg. badań CBOS zdaniem Polaków sytuacje stanowiące wystarczający powód do rozwiązania małżeństwa to przede wszystkim: brutalne traktowanie członków rodziny przez jednego z małżonków (95% wskazań), opuszczenie rodziny (86%) oraz alkoholizm męża lub żony (75%). Dwie trzecie ankietowanych za wystarczającą przyczynę rozwiązania małżeństwa uznaje zdradę małżeńską (65%), a niespełna trzy piąte wymienia w tym kontekście niezgodność charakterów małżonków (57%) oraz ich niedobranie seksualne (59%).¹⁹

18. <https://www.wup.pl/pl/dla-institucji/statystyka-badania-i-analiza/podstawowe-dane-o-bezrobociu/> 31.07.2018 r.

19. Rodzina i jej współczesne znaczenie i rozumienie., CBOS, 2013

3.6.4. Przemoc w rodzinie

W 2017 r. przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego w województwie zachodniopomorskim zostało przekazanych 4710 formularzy Niebieskiej Karty. W stosunku do roku 2015 r. liczba wydanych formularzy zwiększyła się o 15%.²⁰ Częste nadużywanie alkoholu prowadzi do nasilenia się zachowań agresywnych. W 2017 r. wobec 3321 osób (2016 r. – 2901 osób, 2015 r. – 2421 osób) istniało podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie będąc pod wpływem alkoholu.

Wraz ze wzrostem interwencji domowych dotyczących przemocy w rodzinie, wzrasta liczba osób pokrzywdzonych przemocą. W rozumieniu stosowanej przez Policję procedury Niebieskie Karty, osobami pokrzywdzonymi na skutek przemocy są nie tylko bezpośrednie ofiary przemocy, ale również dzieci, przebywające w rodzinie, w której dochodzi do przemocy. Dzieci są osobami pokrzywdzonymi w sensie procedury Niebieskie Karty zarówno w przypadku stosowania wobec nich przemocy fizycznej lub/i psychicznej, jak również gdy są świadkami przemocy w rodzinie.

Zestawienie liczby sprawców przemocy ogółem z liczbą sprawców działających pod wpływem alkoholu wskazuje na częste współwystępowanie obu problemów. Osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości tracą samokontrolę i mogą zachowywać się w nieprzewidywalny sposób.

Pod wpływem alkoholu zanikają istniejące w człowieku hamulce, wewnętrzne zakazy krępujące jego zachowanie.

Nie można jednak mówić o jakimkolwiek związku przyczynowym pomiędzy przemocą a nadużywaniem alkoholu. Zdarza się, że sprawcy przemocy po zakończeniu leczenia odwykowego nadal stosują przemoc wobec swoich bliskich.

Problem przemocy w rodzinie jest również związany z używaniem narkotyków. Odnośnie tego zjawiska nie ma zbyt wielu danych. Do aktów agresji dochodzi najczęściej pod wpływem substancji stymulujących tj. amfetamina, czy kokaina, a także dopalaczy. Jednocześnie do przemocy w rodzinie może dojść w wyniku zespołów abstynencyjnych. Coraz częściej do aktów przemocy dochodzi również w wyniku uzależnień behawioralnych. Osoby uzależnione od czynności są bardziej narażone na utratę kontroli nad granicami i poszukiwanie zastępczych sposobów radzenia sobie ze stresem. Mają trudności z rozróżnianiem własnych emocji (często relacjonują, że doświadczają skrajnych emocji, gdyż takie im łatwiej rozpoznać, np. od euforii do złości), jak i z ich kontrolą (zdarzają się wybuchy emocji – gniewu, a co za tym idzie agresji).

3.6.5 Problem eurosieroctwa w kontekście uzależnień

Coraz częściej mówi się o problemie eurosieroctwa, w kontekście przyczyn sięgania młodych ludzi po substancje psychoaktywne. W ostatnich latach pojawiło się w Polsce nowe zjawisko społeczne, które jest związane z migracją zarobkową Polaków. Eurosieroty to dzieci ponoszące negatywne psychologiczne konsekwencje emigracji rodziców w celach zarobkowych. Rodzice eurosierot to osoby, które podjęły na stałe zatrudnienie w jednym z państw UE lub pracownicy sezonowi, którzy na jesień i zimę wracają do Polski. Zamiennie z dość pejoratywnym określeniem „Eurosieroctwo” stosuje się pojęcie rodziny transnarodowej. Skala zjawiska jest duża, ale trudno o dokładne statystyki, bo nigdzie nie jest to odnotowywane, jak również wielu dorosłych nie ujawnia takich sytuacji.

Z danych zebranych przez Pedagogium WSNS ogólnopolskim badaniu: "Dziecko, rodzina i szkoła, wobec migracji rodzicielskich: 10 lat po akcesji do Unii Europejskiej" realizowanym na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka²¹, wydanym w 2014 r. wynika, że rozłąki z przynajmniej jednym z rodziców w ciągu trzech lat poprzedzających badanie doświadczyła jedna piąta uczniów. Długotrwałej rozłąki z rodzicem doświadczyło 3,2% ogółu badanych uczniów. Badanie zostało zrealizowane w maju i pierwszym tygodniu czerwca 2014 r. na ogólnopolskiej losowej próbie uczniów i nauczycieli (4169 uczniów oraz 272 nauczycieli).

Pozostawione dzieci w kraju częściej zmagają się z uzależnieniami i depresją, częściej popełniają kradzieże, a także podejmują próby samobójcze. Ci młodzi ludzie, pozostawieni sami sobie lub pod opieką dziadków, często szukają wzmocnień w grupie rówieśniczej, a ucieczki od problemów w świecie narkotyków i alkoholu.

3.7. Szkody prawne

Używanie substancji psychoaktywnych może doprowadzić do problemów z prawem. Szkody prawne należy rozpatrzyć w dwóch kategoriach: legalności i szkód popełnianych pod wpływem tych substancji.

Sam fakt „bycia pod wpływem” substancji psychoaktywnej nie jest w Polsce zabroniony, (dotyczy to osób pełnoletnich).

Alkoholu nie można sprzedawać osobom do lat 18 oraz tym, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości. Ustawa wprowadza zakaz sprzedaży, podawania i spożywania alkoholu w szkołach i placówkach opiekuńczych, zakładach pracy, w środkach komunikacji publicznej (z wyjątkiem wagonów restauracyjnych i bufetów w pociągach, gdzie można spożywać niskoprocentowe napoje) oraz na ulicach, placach i parkach.

Prowadzenie pojazdu mechanicznego po użyciu alkoholu jest wykroczeniem i odpowiada się za nie na podstawie art. 87 k.w. Według tego przepisu, za opisywane wykroczenie sprawca może zostać ukarany karą aresztu lub grzywny nie mniejszą niż 50 zł. Sąd ponadto zobligowany jest do orzeczenia o zakazie prowadzenia pojazdów. Zakaz ten powinien obejmować pojazd, którym sprawca dopuścił się wykroczenia. Polskie ustawodawstwo wyróżnia dwa poziomy stężenia alkoholu we krwi – stan po użyciu alkoholu oraz stan nietrzeźwości. Jazda pod wpływem może być wykroczeniem, za które grozi kara aresztu lub grzywny, albo przestępstwem, za które grozi kara grzywny, ograniczenia lub nawet pozbawienia wolności.

Odnosnie narkotyków ustawodawca określa, że w Polsce ich posiadanie, bez względu na rodzaj substancji, jest nielegalne i zagrożone karą pozbawienia wolności. Po nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2011 r. możliwe jest jednak, w niektórych przypadkach, odstąpienie od ścigania za posiadanie nieznacznej ilości narkotyków na własny użytek.

Za posiadanie narkotyków grozi kara do 3 lat pozbawienia wolności. Jeżeli jednak u sprawcy znaleziono znaczną ilość substancji odurzających lub środków psychoaktywnych podlega on karze wyższej – pozbawienia wolności od roku do lat 10. Ustawodawca złagodził zaś odpowiedzialność karną w wypadku mniejszej wagi. Sprawca podlega wówczas grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Pojęcie znacznej ilości środków odurzających lub substancji

21. http://brpd.gov.pl/sites/default/files/raport_dziecko_rodzina_i_szkola_wobec_migracji_rodzicielskich_10_lat_po_akcesji_do_unii_europejskiej.pdf

psychoaktywnych nie zostało zdefiniowane w ustawie. Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie konsekwentnie przyjmuje, że znaczna ilość narkotyków to taka, która wystarcza do jednorazowego odurzenia się co najmniej kilkudziesięciu osób. Penalizacja czynu zabronionego określonego w art. 62 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – typu podstawowego tego czynu zabronionego – następuje, gdy przedmiotem tego czynu jest co najmniej taka ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej, która wystarcza na jednorazowe jego użycie przez jedną osobę w celach innych niż medyczne w dawce przyjętej czy uznawanej jako typowa dla danego środka odurzającego lub substancji psychotropowej.

3.7.1. Naruszenia prawa przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych

Liczba osób ze stanem „nietrzeźwy” zarejestrowanych w poszczególnych kategoriach przestępstw przez jednostki Policji województwa zachodniopomorskiego.

Tabela 5. Naruszenia prawa przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych

	2014	2015	2016
Zabójstwo	10	15	9
Uszczerbek na zdrowiu	130	116	127
Udział w bójce i pobiciu	142	99	101
Wystąpienie przeciw funkcjonariuszowi publicznemu	505	448	400
Nietrzeźwy kierujący	3555	3127	2830

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Liczba nietrzeźwych uczestników dróg, którzy uczestniczyli w wypadkach drogowych na terenie województwa zachodniopomorskiego spadła z 202 w roku 2014 do 148 w 2016 r. Dane statystyczne wskazują, że wzrosła liczba przestępstw narkotykowych popełnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego. Szczegółowe dane ujęte zostały w poniższych tabelach.

Tabela 6. Liczba przestępstw wykrytych oraz liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw z ustawy z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii

Lata	Przestępstwa wykryte	Podejrzani dorośli
2014	2729	1265
2015	2728	1277
2016	2952	1268

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Tabela 7. Liczba skazanych z art. 71 i 72 ustawy z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii

Lata	Skazani ogółem	Skazani na leczenie odwykowe	Skazani na karę bezwzględną
2014	1148	33	354
2015	1161	149	370
2016	1088	28	262

Źródło: Sąd Okręgowy w Szczecinie i Koszalinie

Ceny narkotyków na nielegalnym rynku od paru lat stoją na podobnym poziomie: marihuana 50 zł/g, amfetamina 30 zł/g, kokaina 300 zł/g, ekstazy 20 zł/tabletka.

W latach 2016 Policja skonfiskowała 75985,8 g marihuany, 26964,8 g amfetaminy, 27 g kokainy, 1576 szt. tabletek ekstazy.

Zachodniopomorska Policja zabezpieczyła w 2016 r. 3088 szt. krzewów konopi indyjskich innych niż włókniste.

3.8. Leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego

3.8.1. Dostęp do leczenia

Leczenie odwykowe jest zasadniczą formą interwencji mającą pomóc osobom borykającym się z problemami narkotykowymi, alkoholowymi i behawioralnymi, w tym z uzależnieniami. Kluczowym celem jest tu zapewnienie dobrego dostępu do odpowiedniego leczenia. Leczenie osób uzależnionych w Polsce odbywa się na trzech wymiarach: usługi finansowane przez NFZ wykonywane przez przedsiębiorstwa lecznicze, usługi niefinansowane przez NFZ – instytucje prywatne oraz sektor usług wykonywanych przez organizacje pozarządowe dotowane ze środków publicznych innych niż NFZ.

Z danych uzyskanych od NFZ wynika, że w 2017 w województwie zachodniopomorskim leczenie uzależnień poradzone jest przez:

- 21 Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- 4 Poradnie dla Osób Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych
- 4 Poradnie leczenia uzależnień
- 4 Oddziały dzienne terapii uzależnień od alkoholu
- 4 Oddziały leczenia uzależnień
- 4 Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)
- 1 Oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja).

Najwięcej danych dotyczących leczenia uzależnień pochodzi z *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa zachodniopomorskiego* sporządzonej na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w 2014 r.²²

W 2014 roku w województwie zachodniopomorskim odnotowano 4,04 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako uzależnienia (alkohol, narkotyki, leki, patologiczny hazard), co stanowiło 3,5% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby psychiczne.

Liczba świadczeniodawców w województwie zachodniopomorskim, którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 11. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznań uzależnień zostało wykazane przez 5 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca (SPS ZOZ „Zdroje”) sprawozdał 1,18 (tys.) hospitalizacji dla 0,97 (tys.) pacjentów. Tym samym 29,2% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy.

W województwie zachodniopomorskim liczba poradni, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 21. Według sprawozdania MZ-15 w 2014 roku w województwie wykonano 75,42 tys. porad, w tym 11921 porad lekarskich, 10,33 tys. porad psychologa oraz 53,16 tys. porad innego terapeuty.

Największy świadczeniodawca w województwie sprawozdał 18,00 tys. porad dla 1,64 tys. pacjentów. Tym samym liczba porad na pacjenta u tego świadczeniodawcy wyniosła 10,95. Odsetek porad lekarskich wyniósł w województwie 4%.

Mediana czasu oczekiwania na poradę w województwie wyniosła 74 dni. Zweryfikowano, u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci w 2014 roku w ramach tego samego typu poradni. W województwie zachodniopomorskim 2,85% wszystkich pacjentów odbyło

22. http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/09_zaburzenia_psychiczne_zachodniopomorskiepdf

swoje wizyty tylko u jednego świadczeniodawcy. Natomiast 94,06% pacjentów pojawiało się u 3 lub więcej świadczeniodawców. W Polsce odsetki te wyniosły odpowiednio 94,88% oraz 2,48%.

W województwie zachodniopomorskim liczba poradni, które w 2014 roku sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 4. Według sprawozdania MZ-15 w 2014 roku w województwie wykonano 24,62 tys. porad, w tym 22572 porad lekarskich, 0,03 tys. porad psychologa oraz 2,01 tys. porad innego terapeuty. W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad w tych poradniach wyniosła 12,26 tys. Mediana czasu oczekiwania na poradę w województwie wyniosła 6 dni. Zweryfikowano u ilu świadczeniodawców pojawiali się pacjenci w 2014 roku w ramach tego samego typu poradni. W województwie zachodniopomorskim 2,76% wszystkich pacjentów odbyło swoje wizyty tylko u jednego świadczeniodawcy. Natomiast 95,11% pacjentów pojawiało się u 3 lub więcej świadczeniodawców. W Polsce odsetki te wyniosły odpowiednio 95,12% oraz 2,51%.

W województwie zachodniopomorskim nie ma poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci oraz poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci.

Poniższa tabela prezentuje środki finansowe w zakresie leczenia odwykowego w latach 2014-2016 przeznaczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tabela 8.
Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez NFZ na leczenie uzależnień w województwie zachodniopomorskim w latach 2014-2016

	Nazwa zakresu kontraktowego	2014	2015	2016
Świadczenia stacjonarne	Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych	1 420 400	1 554 710	1 558 590
	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych	187 310	146 290	147 970
	Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	8 418 030	8 302 310	7 775 800
	Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	7 323 460	7 426 890	7 412 370
Świadczenia dzienne	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	1 332 341	1 323 127	1 289 628
	Program leczenia substytucyjnego	638 282	624 682	628 065
	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	5 309 374	5 684 376	5 673 780
	Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	280 066	303 195	300 313
	Leczenie uzależnień	314 245	299 191	300 594

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie

Według bazy organizacji pozarządowych na terenie województwa zachodniopomorskiego działają 43 organizacje pozarządowe, które w statucie ujęły działania na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom.²³ Organizacje te w mniejszym lub większym stopniu zajmują się udzielaniem pomocy osobom uzależnionym, ich rodzinom oraz działalnością profilaktyczną i edukacyjną.

Warto zwrócić uwagę na to, że leczenie uzależnień behawioralnych w Polsce, finansowanych z NFZ, nie odbywa się w specjalnie do tego przeznaczonych placówkach, ale w ramach świadczeń dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (rozpoznanie patologicznego hazardu lub zaburzeń impulsów i popędów). Organizacje pozarządowe ubiegają się o dotacje do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, w ramach środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

3.8.2. Zgłaszalność do leczenia

Największy odsetek osób zgłaszających się na leczenie stanowią osoby uzależnione od alkoholu. W drugiej kolejności są osoby nadużywające lub uzależnione od narkotyków, a na trzecim miejscu uzależnione behawioralnie.

Według najnowszych danych zgromadzonych w Europejskim Raporcie Narkotykowym (2017) powszechne wśród osób używających narkotyków jest jednoczesne przyjmowanie różnych substancji, a indywidualne modele konsumpcji obejmują używanie eksperymentalne, problemowe i uzależnienie. I to właśnie pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia mieszanego²⁴ stanowią większość pacjentów zgłaszających się na leczenie. W tej kategorii najczęściej pojawia się marihuana i alkohol, amfetamina i alkohol, heroina i alkohol, a także tzw. dopalacze, gdyż nie mają one oddzielonej kategorii w ICD-10.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii szacuje, że w Unii Europejskiej w 2015 r. leczeniu uzależnienia od narkotyków poddano 1,4 mln osób (1,6 mln osób, uwzględniając także Norwegię i Turcję). Najliczniejszą grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe stanowią osoby używające opioidów. Wykorzystują one przy tym największą część dostępnych zasobów, głównie w formie leczenia substytucyjnego. Użytkownicy konopi indyjskich i kokainy stanowią odpowiednio drugą i trzecią pod względem liczebności grupę podejmującą specjalistyczne leczenie odwykowe, przy czym głównym sposobem leczenia stosowanym wobec tych pacjentów są interwencje psychospołeczne.

Pacjenci w dalszym ciągu najczęściej trafiają na leczenie z własnej inicjatywy. Obejmuje to także zgłaszanie pacjentów do leczenia przez członków rodziny lub przyjaciół. Osoby trafiające na leczenie w ten sposób stanowiły około połowy wszystkich pacjentów specjalistycznego leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie w 2015 r. Kolejne 25% pacjentów trafiło na leczenie ze skierowania pracowników służby zdrowia i opieki społecznej, podczas gdy 15% do ośrodków skierował wymiar sprawiedliwości. W niektórych państwach istnieją programy (w tym w Polsce), których celem jest kierowanie osób popełniających przestępstwa związane z narkotykami do programów leczenia uzależnień, a nie do systemu sądownictwa karnego. Mogą one polegać na wydaniu przez sąd nakazu poddania się leczeniu lub zawieszenie wykonania kary pod takim warunkiem. W niektórych krajach jest to możliwe na jeszcze wcześniejszym etapie postępowania karnego.²⁵

Leczenie uzależnienia od narkotyków obejmuje często różne placówki, wielokrotnie podejmowanie leczenia oraz pobyty różnej długości w placówkach leczniczych.

23. <http://bazy.ngo.pl>

24. Uzależnienie mieszane - według ICD-10: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków z kategorii od F10-F18 i innych środków psychoaktywnych

25. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2017

3.8.3. Realizacja programu leczenia substytucyjnego

Na terenie województwa zachodniopomorskiego prowadzony jest jeden program leczenia substytucyjnego w ramach NFZ oraz jeden program substytucyjny dla aresztantów w Areszcie Śledczym. Obydwa programy działają w Szczecinie.

Zadaniem tego programu jest podtrzymanie uzależnienia w oparciu o wybrany farmakologiczny substytut narkotyku. Zmiana narkotyku na jego legalny odpowiednik oraz dostęp do serwisów medycznych, terapeutycznych i socjalnych ma ograniczać szkody związane z używaniem narkotyków, a w niektórych przypadkach umożliwiać stabilizację życiową osoby uzależnionej tak, aby w rezultacie następował powrót do pełnienia normalnych ról życiowych – bez warunku utrzymywania abstynencji od środków odurzających. Program ten jest kierowany do osób głęboko i przewlekle uzależnionych od opiatów.

Program leczenia substytucyjnego realizowany jest od 1998 roku przez SPS ZOZ „Zdroje” Poradnia dla Osób Uzależnionych od środków Psychoaktywnych Centrum Psychiatryczne w Szczecinie. Stosowane substytuty to: metadon, a od 2017 r. również Bunorfin (Buprenorphini hydrochloridum).

Leczenie substytucyjne Bunorfinem jest skierowane do osób, które nie uzyskały zadowalających efektów leczenia przeciwbólowego lub źle tolerują morfinę i jej pochodne, a także dla tych pacjentów, którzy mają opór przed stosowaniem tradycyjnych leków opioidowych. Jednak przede wszystkim jest to lek dla młodych osób uzależnionych od opiatów, ceniących aktywne życie, niechących wypadać z ról społecznych.

Obecnie w programie leczy się 69 osób, w tym 3 na Bunorfinie. Wśród tych osób są też pacjenci uzależnieni jatrogennie – 8 osób (z porfirią, chorobami układu kostnego, chorobami nowotworowymi w remisji, z powikłaniami po chemio- i radioterapii).²⁶

Tabela 9. Liczba uczestników programu leczenia substytucyjnego prowadzonego przez SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie w latach 2014-2016

2014	2015	2016
64 w tym w tym 2 osoby po raz pierwszy	72 w tym 12 osób po raz pierwszy	68 w tym 7 osób po raz pierwszy

Źródło: Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”

26. Dane: SPS ZOZ „Zdroje” 2017

4. Realizacja Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania uzależnieniom w latach 2012-2017

Celem głównym *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012-2020* było ograniczenie problemów społecznych i zdrowotnych związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

Program zawierał pięć celów strategicznych:

- Ograniczenie szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych;
- Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego, w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin, w których występuje uzależnienie;
- Ograniczenie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież;
- Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów przeciwdziałania uzależnieniom;
- Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z zażywaniem substancji psychoaktywnych,

które realizowane były poprzez:

- prowadzenie monitoringu uzależnień,
- realizację badań populacji generalnej oraz młodzieży nt. uzależnień,
- organizację szkoleń/konferencji/seminariów/warsztatów,
- prowadzenie edukacji publicznej, w tym kampanii społecznych,
- opracowanie i dystrybucję materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. uzależnień,
- organizację przedsięwzięć, mających na celu doskonalenie zawodowe przedstawicieli różnych grup zawodowych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom,
- wspieranie realizacji programów leczenia substytucyjnego,
- udzielanie dotacji organizacjom pozarządowym,
- udzielanie wsparcia samorządom gminnym w zakresie prowadzonej przez nich lokalnej polityki wobec uzależnień,
- wspieranie przedsięwzięć mających na celu zmniejszenie liczby i skutków wypadków spowodowanych przez osoby pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Tabela 10. Środki wydatkowane na realizację WPPU w latach 2012-2017

Lata	Zwalczanie narkomanii	Przeciwdziałanie alkoholizmowi	Dotacje celowe
2012	13 530,00 zł	422 871,74 zł	235 684,63 zł
2013	79 826,00 zł	662 804,00 zł	378 168,00 zł
2014	21 111,94 zł	417 156,06 zł	313 645,00 zł
2015	48 990,00 zł	511 803,32 zł	364 036,00 zł
2016	35 511,62 zł	363 500,60 zł	363 500,60 zł
2017	95 221,30 zł	477 901,16 zł	331 975,00 zł

Źródło: Opracowanie własne

5. Cele strategiczne i kierunki działań

Podsumowując problematykę uzależnień należy wyodrębnić pięć zagadnień:

- Rozwój uzależnień i pojawienie się nowych akcentów m.in. w postaci nowych substancji psychoaktywnych, pogłębiania się zachowań nałogowych (zaburzeń behawioralnych);
- Przy obecnych trendach będą rosnąć bieżące i dalekosiężne koszty uzależnień narkotykowych (koszty leczenia i terapii, koszty związane ze społecznym funkcjonowaniem tych osób, ograniczeniem, a następnie wyrównaniem ich szans edukacyjnych i zawodowych, niebezpieczeństw wykonywania prac pod wpływem substancji psychoaktywnych, itd.);
- Istnieje potrzeba prowadzenia systematycznej profilaktyki odnośnie zachowań problemowych (narkotyki, dopalacze, leki, alkohol, zaburzenia czynnościowe) w szkołach w postaci nie akcyjności, a regularnych cyklicznych działań, najlepiej warsztatowych;
- Profilaktyka zachowań problemowych (w tym uzależnień) powinna objąć szerokie spektrum działań – od redukcji dostępności środków, po wsparcie rozwoju emocjonalnego jednostki i usprawnienie środowiska społecznego;
- Profilaktyka powinna być kompleksowa. Musi uwzględniać nie tylko wiedzę o zagrożeniach, ale też zwracać uwagę na przyczyny angażowania się w zachowania problemowe (deficyty interpersonalne, społeczne czy wychowawcze) oraz wzmacniać zasady i czynniki chroniące.

Zawarta w Programie diagnoza województwa zachodniopomorskiego i zaprezentowane w niej dane statystyczne, badania oraz dokumenty źródłowe pozwalają rozpoznać skalę zjawiska, a także wyznaczyć priorytetowe kierunki działań w naszym regionie.

Wnioski, jakie można wyciągnąć z diagnozy województwa, kierują uwagę na wzrastającą skalę problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zwłaszcza jeśli chodzi o nowe substancje oraz leki, a także pojawienie się „nowych” zjawisk patologicznych związanych z uzależnieniami od czynności. Należy zwrócić uwagę na ograniczony dostęp do leczenia osób uzależnionych, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach oraz ograniczony dostęp do wsparcia rodzin w kryzysie, wynikającym z uzależnienia w rodzinie. Na szczególną uwagę zasługuje fakt istnienia tylko jednego oddziału detoksykacyjnego dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, na dodatek oddalonego od stolicy województwa o 160 km. Kolejną ważną rzeczą to brak w województwie zachodniopomorskim poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla dzieci oraz poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, finansowanych przez NFZ. Jest to bardzo ważne, gdyż problemy z narkotykami i alkoholem wśród dzieci i młodzieży mają tendencję wzrostową. Podobnie, rzecz się ma z leczeniem uzależnień behawioralnych. Rodzice dzieci i młodzieży mającej problem z sieciami i hazardem czy uzależnieniem od gier mają bardzo wąską ofertę pomocy.

Stąd, mając na uwadze troskę o zdrowie mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, celem głównym Programu jest:

Ograniczenie problemów społecznych i zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.

Cel główny wojewódzkiego programu realizowany będzie za pomocą sześciu celów operacyjnych. Program będzie uwzględniał następujące strategie profilaktyczne: informacyjną (która ma za zadanie dostarczenie właściwych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów), edukacyjną (która ma pomóc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychospołecznych i interpersonalnych) oraz interwencyjną (wsparcie osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych oraz pomoc ich rodzinom – w sytuacjach dla nich trudnych i kryzysowych) oraz działania medyczne, redukcję szkód, a także reintegrację społeczną.

Cel operacyjny 1

Badanie i monitorowanie problemów związanych z uzależnieniami

- 1.1. Monitorowanie epidemiologii uzależnień we współpracy z różnymi podmiotami;
- 1.2. Realizacja badań ilościowych i jakościowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej;
- 1.3. Prowadzenie i koordynacja regionalnej sprawozdawczości na rzecz instytucji krajowych;
- 1.4. Współpraca na rzecz rozwoju konsolidacji monitoringu wojewódzkiego i monitoringów lokalnych;
- 1.5. Gromadzenie i udostępnianie publikacji, raportów, analiz na temat uzależnień.

Wskaźniki:

- liczba opracowanych i udostępnionych raportów;
- liczba przeprowadzonych i zleconych badań;
- rodzaj przedsięwzięć podjętych na rzecz konsolidacji monitoringu wojewódzkiego i monitoringów lokalnych;
- liczba publikacji, raportów, analiz na temat uzależnień;
- kwota dotacji z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów;

Cel operacyjny 2

Działania edukacyjne i informacyjne

- 2.1. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych na temat zagrożeń wynikających z używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia;
- 2.2. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie;
- 2.3. Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach.

Wskaźniki:

- liczba odbiorców;
- liczba i rodzaj działań edukacyjnych i informacyjnych;
- liczba dofinansowanych podmiotów;
- kwota dotacji z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów;
- liczba przedsięwzięć mających na celu upowszechnienie wiedzy na temat skutków stosowania substancji psychoaktywnych;

Cel operacyjny 3**Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom**

- 3.1. Doskonalenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz socjoterapeutycznych, szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psychologowie w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych;
- 3.2. Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych kierowanych do przedstawicieli organizacji pozarządowych i JST;

Wskaźniki:

- liczba odbiorców;
- liczba szkoleń, spotkań, konferencji, seminariów w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom;
- liczba przedsięwzięć mających na celu upowszechnienie wiedzy na temat skutków stosowania substancji psychoaktywnych;
- liczba dofinansowanych podmiotów;
- kwota dotacji z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów;

Cel operacyjny 4**Profilaktyka i rehabilitacja**

- 4.1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz socjoterapeutycznych, lekarzy psychiatrów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów terapii uzależnień i psychologów;
- 4.2. Rozszerzenie oferty programów socjoterapeutycznych, terapeutycznych, psychoedukacyjnych dla osób uzależnionych oraz zagrożonych uzależnieniem, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem;

4.3. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

Wskaźniki:

- liczba szkoleń, spotkań, konferencji, seminariów w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom;
- liczba odbiorców;
- liczba dofinansowanych podmiotów;
- kwota dotacji z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów;

Cel operacyjny 5

Redukcja szkód

- 5.1. Zwiększenie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnień;
- 5.2. Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
- 5.3. Wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
- 5.4. Zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia;
- 5.5. Wspieranie działalności środowisk abstynenckich;
- 5.6. Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów;
- 5.7. Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym.

Wskaźniki:

- liczba i rodzaj wspartych programów redukcji szkód;
- liczba i rodzaj wspartych reintegracji i działań na rzecz aktywizacji zawodowej i społecznej;
- liczba i rodzaj przedsięwzięć wspierających środowiska abstynenckie;
- liczba dofinansowanych podmiotów;
- kwota dotacji z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów;
- dostępność pomocy dla dzieci z FASD i ich opiekunów;
- dostępność pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym;

Cel operacyjny 6

Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym

- 6.1. Monitorowanie problematyki uzależnień behawioralnych;
- 6.2. Realizacja badań dotyczących uzależnień behawioralnych;
- 6.3. Prowadzenie edukacji publicznej na temat uzależnień behawioralnych;
- 6.4. Doskonalenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, lekarzy psychiatrów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistów terapii uzależnień i psychologów, przedstawicieli JST i NGO w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym;
- 6.5. Gromadzenie, opracowanie i dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym.

Wskaźniki:

- liczba i rodzaj przeprowadzonych i zleconych badań;
- liczba i rodzaj przedsięwzięć mających na celu upowszechnienie wiedzy na temat
 - uzależnień behawioralnych;
 - liczba dofinansowanych podmiotów;
 - kwota dotacji z budżetu Województwa Zachodniopomorskiego przeznaczona na realizację dofinansowanych projektów;
 -

Odbiorcami *Programu* są mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego, szczególnie:

- dzieci i młodzież, w tym m.in. z grup podwyższonego ryzyka, ze środowisk zagrożonych z powodu dysfunkcji lub sytuacji społeczno-psychologicznej, a także ich rodziców i opiekunów,
- osoby dorosłe z grup ryzyka,
- rodziny, w których występuje problem uzależnień,
- osoby uzależnione od środków psychoaktywnych i członkowie ich rodzin,
- osoby zagrożone uzależnieniem,
- osoby zajmujące się przeciwdziałaniem uzależnieniom i pomocą osobom i rodzinom z problemem uzależnienia,
- podmioty publiczne, społeczne i prywatne działające w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

Realizatorem *Programu* jest Wydział Współpracy Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego. Partnerami w realizacji *Programu* są osoby fizyczne i prawne realizujące zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

6. Monitorowanie Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022

Monitoring i kontrola efektywności Programu prowadzone będą poprzez takie działania jak: określenie potrzeb, gromadzenie i przetwarzanie danych, dokonywanie analizy i ocen, opracowywanie sprawozdań i raportów. Informacje o realizacji powyżej wyszczególnionych działań będą przekazywane:

- Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego;
- Sejmikowi Województwa Zachodniopomorskiego;
- Strukturom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, m.in. Wydziałowi Finansów i Budżetu;
- Organom administracji rządowej, m.in. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie, Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie.

Nadzór nad realizacją umów beneficjentów Województwa Zachodniopomorskiego sprawowany jest przez: Członków Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego, a także struktury Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, a w szczególności Dyrektora Wydziału Współpracy Społecznej, Dyrektora Wydziału Finansów i Budżetu, Kierownika Biura Audytu Wewnętrzznego oraz Kierownika Biura Kontroli Wewnętrznej.

7. Spis wykresów, tabel i map

7.1. Spis wykresów i map

Mapa 1. Województwo zachodniopomorskie z podziałem na powiaty.

Mapa 2. Średnia roczna liczba nowo wykrywanych zakażeń HIV w latach 2011-2016 według województw.

Wykres 1. Zachorowania na AIDS rozpoznane w latach 2011-2016 według prawdopodobnej drogi transmisji.

7.2. Spis tabel

Tabela 1. Ocena dostępności poszczególnych substancji.

Tabela 2. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu.

Tabela 3. Używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Tabela 4. Liczba zatruc narkotykami w latach 2014-2016.

Tabela 5. Naruszenia prawa przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Tabela 6. Liczba przestępstw wykrytych oraz liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw z ustawy z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 7. Liczba skazanych z art. 71 i 72 ustawy z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 8. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez NFZ na leczenie uzależnień w województwie zachodniopomorskim w latach 2014-2016.

Tabela 9. Liczba uczestników programu leczenia substytucyjnego prowadzonego przez SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie w latach 2014-2016.

Tabela 10. Środki wydatkowane na realizację WPPU w latach 2012-2017.

8. Autorzy Programu

Anna Nowak

Dyrektor Wydziału Współpracy Społecznej Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Zachodniopomorskiego

Kamil Klebański

Wydział Współpracy Społecznej Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Zachodniopomorskiego

Anna Wierchoń

Kierownik Poradni profilaktyki i terapii uzależnień MONAR w Szczecinie

Elżbieta Klukowska

Kuratorium Oświaty w Szczecinie

Katarzyna Rachuba

Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie

Krzysztof Faliński

Penomocnik Marszałka ds. zwalczania uzależnień

Henryk Kędziński

Dyrektor SPZOZ Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu
i Współuzależnienia w Stanominie

Recenzent:

Katarzyna Łukowska

Specjalistka w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych,
prawnik administratywista, psycholog kliniczny, z-ca dyrektora Państwowej Agencji
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.



Wojewódzki Program Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022
stanowi załącznik do Uchwały Nr XXXV/543/18
Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 26 września 2018 r.



Pomorze
Zachodnie