

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr XIII/153/12
Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 21 lutego 2012 r.



**WOJEWÓDZKI PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA UZALEZNIENIOM
NA LATA 2012 - 2020**

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie
2. Diagnoza szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego
 - 2.1. Warunki naturalne oraz demografia
 - 2.2. Dostępność substancji psychoaktywnych
 - 2.3. Używanie substancji psychoaktywnych
 - 2.4. Używanie leków uspokajających i nasennych
 - 2.5. Używanie oraz rozkład spożycia alkoholu
 - 2.6. Używanie tytoniu
 - 2.7. Używanie „dopalaczy”
3. Szkody zdrowotne osób uzależnionych
 - 3.1. Profil osoby leczącej się z powodu używania alkoholu
 - 3.2. Leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w latach 2005-2009 na terenie województwa zachodniopomorskiego
 - 3.3. Profil osoby leczącej się z powodu zażywania substancji psychoaktywnych
 - 3.4. Leczeni z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w latach 2005-2009 na terenie województwa zachodniopomorskiego
 - 3.5. Opieka specjalistyczna wobec leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w latach 2005-2009 na terenie województwa zachodniopomorskiego
 - 3.6. Liczba zakażeń HIV, zachorowań na AIDS
 - 3.7. Zgony z powodu narkotyków
 - 3.8. Realizacja programu leczenia substytucyjnego
4. Udział osób nietrzeźwych oraz pod wpływem narkotyków w naruszaniu prawa i porządku publicznego
 - 4.1. Naruszenia prawa przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych
 - 4.2. Nietrzeźwość w miejscu pracy
5. Baza finansowa i programowa województwa zachodniopomorskiego do realizacji zapisów prawa w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom
 - 5.1. Finansowanie i realizacja zadań z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania prowadzona na terenie województwa zachodniopomorskiego
 - 5.2. Oczekiwania wobec profilaktyki i widoczność działań profilaktycznych
 - 5.3. Zasoby województwa zachodniopomorskiego w zakresie sprawowania leczenia odwykowego
6. Cele strategiczne i kierunki działań
7. Wdrażanie i monitorowanie Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012-2020
 - 7.1. Instrumenty wdrażania oraz podstawy prawne
 - 7.2. Spójność Programu z krajowymi dokumentami programowymi
 - 7.3. Ramy czasowe realizacji Programu
 - 7.4. Monitoring Programu
8. Spis wykresów, tabel i map
 - 8.1. Spis wykresów
 - 8.2. Spis tabel
 - 8.3. Spis map

1. WPROWADZENIE

Zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom realizowane przez Samorząd Województwa ujęte zostały w *Wojewódzkim Programie Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012 – 2020*, stanowiącym część Strategii Województwa Zachodniopomorskiego w Zakresie Polityki Społecznej.

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012 – 2020 jest dokumentem, który po raz pierwszy w tak dużej skali uwzględnia wyniki i opracowania badań dotyczących aspektu uzależnień, przeprowadzonych m.in. przez specjalistów cieszących się międzynarodowym uznaniem, a których populację badawczą stanowili wyłącznie mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego. Badanie takie przeprowadził na zlecenie Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego Pan Janusz Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wyniki zaprezentowane zostały w *Raporcie z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim w 2010 roku*.

Niniejszy Program stanowi aktualizację *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2006 – 2015* w związku z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, która wprowadziła obowiązek opracowania w odrębnej formie wojewódzkiego programu dotyczącego przeciwdziałania przemocy.

Należy podkreślić, iż Program, stanowiąc integralną część Strategii Województwa Zachodniopomorskiego, jest najważniejszym aktem prawa lokalnego, wyznaczającym kierunki działań wszystkich osób, instytucji, jednostek, zajmujących się problematyką uzależnień na terenie naszego województwa.

2. DIAGNOZA SZKÓD ZWIĄZANA Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

2.1. WARUNKI NATURALNE ORAZ DEMOGRAFIA

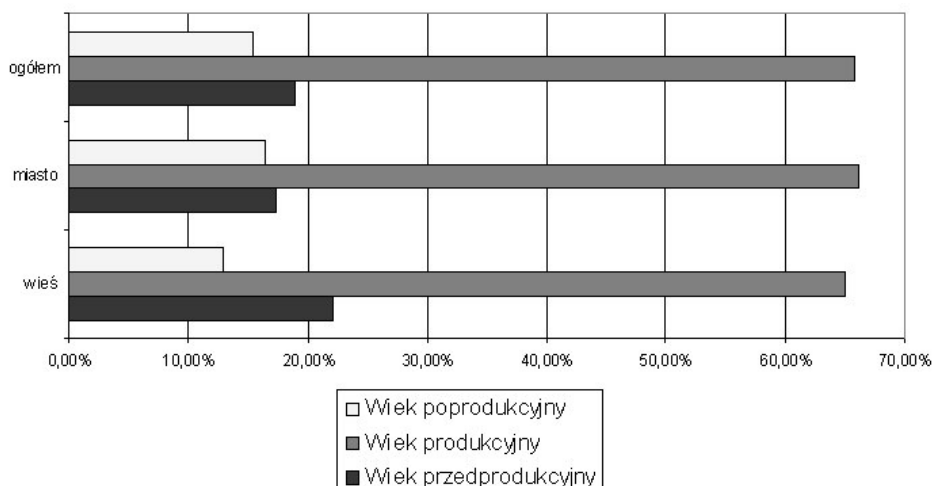
Województwo zachodniopomorskie jest jednym z 16 województw. Powstało w wyniku reformy administracji publicznej przeprowadzonej w 1999 roku. Obszar województwa podzielony został na 21 powiatów, w tym 3 powiaty grodzkie i 18 ziemskich. W województwie znajdują się 64 miasta, w tym 3 miasta na prawach powiatu (powiaty grodzkie). Powierzchnia województwa wynosi 22 901 km². Pod względem powierzchni nasze województwo zajmuje piąte miejsce wśród województw w kraju, a pod względem liczby mieszkańców jedenaste.

Mapa 1. Województwo zachodniopomorskie z podziałem na powiaty



Liczba ludności według stanu na 31.12.2009 roku wynosiła 1 693 198 i wzrosła o 241 osób w porównaniu z rokiem 2008. Liczba mężczyzn wynosiła 821 446 i zwiększyła się o 9 osób w porównaniu z rokiem poprzednim, a liczba kobiet wynosiła 871 752 i wzrosła o 232. Populacja mężczyzn wynosiła 48,5 % ogółu ludności województwa, natomiast populacja kobiet wynosiła 51,5 %. Udział procentowy kobiet i mężczyzn w ogólnej liczbie ludności w 2009 roku utrzymywał się na poziomie roku poprzedniego. Liczba mieszkańców miast była większa niż liczba mieszkańców wsi. Wielkości te wynosiły: 1 162 611 mieszkańców w miastach (o 1 447 mniej niż w roku 2008), co stanowiło 68,7 % ogólnej liczby mieszkańców województwa oraz 530 587 mieszkańców wsi (o 1 688 więcej niż w roku 2008) – 31,3 % ogólnej liczby mieszkańców województwa.

Wykres 1. Ludność wg grup wiekowych w 2009 roku % ogólnej liczby ludności



Źródło: Wydział Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie

2.2. DOSTĘPNOŚĆ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Z Raportu z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim wynika, iż na terenie województwa zachodniopomorskiego występuje wysoki poziom dostępności leków uspokajających i nasennych. Ponad jedna czwarta osób biorących udział w badaniu (23,9%) uznała je za łatwe, bądź bardzo łatwe do zdobycia, a tylko 25,3% uznało ich zdobycie za niemożliwe. W przeważającej większości badani nie mieli także problemów z oceną dostępności leków. Odpowiedź „Nie wiem” wybrało tylko 16,5% ankietowanych.

Trudniejsza do oceny okazała się kwestia dostępu do substancji nielegalnych. Od dokonania oceny uchylało się, w zależności od rodzaju ocenianej substancji, od 21,6% badanych w przypadku przetworów konopi do 36,3% w przypadku cracku. Relatywnie najmniej braków oceny odnotowano w przypadku substancji bardziej rozpowszechnionych na naszym rynku. Jednakże na tle ocen dostępności leków uspokajających i nasennych dostępność substancji nielegalnych jest oceniana wyraźnie niżej. Odsetki badanych, którzy uważają, że środki nielegalne są dla nich niemożliwe do zdobycia wahają się od 33,4% w przypadku przetworów konopi indyjskich do 48,3% w przypadku cracku. Respondenci biorący udział w badaniach ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim w 2010 roku określili dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych. Rozkład odpowiedzi na pytanie o stopień łatwości zdobycia poszczególnych substancji zawarty został w poniższej tabeli.

Tabela 1. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych - rozkład odpowiedzi na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej w wymienionych substancji

	Nieemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Leki uspokajające lub nasenne	25,3	13,8	20,5	13,3	10,6	16,5
Marihuana lub haszysz	33,4	9,2	12,9	14,8	8,1	21,6
LSD	42,3	9,3	7,0	4,9	0,8	35,7
Grzyby halucynogenne	43,9	10,6	6,1	3,4	1,2	34,9
Ecstasy	44,1	10,4	6,5	4,4	1,3	33,3
Amfetamina	43,8	10,4	6,4	5,1	1,5	32,9
Crack	48,3	9,9	3,3	1,9	0,3	36,3
Kokaina	48,2	9,8	3,8	2,5	0,3	35,4
Heroina	50,0	9,4	3,1	2,1	0,5	35,0
Sterydy anaboliczne	45,9	10,9	3,6	3,6	1,7	34,5
GHB	47,9	9,5	3,2	1,8	1,7	35,9
"Kompot"	45,6	8,8	6,4	2,6	0,5	36,1
Bimber	35,0	8,7	7,5	12,4	8,3	28,1
Dopalacze	34,4	8,6	6,9	8,1	12,1	29,9

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Dostępność alkoholu produkowanego nielegalnie domowym sposobem (bimbru) oceniana jest na poziomie zbliżonym do ocen dostępności przetworów konopi (31,7% badanych uważa zdobycie tego napoju za niemożliwe, zaś łatwy lub bardzo łatwy dostęp deklaruje 20,7% badanych). Podobnie też układają się oceny dostępności tzw. dopalaczy – 34,4% badanych uważa, że w ogóle nie ma do nich dostępu, zaś 20,2% uważa, że ma łatwy lub bardzo łatwy dostęp.

Tabela 2. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „dosyć łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg wieku badanych

	15-24	25-34	35-64	Ogółem
Leki uspokajające lub nasenne	23,7	28,1	22,3	23,9
Marihuana lub haszysz	48,3	30,1	11,4	23,0
LSD	15,1	7,3	1,9	5,8
Grzyby halucynogenne	9,0	6,9	2,1	4,6
Ecstasy	13,4	8,7	1,8	5,7
Amfetamina	14,1	9,1	2,9	6,5
Crack	2,5	5,0	1,0	2,2
Kokaina	4,4	5,0	1,4	2,8
Heroina	4,4	4,3	1,2	2,5
Sterydy anaboliczne	10,0	5,8	3,3	5,2
GHB	5,1	5,8	2,0	3,5
"Kompot"	6,1	5,0	1,2	3,1
Bimber	31,7	25,5	15,0	20,7
Dopalacze	31,6	20,6	16,1	20,2

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Zauważa się, że najłatwiejszy dostęp do poszczególnych substancji mają osoby w wieku 15-24 lata. W kolejnej grupie wiekowej odsetki badanych, którym zdobycie poszczególnych środków nie sprawia trudności spadają, choć wobec niektórych substancji obserwujemy brak spadku. Odmienny kształt zależności między wiekiem badanych, a ocenami dostępu występuje w przypadku leków uspokajających i nasennych. Odsetek badanych deklarujących łatwy lub bardzo łatwy dostęp do leków jest najwyższy w kategorii wiekowej 25-34 lata. Należy stwierdzić, iż czynnikiem różnicującym oceny badanych są własne doświadczenia z narkotykami.

Tabela 3. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg używania substancji nielegalnych kiedykolwiek w życiu

	Używali kiedykolwiek	Nigdy nie używali
Leki uspokajające lub nasenne	26,6	23,4
Marihuana lub haszysz	59,1	16,0
LSD	14,6	4,1
Grzyby halucynogenne	13,3	2,9
Ecstasy	15,0	3,9
Amfetamina	16,0	4,7
Crack	2,1	2,3
Kokaina	3,3	2,7
Heroina	1,0	2,8
Sterydy anaboliczne	13,7	3,6
GHB	5,7	3,1
"Kompot"	3,0	3,1
Dopalacze	28,0	19,3

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

W przytoczonym Raporcie potwierdzone zostały założenia badaczy, iż osoby osobiście doświadczające działania narkotyków oceniają ich dostępność wyżej niż ci, którzy z narkotykami nie mieli do czynienia. Natomiast osoby zaliczane do aktualnych, okazjonalnych użytkowników oceniają ich dostępność jeszcze wyżej. Jednakże aż 69,6% okazjonalnych użytkowników narkotyków uważa, że mają łatwy, bądź bardzo łatwy dostęp do przetworów konopi, podczas gdy analogiczny odsetek wśród osób, które nie używały narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy wynosi 20,2%.

Tabela 4. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „dosyć łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg używania substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy

	Używali w czasie ostatnich 12 miesięcy	Nie używali w czasie ostatnich 12 miesięcy
Leki uspokajające lub nasenne	26,5	23,8
Marihuana lub haszysz	69,6	20,2
LSD	12,9	5,3
Grzyby halucynogenne	20,5	3,6
Ecstasy	11,6	5,4
Amfetamina	17,8	5,9
Crack	-	2,4
Kokaina	9,6	2,4
Heroina	3,0	2,5
Sterydy anaboliczne	15,4	4,6
GHB	10,7	3,1
"Kompot"	8,6	2,7
Dopalacze	29,6	20,2

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Wyniki badań ankietowych wskazują na zależność między wiekiem badanych w przypadku eksperymentowania a narażeniem na propozycje zażycia narkotyków.

Tabela 5. Propozycje zażycia substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wieku badanych

	15-24	25-34	35-64
Leki uspokajające lub nasenne	7,0	6,4	6,7
Marihuana lub haszysz	44,7	30,6	11,0
LSD	16,5	1,3	1,4
Grzyby halucynogenne	10,5	2,2	0,9
Ecstasy	14,0	3,0	1,3
Amfetamina	10,7	5,7	2,1
Crack	4,1	0,7	0,5
Kokaina	5,0	1,2	0,7
Heroina	5,0	0,0	1,1
Sterydy anaboliczne	9,0	2,4	1,6
GHB	4,1	0,0	0,0
"Kompot"	8,3	1,2	0,6
Bimber	25,4	6,8	4,6
Dopalacze	28,6	11,0	7,2

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

O dostępie badanych do poszczególnych substancji wnioskowano analizując kontakty z osobami, które ich używają. Założono, że badani, którzy w swoim otoczeniu mają wiele osób używających

narkotyków mają do nich łatwiejszy dostęp niż ci, którzy nie znają nikogo, kto sięgałby po narkotyki. Wskaźnik rozpowszechnienia używania substancji w najbliższym otoczeniu badanych można też z pewnymi zastrzeżeniami interpretować jako wskaźnik ryzyka sięgania po te substancje. Znaczne rozpowszechnienie substancji wśród znajomych respondenta może zwiększać szanse na to, że będzie on ich używał.

Tabela 6. Osoby używające substancji w otoczeniu badanego – rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pan(i) sądzi jak wielu Pana(i) znajomych używa poniższych substancji?

	Nikt	Tylko kilka	Około połowy	Większość	Wszyscy
Marihuana lub haszysz	66,9	28,4	4,3	0,5	-
LSD	95,0	4,6	0,3	-	-
Grzyby halucynogenne	94,9	4,9	0,2	-	-
Ecstasy	92,6	6,9	0,5	-	-
Amfetamina	89,2	10,5	0,3	-	-
Kokaina	97,1	2,4	0,5	-	-
Crack	98,3	1,6	0,2	-	-
Heroina	98,5	1,4	0,2	-	-
„Kompot”	97,7	1,8	0,2	-	0,4
Sterydy anaboliczne	92,2	6,8	1,0	-	-
GHB (pigułka gwałtu)	99,0	0,7	0,3	-	-
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	92,7	6,4	0,8	-	-
Leki uspokajające i nasenne	79,3	18,8	1,5	0,4	-

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Jedną z miar dostępności narkotyków zastosowaną w badaniu było pytanie o czas potrzebny do ich zdobycia. Więcej niż co piąty badany jest w stanie zdobyć marihuanę lub haszysz w czasie nie dłuższym niż jeden dzień (17,9%). Dla 9,6% badanych wystarczyłoby nie więcej niż kilka godzin. Na zdobycie innych środków potrzeba zwykle więcej czasu. Na przykład amfetaminę, drugą, co do dostępności substancję, zdobyłoby w czasie nie dłuższym niż jeden dzień tylko 6,3% badanych, a w czasie nie przekraczającym kilku godzin tylko 2,4% badanych. W przypadku każdej substancji dużo ponad trzy czwarte badanych nie potrafiło określić czasu potrzebnego do ich zdobycia lub uznało, że dotarcie do nich byłoby w ogóle niemożliwe.

Tabela 7. Jak Pan(i) myśli, ile czasu potrzebowal(a)by Pan(i) na zdobycie następujących substancji, gdyby chciał(a) Pan(i) je zdobyć?

	Jedną godzinę lub mniej	Kilka godzin	Jeden dzień	Kilka dni lub więcej	Niemożliwe	Nie wiem
Marihuana lub haszysz	2,4	7,2	8,3	14,6	29,6	37,8
Amfetamina	0,5	1,9	3,9	8,8	37,7	47,2
Ecstasy	0,5	1,0	2,1	6,6	39,6	50,2
Heroina	0,2	0,4	2,1	4,0	42,2	51,1

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Dodatkowo użytkowników przetworów konopi pytano, w jaki sposób, od kogo i gdzie weszli w posiadanie marihuany lub haszyszu ostatnim razem, gdy używali tej substancji. Spośród różnych sposobów zaopatrywania się w przetwory konopi badani, którzy używali przetworów konopi, najczęściej wskazywali na otrzymywanie od kogoś (67,1%) lub zakup (47,9%). Bardzo rzadko zdarza się samodzielna hodowla (2,5%), a inne sposoby nie występują w ogóle.

Tabela 8. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to jak je Pan(i) zdobył(a), kiedy używał(a) ich Pan(i) ostatnim razem?

	W całej populacji	Wśród użytkowników konopi
1. Kupiłem	6,8	47,9
2. Dostałem	9,5	67,1
3. Wyhodowałem sobie	0,4	2,5
4. Inne	-	-

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Pod względem miejsca, gdzie pozyskiwano marihuanę lub haszysz badani podzielili się na trzy grupy: dla 60,4% był to prywatny dom, dla 27,3% - otwarte miejsce publiczne takie jak park, dworzec lub ulica, zaś dla 30,8% - takie miejsce jak bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej, itp. W miejscu pracy lub nauki zdobywało marihuanę lub haszysz tylko 5,5% konsumentów przetworów konopi.

Tabela 9. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to gdzie je Pan(i) zdobył(a), gdy używał(a) ich Pan(i) ostatnim razem?

	W całej populacji	Wśród użytkowników konopi
1. Dom prywatny	8,5	60,4
2. Otwarte miejsce publiczne (park, dworzec, ulica)	3,9	27,3
3. Miejsce pracy lub nauki (szkoła, uniwersytet, zakład pracy, itp.)	0,8	5,5
4. Bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej, itp.	4,4	30,8
5. Inne	-	-

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim.

2.3. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Na szeroką gamę, innych niż alkohol i tytoń, substancji psychoaktywnych składają się takie substancje legalne, jak leki przeciwbólowe i nasenne, sterydy anaboliczne czy substancje wziewne oraz różnorodne substancje nielegalne. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu substancje, których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo. W języku publicystyki substancje te często nazywane są narkotykami.

Zdecydowana większość badanych, niezależnie od wieku, jest zorientowana w nazwach poszczególnych środków. Mniej niż 1% badanych nie znało żadnego ze środków. Nie oznacza to jednak, że wszystkie środki są jednakowo szeroko znane. Najwyższy odsetek badanych - 90%

słyszało o marihuanie, heroinie, kokainie oraz amfetaminie. Niewielu mniej respondentów zetknęło się z nazwami: haszysz (82,0%), GHB (82,8%) i ecstasy (77,6%). Nazwa „kompot” nieobca była 68,9% badanych, zaś o grzybach halucynogennych słyszało 69,4% badanych. Nieco mniej popularne są nazwy LSD i sterydy anaboliczne (61-66% badanych), a najmniej znany jest crack (40,3%). Znajomość poszczególnych substancji okazała się być zróżnicowana ze względu na płeć respondentów, ale tylko w przypadku niektórych z nich i to w niewielkim stopniu. Niektóre substancje były znane w większym stopniu mężczyznom niż kobietom (kompot, substancje wziewne, sterydy anaboliczne). W przypadku większości środków nie odnotowano istotnych różnic między przedstawicielami obu płci.

Silniejsze zróżnicowanie co do znajomości poszczególnych substancji wprowadza wiek badanych, dotyczy ono większości z nich. Najsilniej zróżnicowana względem wieku badanych jest znajomość LSD, grzybów halucynogennych i ecstasy. Z brakiem zróżnicowania mamy do czynienia w przypadku marihuany i amfetaminy. Większość różnic przebiega wedle modelu: wyższy i zarazem podobny poziom znajomości u osób w wieku 15-24 lata i 25-34 lata i wyraźnie niższy poziom znajomości u osób w wieku 35-64 lata. Od tego modelu odbiega znajomość „polskiej heroiny”, czyli „kompotu”. Nazwa tej substancji nie obca jest przede wszystkim osobom w wieku 25-34 lata, w mniejszym stopniu najmłodszym, a najmniej najstarszym, czyli badanym z kategorii wiekowej 35-64 lata. Wynik ten sugeruje tezę o odchodzeniu w przeszłość tej tradycyjnej dla naszej sceny lekowej substancji.

Tabela 10. Wiedza o substancjach psychoaktywnych wg wieku badanych

	15-24	25-34	35-64
Marihuana	98,4	97,8	97,8
Haszysz	97,5	94,7	71,5
LSD	75,1	71,2	52,3
Grzyby halucynogenne	84,2	76,3	61,5
Ecstasy	92,5	87,4	68,6
Amfetamina	98,4	97,0	97,7
Kokaina	95,9	97,7	88,5
Crack	55,1	50,4	31,2
Heroina	95,8	95,6	86,9
"Kompot"	74,6	80,7	62,2
Sterydy anaboliczne	77,2	66,2	62,0
GHB	90,2	83,5	80,0
Substancje wziewne	93,4	89,1	84,5

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się przetwory konopi indyjskich, czyli marihuana lub haszysz. Chociaż raz w życiu próbowało ich 14,6% badanych. Do aktualnych użytkowników zalicza się 5,4%, a do przyjmowania w czasie ostatnich 30 dni przyznało się 2,1%. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia lokuje się amfetamina – 2,5% eksperymentujących i 0,5% użytkowników okazjonalnych. Nikt nie przyznał

się do jej używania w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Trzecie miejsce należy do ecstasy - odpowiednio 1,4%, 0,2% i 0,2%, a czwarte do sterydów anabolicznych - odpowiednio 1,2%, 0,2% i 0,2%. Pozostałe środki nie osiągnęły granicy 1%, nawet gdy chodzi tylko o eksperymentowanie.

Niektóre ze środków („kompot”, crack) pojawiają się tylko w doświadczeniach z całego życia, nie występują natomiast w ogóle w odpowiedziach na pytanie o ostatnie 12 miesięcy lub były używane w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie wystąpiły w czasie ostatnich 30 dni. Nie oznacza to oczywiście, że w populacji nie ma w ogóle osób używających aktualnie tych środków, jest ich jednak na pewno tak niewiele, że w próbie byli oni nie do uchwycenia. Substancjami, których używania nie potwierdził żaden z badanych, nawet w doświadczeniach z całego życia, są GHB, crack, heroina i metadon.

Tabela 11. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Marihuana lub haszysz	14,6	5,4	2,1
LSD	0,5	-	-
Amfetamina	2,5	0,5	-
Grzyby halucynogenne	0,6	-	-
Ecstasy	1,4	0,2	0,2
Crack	-	-	-
Kokaina	0,4	0,4	0,2
Heroina	-	-	-
Metadon	-	-	-
"Kompot"	0,1	-	-
GHB	-	-	-
Sterydy anaboliczne	1,2	0,2	0,2
Substancje wziewne	0,6	0,2	-
Inne	-	-	-
Jakakolwiek substancja przyjmowana w zastrzykach	0,4	-	-
Marihuana lub haszysz jednocześnie z alkoholem	3,6	1,2	0,6
Leki uspokajające lub nasenne jednocześnie z alkoholem	0,2	-	-

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Należy stwierdzić, iż rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależne jest od płci. W przypadku praktycznie wszystkich substancji mężczyźni częściej deklarują próby ich używania. Od tej reguły odbiegają niektóre substancje o śladowym rozpowszechnieniu („kompot”, grzyby halucynogenne). Z reguły tej wyłamuje się także zjawisko łącznego używania przetworów konopi oraz alkoholu, jednakowo często spotykane wśród mężczyzn i wśród kobiet.

Tabela 12. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg płci badanych

	Mężczyźni	Kobiety
Marihuana lub haszysz	17,9	11,3
LSD	1,0	-
Amfetamina	4,4	0,7
Grzyby halucynogenne	0,6	0,5
Ecstasy	1,8	1,1
Crack	-	-
Kokaina	0,7	-
Heroina	-	-
Metadon	-	-
"Kompot"	-	0,2
GHB	-	-
Sterydy anaboliczne	2,4	-
Substancje wziewne	1,1	0,2
Inne	-	-
Jakakolwiek substancja przyjmowana w zastrzykach	0,8	-
Marihuana lub haszysz jednocześnie z alkoholem	3,8	3,4
Leki uspokajające lub nasenne jednocześnie z alkoholem	0,4	-

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Jeszcze silniejsze zróżnicowanie wprowadza wiek. W przypadku dwóch najbardziej rozpowszechnionych środków, tj. przetworów konopi oraz amfetaminy, najwięcej doświadczeń zebrały osoby w wieku 16-24 lat. Nieco mniej trochę starsi - 25-34 lata. Odsetek osób po trzydziestym czwartym roku życia, które używały kiedykolwiek tych substancji jest już wyraźnie mniejszy. Inaczej rzecz ma się z ecstasy – wprawdzie odsetek osób, które sięgały po tę substancję wśród najmłodszych jest podobnie jak poprzednio najwyższy, ale niewiele mniejszy odnotowujemy także wśród najstarszych, tj. w wieku 55-64 lata. Doświadczenia z kokainą pojawiają się jedynie w grupach wiekowych 25-34 lata oraz 55-64 lata, natomiast substancje wziewne raportowane były tylko w grupie wiekowej 55-64 lata.

Tabela 13. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg wieku badanych

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Marihuana lub haszysz	22,6	17,0	11,6	11,3	9,7
LSD	2,5	-	-	-	-
Amfetamina	5,8	4,3	1,3	-	1,0
Grzyby halucynogenne	2,5	-	0,6	-	-
Ecstasy	2,5	1,5	-	0,9	2,1
Crack	-	-	-	-	-
Kokaina	-	0,7	-	-	1,0
Heroina	-	-	-	-	-
Metadon	-	-	-	-	-
"Kompot"	-	-	0,6	-	-
GHB					
Sterydy anaboliczne	-	0,7	-	-	5,3
Substancje wziewne					
Inne	0,8	-	0,6	0,9	1,0
Jakakolwiek substancja przyjmowana w zastrzykach	-	-	-	-	2,1
Marihuana lub haszysz jednocześnie z alkoholem	6,6	3,6	3,4	2,2	2,1
Leki uspokajające lub nasenne jednocześnie z alkoholem	-	-	-	-	1,0

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Podobnie w przypadku używania eksperymentalnego wyższe rozpowszechnienie obserwujemy wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Właściwie wśród kobiet pojawiają się jedynie przetwory konopi. Używanie innych substancji nie zostało ani razu zadeklarowane w tej grupie. Nie oznacza to, że innych narkotyków używają jedynie mężczyźni, jednak rozpowszechnienie wśród kobiet jest na tyle niskie, że nieuchwytnie w badaniach ankietowych na niewielkiej próbie. Odsetek mężczyzn - okazjonalnych użytkowników marihuany lub haszyszu - jest ponad trzykrotnie wyższy niż analogiczny odsetek kobiet. Rozpowszechnienie okazjonalnego używania substancji nielegalnych zależne jest też od stanu cywilnego badanych. Osoby używające narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy spotykamy przede wszystkim wśród kawalerów i panien. Jest ich w tej grupie sześć razy więcej niż wśród osób w stanie małżeńskim lub osób rozwiedzionych. Nie odnotowano nikogo używającego substancji nielegalnych w grupie wdów i wdowców. Czynnikiem mającym wpływ na okazjonalne używanie narkotyków okazała się wielkość miejscowości zamieszkania respondentów. Inaczej niż można by oczekiwać, wyższe rozpowszechnienie spotykamy w miastach liczących do 50 tys. mieszkańców, a nie w dużych miastach, tj. powyżej 200 tys. mieszkańców. Wykształcenie badanych nie wprowadza istotnego statystycznie zróżnicowania. Okazjonalnych użytkowników narkotyków znajdujemy w podobnych odsetkach wśród osób z różnych kategorii wykształcenia. Zróżnicowanie wprowadza natomiast fakt posiadania dzieci. Osoby bezdzietne prawie trzykrotnie częściej niż posiadające dzieci zaliczają się do grona użytkowników narkotyków. W podziale według statusu zawodowego warto zwrócić uwagę na jedną kategorię o zdecydowanie najwyższym rozpowszechnieniu, tj. uczniów i studentów (10,9%). Wśród osób bezrobotnych rozpowszechnienie okazjonalnego używania narkotyków nie jest wyższe niż wśród pracujących. Jeśli analizie poddamy

tylko pracujących, to okazjonalnych użytkowników spotkamy z podobną częstotliwością na stanowiskach kierowniczych, szeregowych i samodzielnych, różnice między nimi nie są istotne statystycznie. Okazjonalne używanie narkotyków nie wiąże się w statystycznie istotny sposób z przynależnością społeczno-zawodową. Warto jednak zauważyć, że większy odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków stanowią badani z najwyższej i najniższej kategorii dochodów. 11,3% użytkowników konopi miało chęć zaprzestania używania marihuany, zaś 3,1% miało wrażenie, że używanie wymknęło się spod kontroli.

2.4. UŻYWANIE LEKÓW USPOKAJAJĄCYCH I NASENNYCH

Leki uzależniające z grupy uspokajających i nasennych są stosowane niekiedy w ramach leczenia z przepisu lekarza. Zdarza się jednak, że niektórzy sięgają po nie bez wskazań lekarskich, dla zmiany swojego samopoczucia. Mówimy wtedy o nadużywaniu, albo o używaniu w celach niemedycznych. 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. Rozpowszechnienie używania tych leków na przestrzeni całego życia, w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem i ostatnich 30 dni przed badaniem zawiera poniższa tabela.

Tabela 14. Używanie leków uspokajających lub nasennych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Z zalecenia lekarza	8,2	3,8	1,2
Bez zalecenia lekarza	4,0	2,9	0,2

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Odsetek osób sięgających po leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza jest niższy niż odsetek osób przyjmujących te leki z przepisu lekarza. W przypadku używania kiedykolwiek w życiu „niemedyczne” używanie tych leków jest ponad dwukrotnie mniej powszechne niż używanie „medyczne”. W przypadku używania okazjonalnego (ostatnie 12 miesięcy) te różnice są mniejsze, zaś w sytuacji częstego używania (ostatnie 30 dni) – większe. Daje się zauważyć zróżnicowanie wprowadzone przez wiek, gdzie odsetek użytkowników leków w starszych grupach wieku jest wyraźnie wyższy. Odsetki użytkowników leków rosną wraz z wiekiem, największy skokowy wzrost występuje między kategoriami wiekowymi 45-54 lata i 55-64 lata. Inaczej jest w przypadku używania bez zaleceń lekarskich – tutaj za sprawą niewielkich liczb obraz zróżnicowania jest mniej przejrzysty.

Tabela 15. Używanie leków uspokajających lub nasennych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg wieku badanych

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Z zalecenia lekarza	-	-	1,3	4,9	13,2
Bez zalecenia lekarza	-	1,5	2,3	-	2,1

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Używanie leków bez wskazań lekarskich najbardziej rozpowszechnione jest w grupie wiekowej 35-44 lata, jednak w najstarszej grupie odsetek jest niewiele niższy. Warto zauważyć, że w grupie wiekowej 15-24 lata używanie leków w ogóle się nie pojawia. W starszych grupach wiekowych odsetki nadużywających rosną znacznie wolniej niż odsetki używających z przepisu lekarza. Oznaczać to może, że przynajmniej w większości uchwyconych w badaniu przypadków chodzi o funkcje lecznicze realizowane w postaci samoleczenia.

Tabela 16. Używanie leków uspokajających lub nasennych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg płci i wieku badanych

	Mężczyźni			Kobiety		
	15-24	25-34	35-64	15-24	25-34	35-64
Z zalecenia lekarza	-	-	5,4	-	-	7,7
Bez zalecenia lekarza	-	2,9	2,3	-	-	0,6

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Wśród kobiet używanie leków uspokajających i nasennych pojawia się dopiero po 34 roku życia, i to niezależnie od tego, czy mowa o używaniu z przepisu lekarza, czy też o nadużywaniu. Wśród mężczyzn używanie leków z zalecenia lekarza występuje tylko w kategorii wiekowej 35-64 lata, podczas gdy bez zalecenia lekarza leki te stosowane są także przez osoby w wieku 25-34 lata.

2.5. UŻYWANIE ORAZ ROZKŁAD SPOŻYCIA ALKOHOLU

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną. Do ich konsumentów zalicza się 77,7% mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Za konsumenta alkoholu uważa się tu osobę, która chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających moment badania piła jakiegokolwiek napój alkoholowy, tj. piwo, wino lub napój spirytusowy.

Tabela 17. Odsetek konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych

Napoje alkoholowe ogółem	77,7
Napoje spirytusowe	57,8
Wino	55,8
Piwo	62,9

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Ogólna średnia liczba dni, w których pito jakiegokolwiek napój alkoholowy wynosi 45. Można zatem powiedzieć, że przeciętny konsument alkoholu pije co 8 dni. Ta średnia częstotliwość przybiera różne wartości dla poszczególnych napojów alkoholowych. Najczęściej pije się piwo, konsumenci tego trunku piją go co 8 dni. Konsumenci wina i napojów spirytusowych sięgają po te napoje rzadziej, bo średnio co 17 dni. Do podobnych wniosków prowadzi analiza odsetka badanych, którzy piją co najmniej raz w tygodniu. Odsetek ten jest podobny dla napojów spirytusowych oraz dla wina i wyraźnie niższy niż dla piwa. Jednocześnie odsetek pijących piwo średnio nie rzadziej niż raz na tydzień jest niemal taki sam, jak odsetek pijących jakiegokolwiek napój alkoholowy z taką częstotliwością.

Tabela 18. Częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych oraz wszystkich napojów ogółem (konsumenci danego napoju alkoholowego)

	Średnia liczba dni picia w roku	Odsetek pijących, co najmniej raz w tygodniu
Napoje spirytusowe	22	13,6
Wino	21	11,8
Piwo	46	29,9
Wszystkie napoje alkoholowe	45	29,0

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Wino wydaje się pełnić bardziej funkcje symboliczne. Wódka pozostaje w swojej tradycyjnej roli podstawowego okazjonalnego napoju alkoholowego, dla wielu pełni funkcje intoksykacyjne. Picie piwa ma bardziej codzienny charakter, wydaje się, że czasem zastępuje napoje orzeźwiające.

Stosunkowo niskie spożycie, nie przekraczające 1,2 litra czystego alkoholu rocznie, cechuje blisko 1/3 konsumentów alkoholu. Na poziomie 1,2-6,0 litra spożycia 100% alkoholu rocznie lokuje się blisko połowa jego konsumentów. Znaczne ilości, powyżej 12 litrów 100% alkoholu rocznie, spożywa 9,6% pijących. Jeśli przypomnimy sobie, że średnie spożycie dla pijących wynosiło 4,56 litra to oszacować możemy, że poniżej tego poziomu pije znacznie ponad połowa konsumentów. Osoby, których roczną konsumpcję wylicza się na poziomie przekraczającym 12 litrów traktuje się jako nadmiernie pijące. Jeśli tę grupę odniesiemy do wszystkich badanych, to możemy oszacować proporcję nadmiernie pijących na 6,9%.

Tabela 19. Konsumenci napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na 100% alkoholu (odsetek badanych)

	Wśród wszystkich	Wśród konsumentów
	Odsetek pijących napoje alkoholowe w ilościach rocznie	Odsetek pijących napoje alkoholowe w ilościach rocznie
Abstynenci*	28,0	X
Do 1,2 l.	23,2	32,1
Pow. 1,2 do 6,0 l.	35,3	49,0
Pow. 6,0 do 12,0 l.	6,7	9,3
Pow. 12,0 l.	6,9	9,6

* Odsetek abstynentów policzony po odrzuceniu braków danych, co do wielkości spożycia alkoholu

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Rozpowszechnienie nadmiernego picia wiąże się z wiekiem. Najwyższe rozpowszechnienie występuje przed 25 rokiem życia. Między 25 a 44 rokiem życia odsetek pijących nadmiernie jest niemal dwa razy mniejszy. W kolejnej kategorii wiekowej rozpowszechnienie jest jeszcze mniejsze, zaś w kategorii wiekowej 55-64 lata znowu wzrasta. Zależy też od stanu cywilnego badanych. Osoby pijące nadmiernie spotykamy przede wszystkim wśród kawalerów i panien. W tej kategorii jest ich trzy razy więcej niż wśród osób w stanie małżeńskim. Wielkość miejscowości zamieszkania respondentów nie wiąże się statystycznie z piciem nadmiernym. Podobnie wykształcenie badanych nie wprowadza istotnego statystycznie zróżnicowania. Pijących nadmiernie spotykamy w podobnych odsetkach wśród osób z różnych kategorii wykształcenia. Zróżnicowanie wprowadza natomiast fakt posiadania dzieci. Osoby bezdzielne częściej niż posiadające dzieci zaliczają się do grona pijących ponad miarę. W podziale według statusu zawodowego warto zwrócić uwagę na jedną kategorię o zdecydowanie najwyższym rozpowszechnieniu, tj. bezrobotnych (23,5%). Picie nadmierne nie wiąże się w statystycznie istotny sposób z przynależnością społeczno-zawodową. Warto jednak zwrócić uwagę na wysokie rozpowszechnienie wśród osób z rodzin rolników indywidualnych. Miejsce wychowania nie różnicuje badanych – wśród tych, którzy wychowywali się w mieście obserwujemy podobny udział pijących nadmiernie, co wśród tych, którzy wychowywali się na wsi. Oba wskaźniki sytuacji materialnej zastosowane w badaniu sugerują, że picie nadmierne wiąże się ze złą sytuacją materialną. Spośród tych trzech cech jedynie stosunek do religii okazał się różnicować wskaźnik nadmiernego picia. Wśród osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące odsetek pijących nadmiernie jest ponad trzykrotnie niższy niż wśród pozostałych badanych.

2.6. UŻYWANIE TYTONIU

Palenie tytoniu jest znacznie mniej rozpowszechnione niż picie alkoholu. Do aktualnie palących zalicza się 28,1% badanych. Wśród osób niepalących wyróżnić można dwie grupy: takich, którzy kiedyś palili, ale obecnie nie palą oraz takich, którzy nigdy nie palili. Na pierwszą grupę składa się 24,4% badanych, a na drugą – 47,5% badanych.

Tabela 20. Palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych kiedykolwiek w życiu

Nigdy nie paliłem	47,5
Kiedyś paliłem, ale obecnie nie palę	24,4
Tak, obecnie palę	28,1

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

2.7. UŻYWANIE „DOPALACZY”

„Dopalacze” (smart drugs, legal highs) pojawiły się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce ich popularność zaczęła narastać w ostatnich latach. „Dopalacze” funkcjonują na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. Wszędzie problem ten jest przedmiotem troski władz i zaniepokojenia społecznego. Nasza wiedza na temat „dopalaczy” jest wrywkowa, zarówno

w wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym. Brak nawet precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”. „Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. „Dopalacze” w zasadzie cieszą się statusem legalności – jednak obrót nimi odbywa się na zasadach pewnego wybiegu, stanowi ominięcie prawa. W Polsce dopalacze jeszcze do października 2010 r. sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane są jako kadielka, sole do kąpieli, odświeżacze powietrza, itp. Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane wedle nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa ryzyko powikłań. Co do niektórych z tych substancji, można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. W roku 2010 szpitale raportowały liczne przypadki zatrucia, w tym śmiertelnych. Lekarze zgłaszali też trudności w niesieniu pomocy osobom, które przedawkowały „dopalacze” ze względu na trudny do określenia obraz toksykologiczny. Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia do ankiety kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami. Rozkłady odpowiedzi zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 21. Kontakty z dopalaczami (odsetek badanych)

	93,9
Wizyty w sklepie z dopalaczami	7,6
Dokonywanie zakupu w sklepie z dopalaczami	1,6
Dokonywane zakupu dopalaczy w Internecie	-
Używanie kiedykolwiek dopalaczy	1,6

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Zgodnie z oczekiwaniami niemal wszyscy badani słyszeli o „dopalaczach” (93,9%). Jednak tylko 7,6% badanych było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Nikt z badanych nie dokonywał zakupu tych substancji w Internecie. Do używania „dopalaczy” przyznało się 1,6% badanych.

3. SZKODY ZDROWOTNE OSÓB UZALEŻNIONYCH

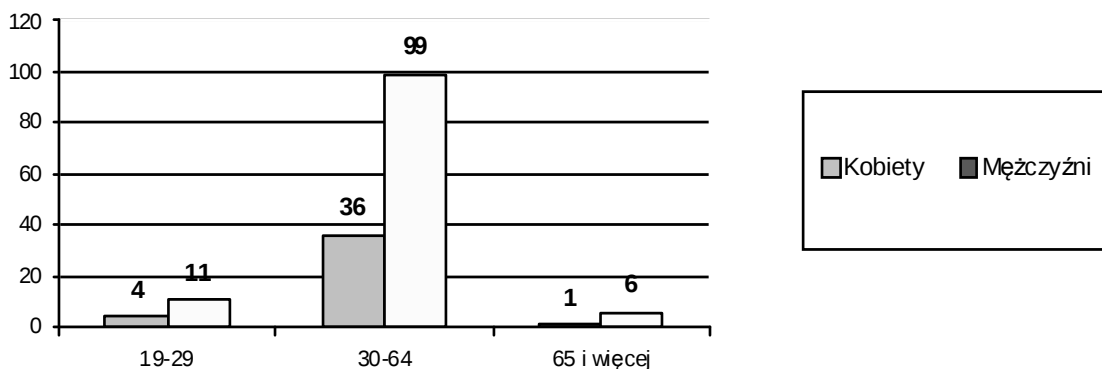
3.1. PROFIL OSOBY LECZĄCEJ SIĘ Z POWODU UŻYWANIA ALKOHOLU

W listopadzie oraz grudniu 2010 roku przeprowadzone zostało przez Wydział Współpracy Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego pierwsze wojewódzkie badanie osób leczących się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, którego celem było opracowanie Profilu osoby leczącej się z powodu używania alkoholu. W sumie w ramach projektu przeprowadzono 159 wywiadów ankietowych, które były anonimowe i dobrowolne. Rezultatem przeprowadzonego badania było zebranie dodatkowych, dość szczegółowych informacji dotyczących grupy objętej badaniami populacji generalnej, jak również często odnotowywanej w statystykach medycznych. W badaniu uczestniczyli pacjenci placówek leczenia odwykowego działających na terenie województwa, które prowadzą oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Są to następujące jednostki na terenie województwa:

1. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie;
2. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach;
3. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie;
4. Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej "Patronka" Sp. z o.o. w Szczecinku.

W przeprowadzonym badaniu większość ankietowanych stanowili mężczyźni (74%). Należy zaznaczyć, że wskaźnik ten wynika z faktu większej liczby miejsc na oddziałach szpitalnych dla mężczyzn niż dla kobiet. Średni wiek osób badanych mieści się w przedziale 30-64 lata. Najwięcej respondentów płci męskiej (85%), jak i żeńskiej (88%), było w wieku 30-64 lata. W celach porównawczych przyjęto podział na przedziały wiekowe zgodnie z założeniami statystyki medycznej prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia.

Wykres 2. Wiek osób leczących się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu



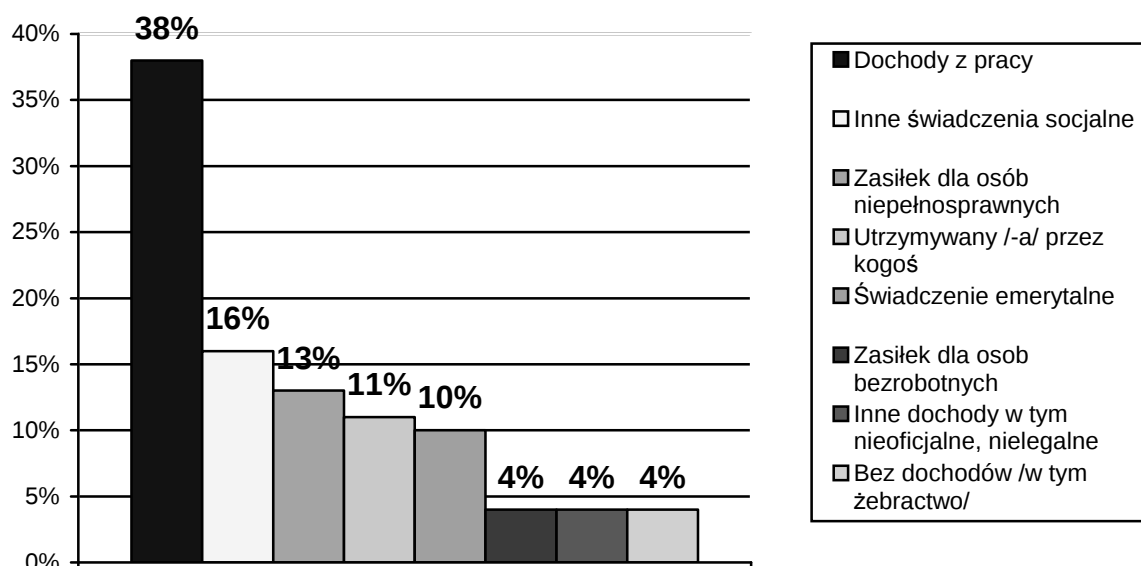
Źródło: Opracowanie własne

Analizując wykształcenie populacji badanej odnotowano, że najwięcej respondentów miało wykształcenie zawodowe (39%) lub średnie (31%). W przypadku pozostałych osób najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (20%). O wiele mniejszy odsetek respondentów stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (8%) oraz gimnazjalnym (2%).

Badani pytani byli o ich sytuację mieszkaniową. Większość respondentów, tj. 43% miała stałe miejsce zamieszkania, definiowane jako możliwość spędzenia co najmniej 6 miesięcy w tym samym miejscu. Znaczna część respondentów, tj. 39 % mieszka samodzielnie, a 11 % respondentów mieszka u kogoś, tj. rodziny, przyjaciół. W sumie 8 % respondentów korzysta z pomocy instytucji np. hosteli, schronisk, w tym 1 % stanowi grupa mieszkająca nielegalnie w opuszczonych budynkach, na działkach oraz osoby bezdomne.

Respondenci mieli wybrać jedną z odpowiedzi charakteryzującą ich główne źródło dochodów. Jedynie 38% badanych utrzymuje się z dochodów z pracy. Część badanych utrzymywała się z innych świadczeń socjalnych (16%). W zbliżonym przedziale zaklasyfikowały się osoby deklarujące, iż utrzymują się z zasiłków dla osób niepełnosprawnych - 13%, utrzymywane są przez kogoś - 11%, a także utrzymują się z emerytury - 10%. Pozostała część respondentów, tj. blisko 12% deklarowała, że utrzymuje się z zasiłku dla osób bezrobotnych - 4%, ma inne dochody w tym nieoficjalne, nielegalne - 4% oraz deklarowała, że nie ma dochodów, co mogło oznaczać, że żyje z żebractwa.

Wykres 3. Źródło dochodów – odsetek badanych



Źródło: Opracowanie własne

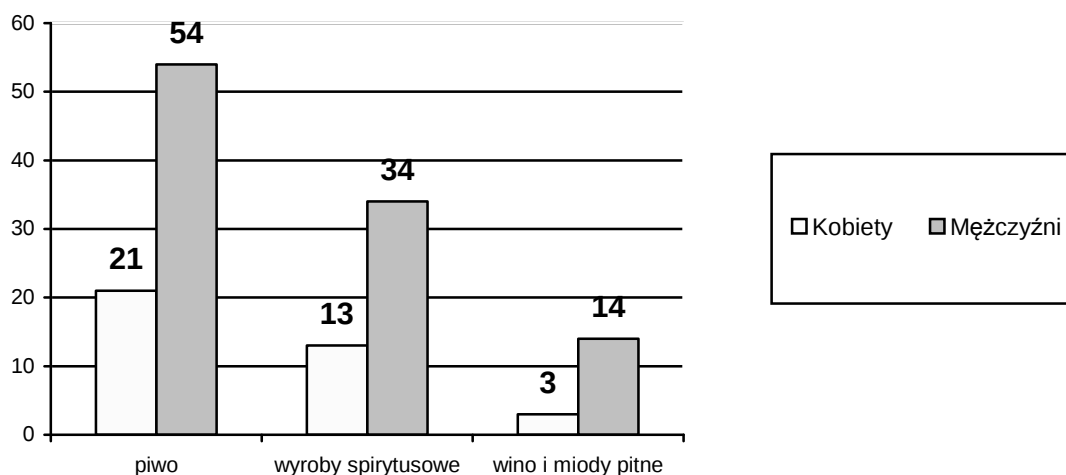
Badani pytani byli także o ich status rodzinny. Większość respondentów, tj. 58 % deklaruje, że jest w związku formalnym lub nieformalnym. Wskaźnik ten jest niezwykle istotny z uwagi na skutki wynikające z syndromu współuzależnienia. Ponadto 43 % respondentów ma dzieci. Istotnym jest, aby ten wynik rozpatrywać, mając na względzie następstwa syndromu Dorosłych Dzieci Alkoholików - DDA.

W badanej grupie respondentów połowę stanowiły osoby zobowiązane do leczenia odwykowego, czyli poprzez instytucję sądową motywowane do podjęcia terapii uzależnienia. Taki wynik ma związek również z faktem, iż placówki leczenia odwykowego zobligowane są do

udzielania świadczeń osobom zobowiązanym do leczenia odwykowego. Nie znaleziono zależności między zobowiązaniem do leczenia a faktem, że osoba lecząca się nie zamieszkuje sama. Natomiast blisko 40 % respondentów wskazało, że było wcześniej leczone na oddziale terapii uzależnienia alkoholowego – może to wskazywać na mało skuteczne formy działań mające na celu podtrzymywanie abstynencji.

Respondenci byli pytani o rodzaj alkoholu spożywanego najczęściej w ciągu ostatnich 30 dni przed przyjęciem na oddział. Najbardziej popularnym alkoholem było piwo (60%) zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. Wyroby spirytusowe spożywało 31% respondentów, a wino i miody pitne 9 %. Uzyskany wynik jest porównywalny z wynikami badań prowadzonymi przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie. Należy wskazać, iż jedynie spożywanie wina i miodów pitnych można powiązać z sytuacją dochodową osób leczących się. Osoby wskazujące te kategorie jako najpopularniejsze deklarują, że ich dochodami są m.in. dochody nieoficjalne, nielegalne lub że nie mają dochodów, co mogło oznaczać, że żyją z żebractwa.

Wykres 4. Używanie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, trzy najpopularniejsze alkohole – odsetek badanych



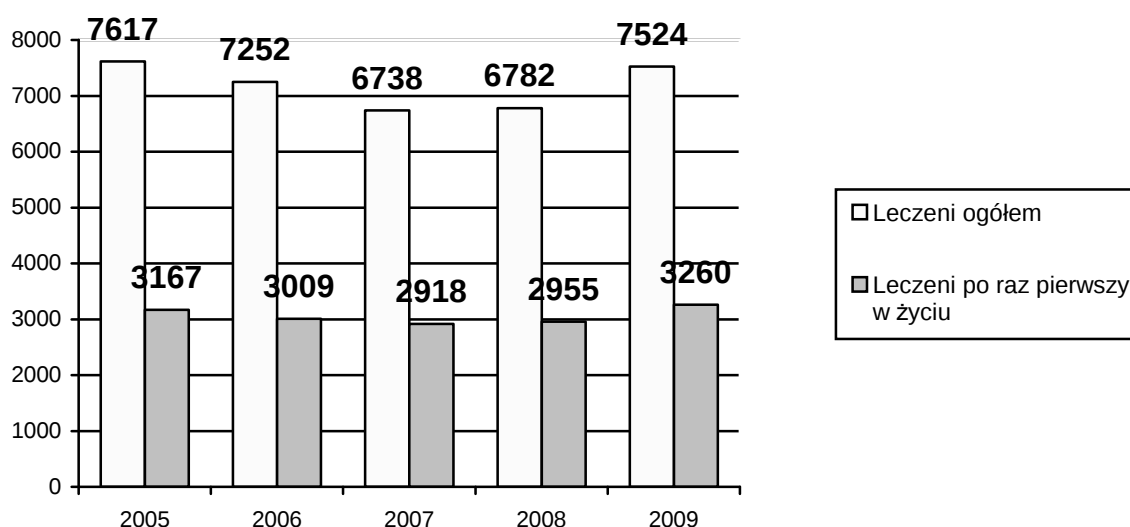
Źródło: Opracowanie własne

Aż 90% respondentów deklaruje, że nie używało narkotyków. Respondenci deklarujący używanie narkotyków wskazywali na przyjmowanie: amfetaminy, marihuany i haszyszu oraz ecstasy. Pacjent oddziału terapii uzależnienia od alkoholu, który używał narkotyków jest mężczyzną w wieku mieszczącym się w przedziale 30-64 lata, który ma wykształcenie zawodowe lub średnie. Ma stałe miejsce zamieszkania, utrzymuje się z dochodów uzyskanych z pracy i jest osobą samotną. Raczej nie był zobowiązany do leczenia na oddziale terapii uzależnienia alkoholowego oraz nie był wcześniej leczony na tym oddziale. Najchętniej spożywa piwo.

3.2. LECZENI Z POWODU ZABURZEŃ SPOWODOWANYCH UŻYCIEM ALKOHOLU W LATACH 2005-2009 NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

W latach 2005-2009 z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu na terenie województwa zachodniopomorskiego leczonych było 35 913 osób, w tym leczeni pierwszorazowo to 15 309 osób, co stanowi 43 % ogólnej liczby leczonych.

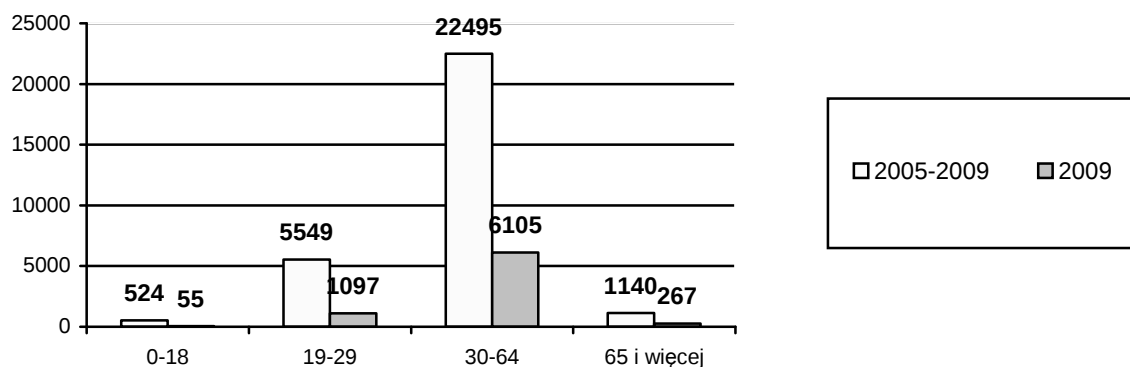
Wykres 5. Leczeni ogółem oraz pierwszorazowo z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Należy stwierdzić, iż w stosunku do 2008 roku w 2009 roku odnotowany został wzrost ogólnej liczby leczonych, jak i leczonych po raz pierwszy. Udział mężczyzn w ogólnej liczbie leczonych w badanym okresie wyniósł średnio 78%. Natomiast zmniejszeniu uległ odsetek osób leczonych zamieszkałych na wsi z poziomu 1528 osób w 2008 roku do 1249 osób w 2009 roku.

Wykres 6. Leczeni ogółem w podziale na wiek z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Największa liczba przyjętych do leczenia mieściła się w przedziale wiekowym 30-64 lata, tj. 22 495 oraz w przedziale 19-29 lat - było to 5 549 osób. W 2009 roku nastąpił wzrost liczby osób przyjętych do leczenia w przedziale wiekowym 30-64 lata i było to 6 105 osób, w stosunku do 5 421 osób leczonych w 2008 roku. Natomiast nieznacznie zmniejszyła się liczba osób leczonych w przedziale wiekowym 19-29 lat z 1 114 osób w 2008 roku do 1 097 osób w 2009 roku.

Tabela 22. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu w latach 2005 – 2009

Wyszczególnienie	Leczeni ogółem						Leczeni po raz pierwszy w życiu					
	2005-2009	2009	2008	2007	2006	2005	2005-2009	2009	2008	2007	2006	2005
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu												
Ostre zatrucia	2736	683	733	397	490	453	1032	302	342	175	147	66
Używanie szkodliwe	4976	1137	984	1005	1017	833	2334	490	468	438	494	444
Zespół uzależnienia	24850	5047	4499	4702	4901	5701	10599	2225	1899	2029	2031	2415
Zespół abstynencyjny bez majaczenia	2213	465	386	381	609	372	990	185	180	187	273	165
Zespół abstynencyjny z majaczeniem	141	27	16	27	34	37	69	14	10	16	14	15
Zaburzenia psychotyczne bez majaczenia	542	107	88	130	92	125	135	20	29	36	20	30
Zespół amnestyczny	129	24	21	21	33	30	68	14	12	13	15	14
Inne zaburzenia psychiczne	326	54	55	75	76	66	92	10	25	24	15	18

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Z powodu ostrych zatruc, które powstają w wyniku spożycia nadmiernej ilości alkoholu w latach 2005-2009 leczonych było 2 736 osób, w tym 38 %, tj. 1 032, stanowiły osoby leczone pierwszorazowo.

Używanie szkodliwe oznacza picie alkoholu, które wystawia na szwank zarówno zdrowie fizyczne, jak psychiczne, ale nie nosi cech uzależnienia. W tej kategorii leczonych było 4 976 osób (45%, tj. 2 334, stanowiły osoby leczone pierwszorazowo). W 2009 roku nastąpił wzrost liczby leczonych o 14%.

Zespół uzależnienia od alkoholu, zgodnie z kryteriami zawartymi w 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD 10) jest chorobą, którą definiuje się jako wystąpienie przynajmniej trzech z następujących objawów:

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia, tzw. "głód alkoholowy".
- Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z piciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudność w zakończeniu picia, trudność w ograniczeniu ilości wypijanego alkoholu).
- Po wypiciu pierwszej dawki alkoholu pojawia się niezdolność (utrata kontroli) do decydowania o ilości wypijanego alkoholu i o momencie przerywania picia.

- Odczuwanie fizjologicznych objawów zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drżenne), które są redukowane kolejnymi dawkami alkoholu.
- Zmieniona (w początkowej fazie zwiększona, a w końcowej fazie zmniejszona) tolerancja na alkohol. U progu rozwoju uzależnienia pojawia się potrzeba spożywania coraz większych dawek alkoholu dla osiągnięcia oczekiwanego efektu, na dalszych etapach przy dawkach mniejszych niż używane poprzednio pojawiają się podobne efekty nietrzeźwości.
- Koncentracja aktywności życiowej wokół picia alkoholu kosztem zainteresowań i obowiązków.
- Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia.

Na zespół uzależnienia leczonych było 68 %, tj. 24 850 osób ogólnej liczby leczonych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu w latach 2005 – 2009.

U osób uzależnionych od alkoholu, które z różnych względów zaprzestają picia lub zmniejszają spożycie alkoholu występują alkoholowe zespoły abstynencyjne (AZA). Pierwsze objawy pojawiają się wtedy, gdy znacząco obniża się stężenie alkoholu we krwi tj. zazwyczaj po kilku - kilkunastu godzinach od ostatniego spożycia. U większości osób uzależnionych od alkoholu AZA przebiegają w sposób niepowikłany, ale u części pacjentów, szacowanej na 5-15%, mogą wystąpić drgawki abstynencyjne, majaczenie alkoholowe nierzadko przebiegające z drgawkami. Ogólna liczba leczonych wynosi 2 354 osób., tym 1 059 osób stanowią leczeni pierwszorazowo. Utrzymuje się trend wzrostowy liczby leczonych z powodu tego zaburzenia.

U uzależnionych występować mogą zaburzenia psychotyczne - to grupa zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego lub emocjonalnego. Do klasycznych objawów zalicza się omamy, urojenia, zachowania regresywne, niedostosowany nastrój, rozkojarzenie. Zaburzenia psychotyczne dotyczą znacznego upośledzenia w percepcji rzeczywistości. Osoba dotknięta psychozą dochodzi do nieprawidłowych wniosków dotyczących rzeczywistości zewnętrznej, dokonuje niewłaściwych ocen oraz spostrzeżeń. W tej kategorii zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu leczone były 542 osoby, w tym 135 pierwszorazowo.

Innym skutkiem uzależnienia może być amnestyczny zespół, upośledzenie pamięci krótko- i długoterminowej (inne procesy funkcjonowania mózgu przebiegają przy tym prawidłowo). Zasadniczym objawem pseudodemencji jest demonstrowanie głębokiej niepamięci, braku orientacji i braku wiadomości, a więc głębokiego otępienia, którego w rzeczywistości u pacjenta nie ma. Z tego zaburzenia w przyjętym okresie leczonych było 129 osób przy czym 68, tj. 53% ogólnej liczby leczonych stanowią leczeni pierwszorazowo.

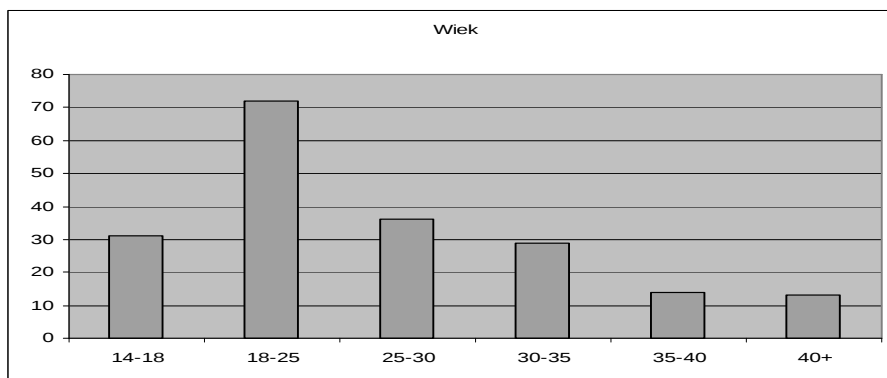
3.3. PROFIL OSOBY LECZĄCEJ SIĘ Z POWODU ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Od stycznia do marca 2011 roku w województwie zachodniopomorskim zostało przeprowadzone badanie dotyczące określenia profilu osoby leczącej się z powodu zażywania narkotyków. Zrealizowano 245 anonimowych i dobrowolnych badań ankietowych. W badaniu udział wzięli pacjenci następujących jednostek znajdujących się na terenie województwa zachodniopomorskiego:

1. Zachodniopomorski Oddział Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych "Powrót Z U" w Szczecinie.
2. Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Szczecinie.
3. Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oddział w Koszalinie.
4. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ Zdroje.
5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MONAR w Grabowie.
6. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MONAR w Babigoszczy.
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie.
8. Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej Oraz Ich Rodzin „Feniks” w Kołobrzegu.
9. Klub Pacjenta „Feniks” w Kołobrzegu.
10. Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej „Patronka” w Szczecinku.
11. Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „MONAR” w Kamieniu Rymańskim.
12. Ośrodek Terapii Uzależnień i Pomocy Psychologicznej „Anon” w Koszalinie.

W przeprowadzonym badaniu większość ankietowanych stanowili mężczyźni (86%). Największą grupą były osoby w wieku 18-25 lat (37%), kolejnymi grupami były osoby w wieku 25-30 lat (18,4%), 14-18 lat (16%), 30-35 lat (15%). Najmniejszymi grupami były osoby w wieku 35-49 lat (7%) oraz 40+ (6%).

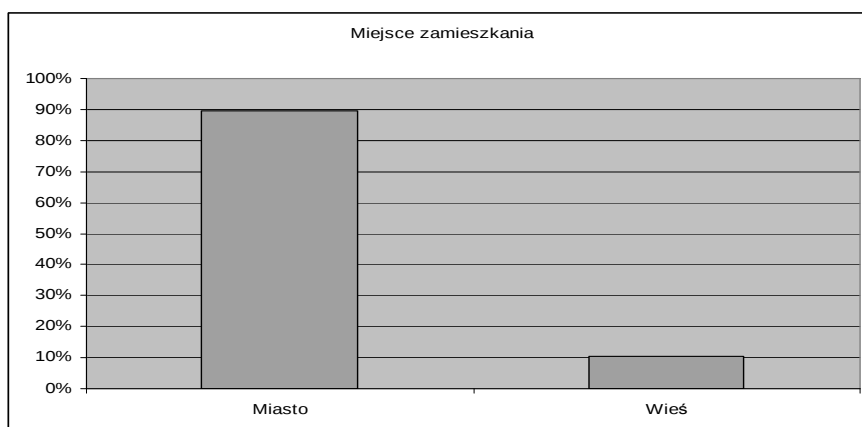
Wykres 7. Wiek osób leczących się z powodu zaburzeń spowodowanych zażywaniem narkotyków



Źródło: Opracowanie własne

Analizując miejsce zamieszkania populacji badanej odnotowano, że najwięcej respondentów mieszkało w mieście (89,5%).

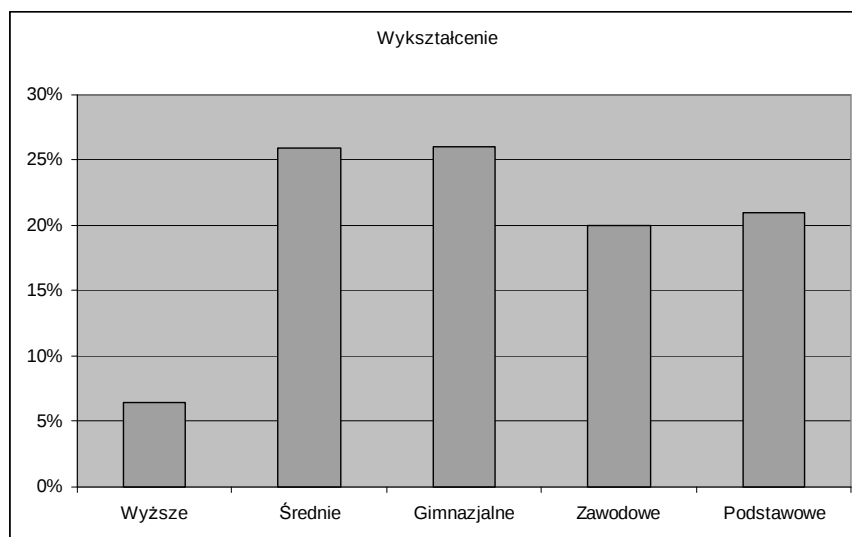
Wykres 8. Podział leczących się ze względu na miejsce zamieszkania.



Źródło: Opracowanie własne

Analizując wykształcenie populacji badanej odnotowano, że najwięcej respondentów miało wykształcenie gimnazjalne (26%) i średnie (25,9%). Kolejną liczną grupą byli respondenci z wykształceniem podstawowym (21%) i zawodowym (20%). Najmniej liczną grupę stanowili badani z wykształceniem wyższym (6%). 72,52% badanych w okresie trwania badań nie uczyło się.

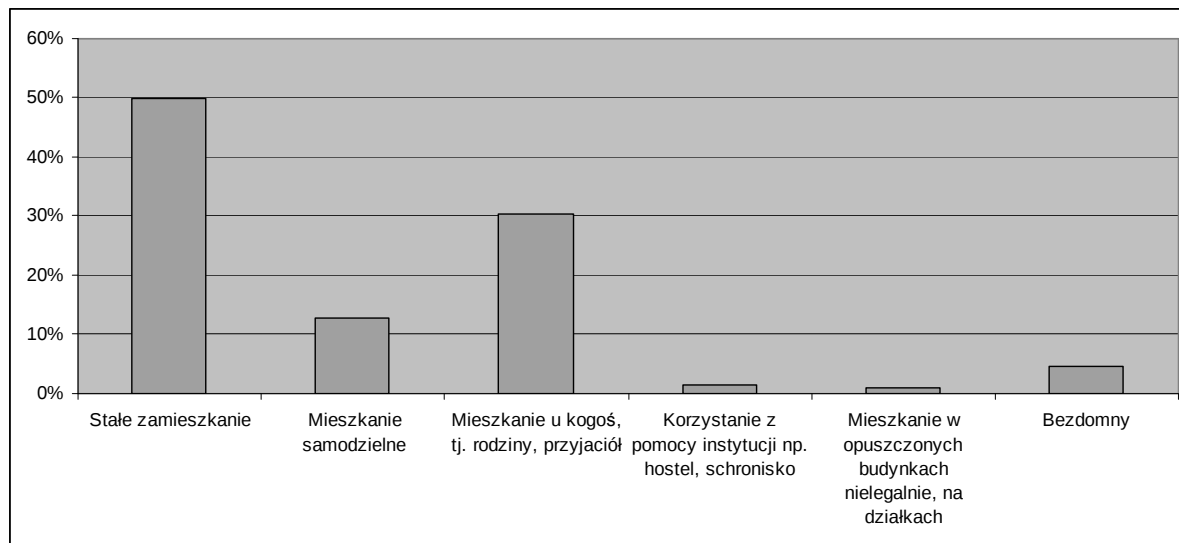
Wykres 9. Podział leczących się ze względu na wykształcenie



Źródło: Opracowanie własne

Badani pytani byli o ich sytuację mieszkaniową. Większość respondentów, tj. 50% miała stałe miejsce zamieszkania. Znaczna część respondentów, tj. 30,4% mieszka u kogoś, np. u rodziny czy przyjaciół. Samodzielnie mieszka 12,7% badanych. Kolejną grupą są bezdomni, którzy stanowią 4,5% respondentów. W hotelach i schroniskach mieszka 1,36%, a w opuszczonych budynkach 0,9% badanych.

Wykres 10. Podział leczących się ze względu na sytuację mieszkaniową

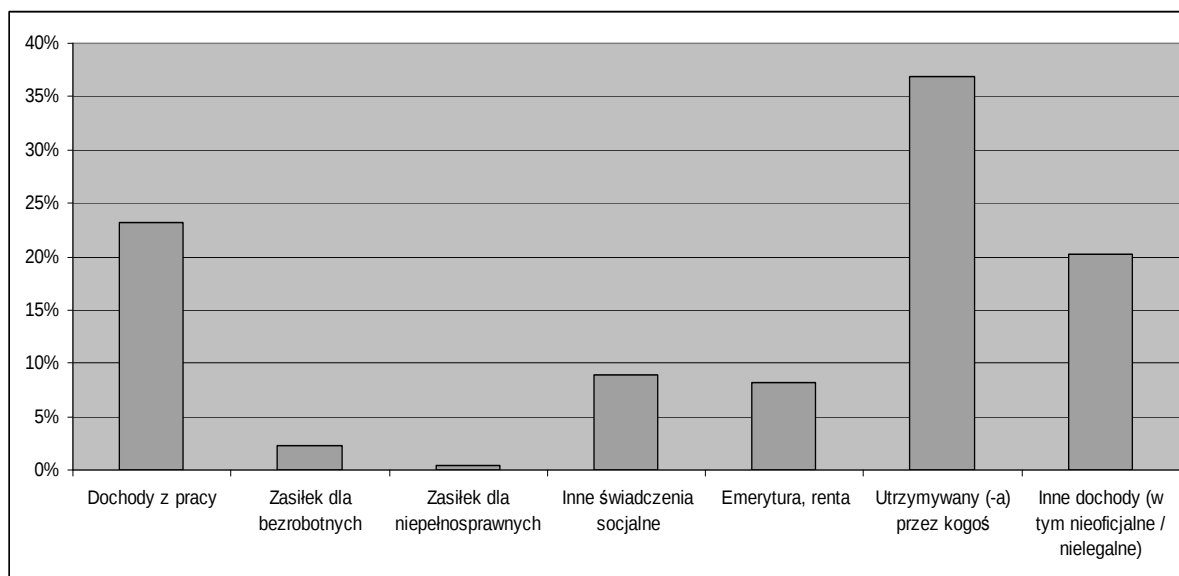


Źródło: Opracowanie własne

Respondenci mieli wybrać jedną z odpowiedzi charakteryzującą ich główne źródło dochodów. Ankietowani mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi. 36,8% badanych utrzymywanych jest przez kogoś. Jedynie 23,2% badanych utrzymuje się z dochodów z pracy. Kolejną grupą (20,15 %) są osoby utrzymujące się z dochodów nieoficjalnych i nielegalnych.

Część badanych utrzymywała się z emerytur i rent (8,13%) oraz innych świadczeń socjalnych (8,91%). Zasiłek dla bezrobotnych i niepełnosprawnych pobierało kolejno 2,32% i 0,38% respondentów.

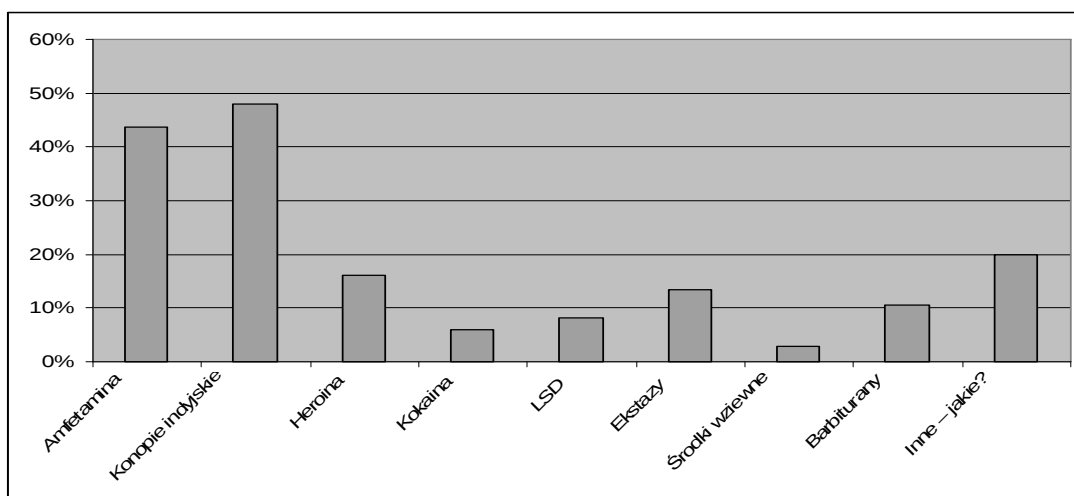
Wykres 11. Źródło dochodów – odsetek badanych



Źródło: Opracowanie własne

Badani pytani byli także o ich status rodzinny. Większość respondentów, tj. 64 % deklaruje, że jest osobą samotną. 21,6% deklaruje, że jest w związkach formalnych lub nieformalnych i ma dzieci. W badanej grupie respondentów 19,8% badanych było sądownie zobowiązanych do leczenia odwykowego, 35,2% respondentów było karanych w związku z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii, 41,4% było wcześniej leczonych z uzależnienia. 41,3% ankietowanych przed przyjęciem do leczenia było leczonych przez psychiatrę. Badani byli pytani o substancję psychoaktywną przyjmowaną najczęściej w ciągu ostatnich 30 dni przed przyjęciem na oddział. Ankietowani mieli możliwość zaznaczenia wielu odpowiedzi. Najczęściej zaznaczano konopie indyjskie (48%) oraz amfetaminę (43,6%).

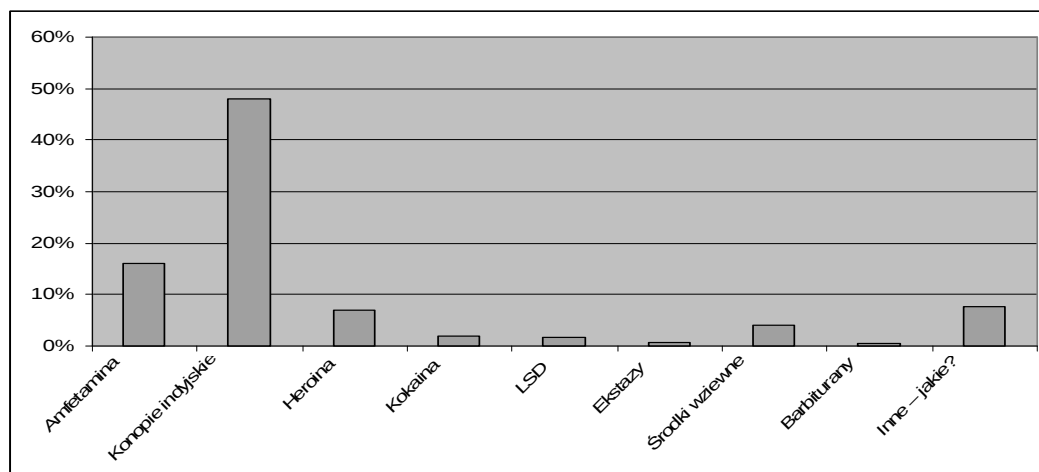
Wykres 12. Substancje psychoaktywne zażyte w ciągu ostatnich 30 dni przed przyjęciem na oddział



Źródło: Opracowanie własne

Ankietowani wskazywali jako inne substancje psychoaktywne alkohol, „dopalacze”, leki oraz grzyby halucynogenne. 48% ankietowanych wskazało konopie indyjskie jako substancję, którą zażyli jako pierwszą. 16% wskazało amfetaminę, 7,7% inne substancje (alkohol, leki, „dopalacze”). Środki wziewne jako pierwsze wzięło 4% ankietowanych.

Wykres 13. Pierwsza zażyta substancja psychoaktywna – odsetek badanych

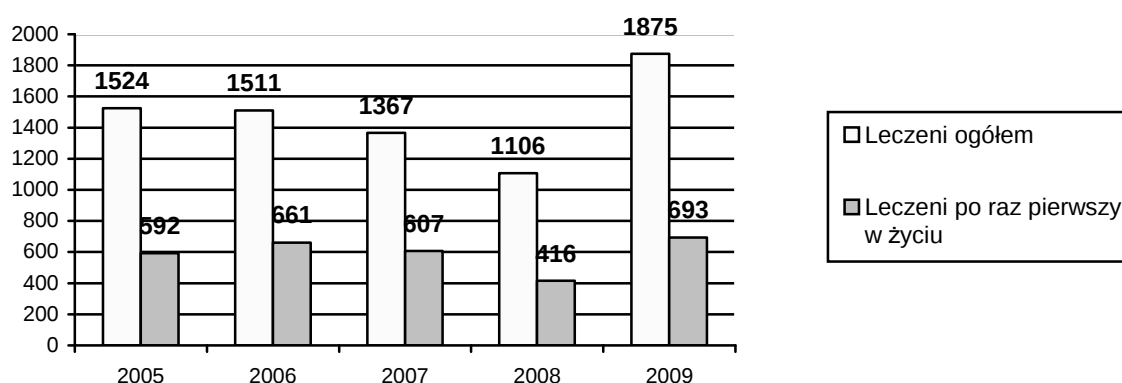


Źródło: Opracowanie własne

3.4. LECZENI Z POWODU ZABURZEŃ SPOWODOWANYCH UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W LATACH 2005-2009 NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

W latach 2005-2009 z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego leczonych było 7 383 osoby, w tym leczeni pierwszorazowo to 2 969 osób, co stanowi 40 % ogólnej liczby leczonych.

Wykres 14. Leczeni ogółem oraz pierwszorazowo z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009

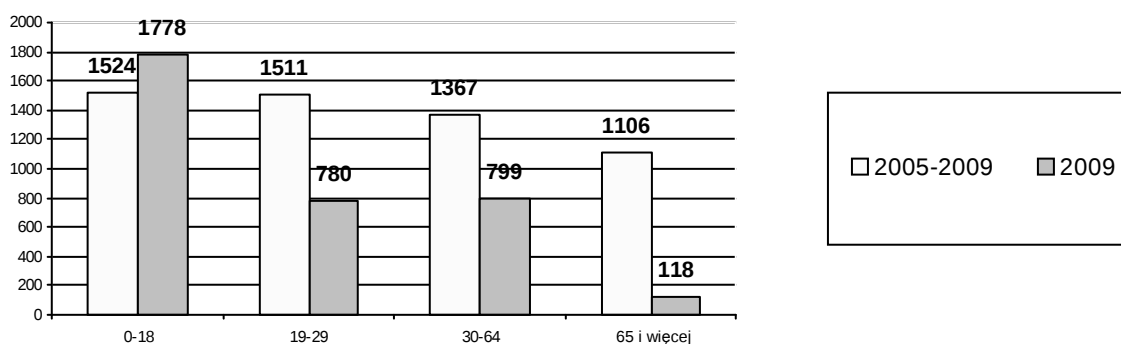


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Należy stwierdzić, iż w stosunku do 2008 roku w 2009 roku odnotowany został wzrost o 41 % ogólnej liczby leczonych, jak i leczonych po raz pierwszy. Udział mężczyzn w ogólnej liczbie leczonych w badanym okresie wyniósł średnio 60%. Natomiast zwiększeniu uległ odsetek osób zamieszkałych na wsi, tj. z poziomu 9,3% w 2005 roku do 17,1% w 2009 roku.

Największa liczba przyjętych do leczenia mieściła się w przedziale wiekowym 19 – 29 lat, tj. 2 893 oraz w przedziale 30-64 lata – 2 488 osób. W 2009 roku nastąpił wzrost liczby osób przyjętych do leczenia w przedziale wiekowym 30-64 lata i było to 799 osób, w stosunku do 523 osób leczonych w 2008 roku.

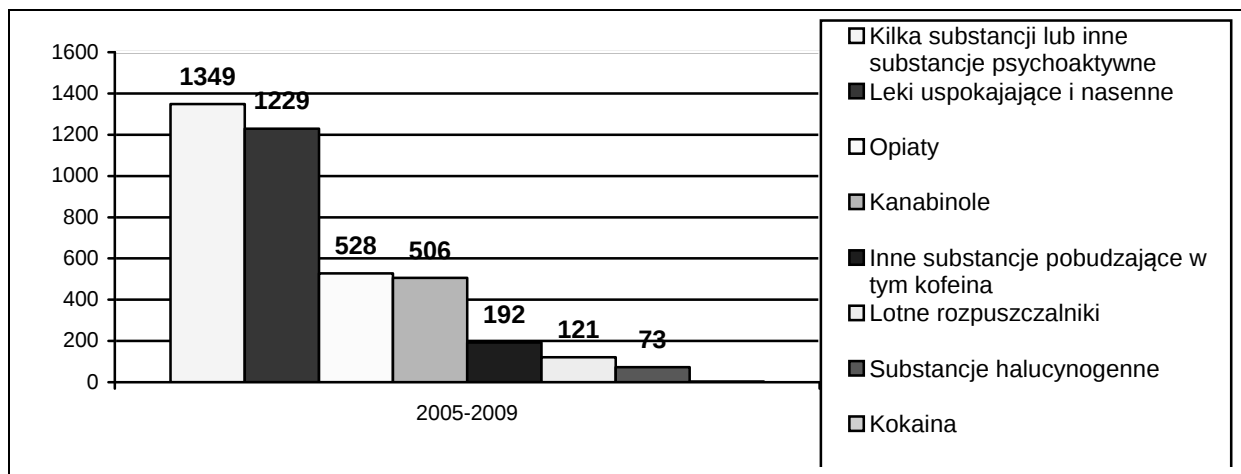
Wykres 15. Leczeni ogółem w podziale na wiek z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

W przyjętym okresie najczęściej leczonych było z powodu ostrych zatruc i używania szkodliwego kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych poza przyjętą klasyfikacją (1349 osób), leków uspokajających i nasennych (1229 osób), opiatów (528 osób) oraz kanabinoli (506 osób).

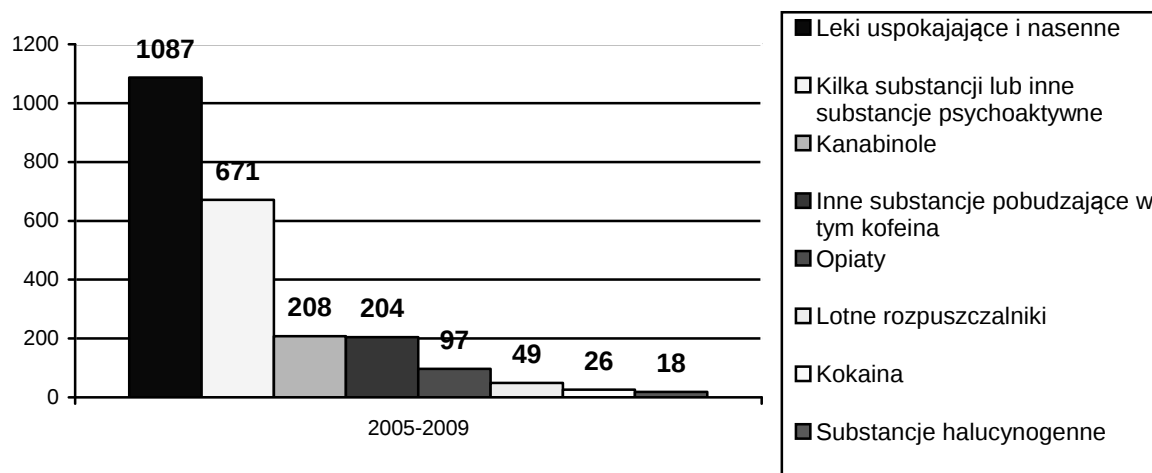
Wykres 16. Leczeni ogółem z powodu ostrych zatruc i używania szkodliwego substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Najwięcej leczonych na zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny dotyczyło przyjmowania leków uspokajających i nasennych (1087 osób), kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych poza przyjętą klasyfikacją (671 osób), innych substancji pobudzających (204 osoby) oraz kanabinoli (208).

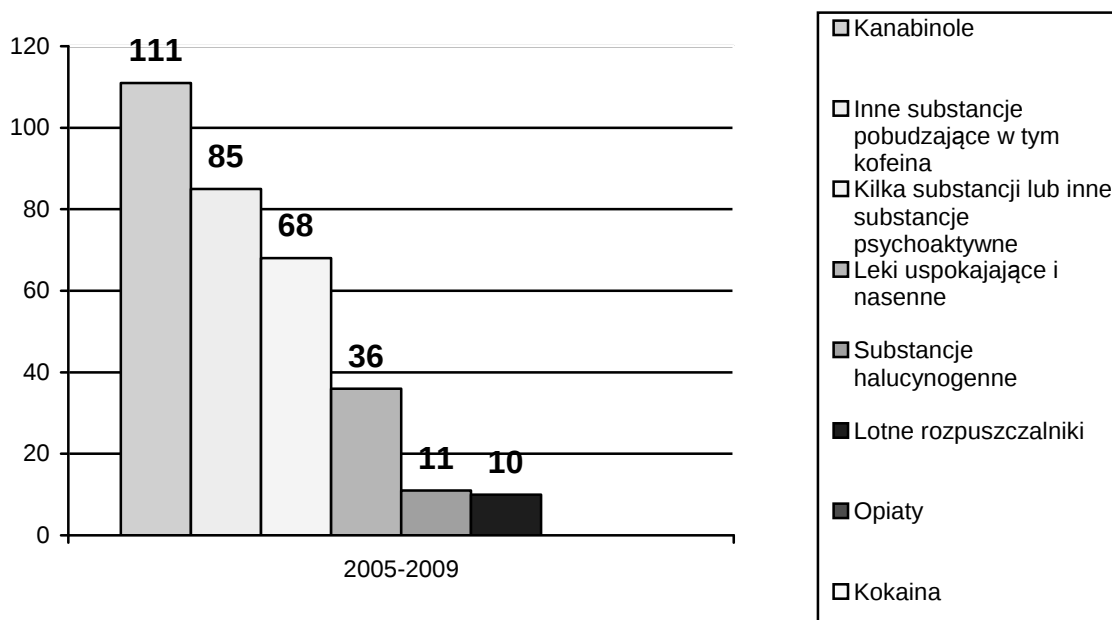
Wykres 17. Leczeni ogółem na zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Leczeni ogółem z tytułu zaburzeń psychicznych w największym stopniu zażywali kanabinole (111 osób), inne substancje pobudzające w tym kofeinę (85 osób) oraz kilka substancji lub innych substancji psychoaktywnych (68 osób).

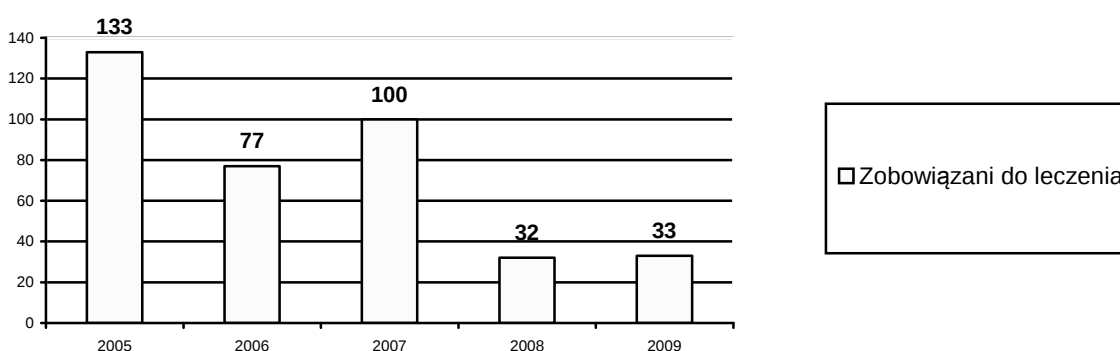
Wykres 18. Leczeni ogółem z tytułu zaburzeń psychicznych w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

W przyjętym okresie łącznie do leczenia zobowiązano 375 osób. Podział na poszczególne lata przedstawiony został na poniższym wykresie.

Wykres 19. Zobowiązani do leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Z powodu ostrych zatruc i używania szkodliwego opiatów przyjęto do leczenia łącznie 528 osób, w tym jedynie 37 osób pierwszorazowo. Odnotowuje się spadek leczonych w tej kategorii ze 138 osób w 2005 roku do 84 osób w 2009 roku. Natomiast z powodu ostrych zatruc i używania szkodliwego kanabinoli przyjęto do leczenia łącznie 506 osób, w tym 293 osoby pierwszorazowo, co stanowi 58 % ogólnej liczby leczonych. Odnotowuje się znaczny wzrost leczonych w tej kategorii z 32 osób w 2008

roku do 276 osób w 2009 roku, tj. ponad ośmiokrotnie. W latach 2005-2009 111 osób leczonych było na zaburzenia psychiczne, z czego połowę stanowiły osoby leczone pierwszorazowo, tj. 63 osoby. Odnotowuje się wzrost leczonych w tej kategorii z 17 osób w 2008 roku do 36 osób leczonych w 2009 roku. Natomiast liczba leczonych pierwszorazowo utrzymuje się na stałym poziomie.

Aż 1 229 osób przyjęto do leczenia z powodu ostrych zatruc i używania szkodliwego leków uspokajających i nasennych. Jedynie 18 % ogólnej liczby leczonych stanowią osoby przyjęte pierwszorazowo. Należy stwierdzić, że liczba leczonych utrzymuje się na stałym poziomie w przyjętym okresie statystycznym. Na zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny leczonych było 1 087 osób, w tym prawie połowę stanowiły osoby leczone pierwszorazowo, tj. 464 osób. Odnotowuje się wzrost leczonych w tej kategorii ze 125 osób w 2008 roku do 286 osób leczonych w 2009 roku. Wzrosła także liczba leczonych pierwszorazowo z 76 osób w 2008 roku do 100 osób w 2009 roku. Natomiast na zaburzenia psychiczne leczonych było 36 osób, w tym połowę stanowiły osoby leczone pierwszorazowo, tj. 15 osób. Odnotowuje się wzrost leczonych w tej kategorii z 15 osób w 2008 roku do 11 osób leczonych w 2009 roku. W latach 2005-2009 z tytułu ostrych zatruc i używania szkodliwego innych substancji pobudzających, w tym kofeiny, przyjęto do leczenia łącznie 192 osoby, w tym 92 osoby pierwszorazowo, co stanowi jedynie 48 % ogólnej liczby leczonych. Nastąpił wzrost leczonych z 31 w 2008 roku do 61 osób w 2009 roku. Natomiast liczba przyjętych pierwszorazowo w 2009 roku wzrosła do 28 osób z 8 w 2008 roku. Zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny leczony był u 204 osób, w tym osób leczonych pierwszorazowo było 157. Odnotowuje się wzrost leczonych w tej kategorii z 27 osób w 2008 roku do 39 osób leczonych w 2009 roku. Wzrosła także liczba leczonych pierwszorazowo z 19 osób w 2008 roku do 30 osób w 2009 roku. Na zaburzenia psychiczne leczonych było 85 osób, w tym leczonych pierwszorazowo 69 osób. Liczba leczonych, jak i liczba leczonych pierwszorazowo, utrzymuje się na stałym poziomie.

Tabela 23. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych w latach 2005 – 2009

	Leczeni ogółem						Leczeni po raz pierwszy w życiu					
	2005-2009	2009	2008	2007	2006	2005	2005-2009	2009	2008	2007	2006	2005
Ostre zatrucie i używanie szkodliwe												
Opiaty	528	84	90	102	114	138	37	3	3	8	11	12
Kanabinoles	506	276	32	77	48	73	293	106	31	62	34	60
Leki uspokajające i nasenne	1087	286	125	160	219	297	464	100	76	87	90	111
Kokaina	3	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Inne substancje pobudzające w tym kofeina	192	61	31	40	43	17	92	28	8	22	24	10
Substancje halucynogenne	73	3	5	13	18	34	30	0	0	5	13	12
Lotne rozpuszczalniki	121	11	24	34	26	26	27	2	6	10	5	4
Zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny												
Opiaty	97	32	19	12	9	25	50	11	11	6	3	19
Kanabinoles	208	39	58	46	26	39	127	25	31	28	15	28
Leki uspokajające i nasenne	1087	286	125	160	219	297	464	100	76	87	90	111
Kokaina	26	6	9	4	7	0	12	2	3	3	4	0
Inne substancje pobudzające w tym kofeina	204	39	27	63	22	53	157	30	19	51	14	43
Substancje halucynogenne	18	2	4	7	3	2	11	1	2	4	2	2
Lotne rozpuszczalniki	49	13	7	10	7	12	24	4	2	5	4	9
Zaburzenia psychiatryczne												
Kanabinoles	111	36	17	16	41	1	63	13	10	9	30	1
Leki uspokajające i nasenne	36	11	5	6	9	5	15	5	2	3	4	1
Kokaina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne substancje pobudzające w tym kofeina	85	15	16	17	33	4	69	12	12	14	29	2
Substancje halucynogenne	11	2	2	1	5	1	5	0	0	1	4	0
Lotne rozpuszczalniki	10	6	0	0	2	2	4	1	0	0	2	1

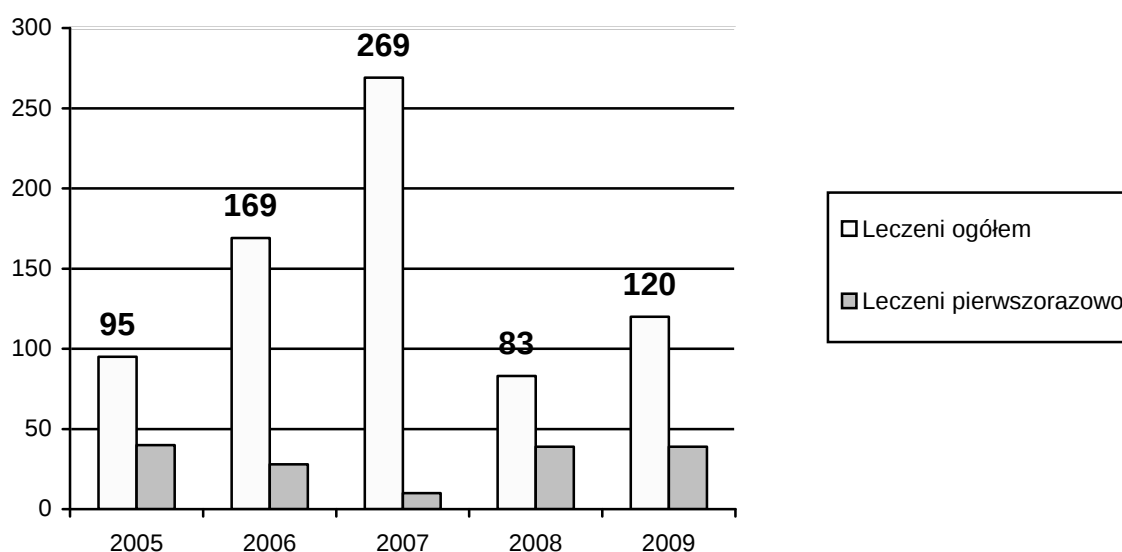
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji halucynogennych w latach 2005-2009 na terenie województwa zachodniopomorskiego z tytułu ostrych zatruc i używania szkodliwego przyjęto do leczenia łącznie 73 osoby, w tym 30 osób pierwszorazowo. Nastąpił spadek liczby leczonych w latach 2008-2009, który wynosił 8 osób w stosunku do lat 2005-2007, kiedy było to 65 osób. Natomiast zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny w badanym okresie leczony był u 18 osób, w tym 11 leczonych było po raz pierwszy. Na zaburzenia psychiatryczne leczonych było 11 osób, w tym osoby leczone pierwszorazowo, tj. 5 osób. Liczba leczonych, jak i liczba leczonych

pierwszorazowo, utrzymuje się na stałym poziomie. W latach 2005-2009 z tytułu ostrych zatruc i używania szkodliwego lotnych rozpuszczalników przyjęto do leczenia łącznie 121 osób, w tym 27 osób pierwszorazowo. Zmniejszyła się liczba leczonych z 24 w 2008 roku do 11 osób w 2009 roku.

W latach 2005-2009 z tytułu ostrych zatruc i używania szkodliwego przyjęto do leczenia łącznie 1 349 osób, w tym 473 osoby pierwszorazowo. Zwiększyła się liczba leczonych z 210 w 2008 roku do 343 osób w 2009 roku. Wzrosła także liczba przyjętych pierwszorazowo do 122 w 2009 roku w stosunku do 54 osób w 2008 roku.

Wykres 20. Zobowiązani do leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009

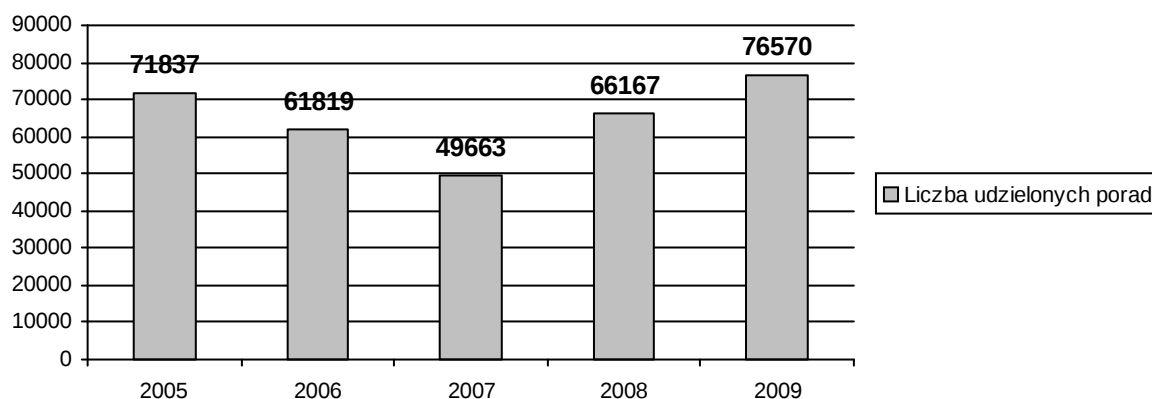


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

3.5. OPIEKA SPECJALISTYCZNA WOBEC LECZONYCH Z POWODU ZABURZEŃ SPOWODOWANYCH UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W LATACH 2005-2009 NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Od 2005 roku zwiększeniu uległa zarówno liczba udzielonych porad, jak i liczba poradni uzależnień. W 2009 roku na terenie województwa zachodniopomorskiego działalność prowadziło 20 poradni specjalistycznych, w których udzielono 76 570 porad.

Wykres 21. Liczba udzielonych porad w poradniach uzależnień na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



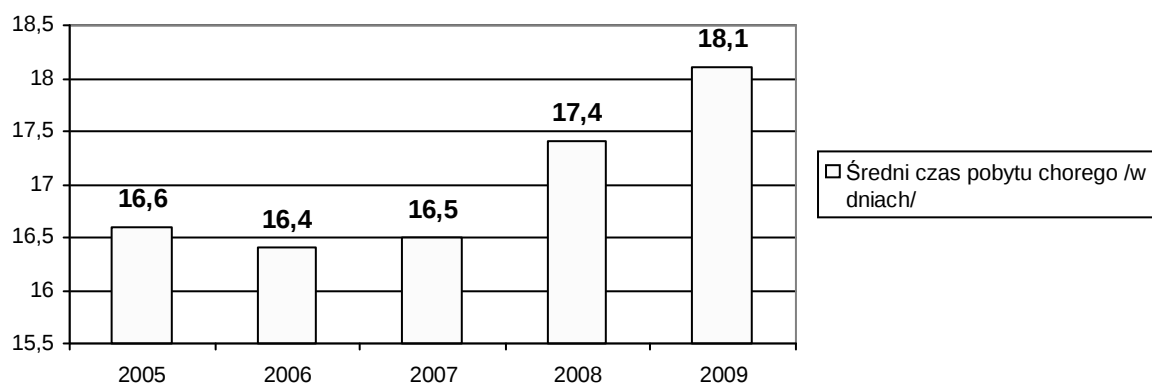
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Na oddziałach uzależnień ogólny wskaźnik wykorzystania łóżek wyniósł 97,7%, natomiast w rozbiciu na poszczególne oddziały przedstawia się on następująco:

- oddział terapii uzależnienia od alkoholu 100,5%,
- oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych 97,8%,
- oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych 77,7%,
- oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych 77,6%,
- oddział rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych 60,4%.

Liczba łóżek rzeczywistych na oddziałach leczenia uzależnień w stosunku do 2005 roku uległa zmniejszeniu o 9 łóżek i wynosi 74 łóżka. Natomiast średnie wykorzystanie łóżek utrzymuje się na zbliżonym poziomie, tj. 337,5 dni w 2005 roku do 356,8 dni w 2009 roku. Wydłużył się średni czas pobytu chorego na oddziale leczenia uzależnień z 16,6 dni w 2005 roku do 18,1 dni w 2009 roku.

Wykres 22. Średni czas pobytu chorego (w dniach) na oddziale leczenia uzależnień w placówkach znajdujących się na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009



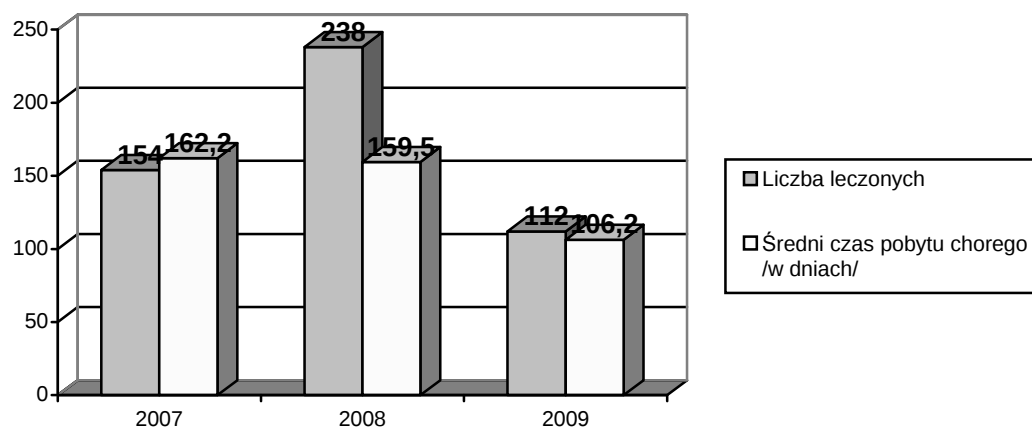
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

W 2009 roku na oddziałach i w ośrodkach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych leczono 472 osoby przy rzeczywistej liczbie łóżek wynoszącej 188. Średni czas pobytu chorego wynosił 113 dni.

W 2009 roku zwiększeniu o połowę uległa liczba leczonych - do 42 osób ze 135 osób leczonych w 2008 roku. Natomiast liczba łóżek rzeczywistych została zmniejszona o połowę i wynosi 3 łóżka, przy jednoczesnym wydłużeniu średniego czasu pobytu chorego na oddziale do 25,5 dni w 2009 roku z 9,8 dni w 2008 roku.

Na oddziałach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2009 roku leczonych było 112 osób, co stanowi znaczny spadek liczby leczonych w stosunku do roku 2008, kiedy leczonych było 238.

Wykres 23. Liczba leczonych oraz średni czas pobytu chorego (w dniach) na oddziale rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora statystycznego

Wskaźnikiem wspierającym badanie skutków zażywania substancji psychoaktywnych może być ilość samobójstw i stan świadomości towarzyszący ich popełnianiu. W roku 2009 zarejestrowano 168 samobójstw. W 137 przypadkach nie ustalono stanu świadomości podczas zamachu samobójczego. Powyższe dane wskazują, iż zasadne jest podejmowanie badań chemiczno-toksykologicznych na obecność środków odurzających w każdym przypadku zgonu ludzi młodych w wyniku działania samobójczego.

Tabela 24. Samobójstwa w województwie zachodniopomorskim w latach 2004-2009 z podziałem na stan świadomości w chwili zamachu

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Zamachy samobójcze	288	272	234	221	226	238
- w tym skończone zgonem	197	209	165	138	152	168
Stan świadomości w chwili zamachu (zakończone zgonem)						
Trzeźwy	29	22	15	10	9	9
Pod wpływem alkoholu	43	37	33	31	28	20
Pod wpływem substancji psychotropowych	1	3	0	1	0	1
Pod wpływem zastępczych środków i substancji	0	0	0	0	0	1
Nie ustalono	124	147	117	96	115	137

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Dane ogólnopolskie wskazują na korelację między zażyciem substancji psychoaktywnej a dokonaniem samobójstwa. 94 % samobójstw miało miejsce pod wpływem alkoholu.

Tabela 25. Samobójstwa w Polsce w 2009 r. z podziałem na stan świadomości w chwili zamachu

	2009
Pod wpływem alkoholu	1453
Pod wpływem substancji psychotropowych	44
Pod wpływem zastępczych środków i substancji	44

Źródło. Komenda Główna Policji

3.6. LICZBA ZAKAŻEŃ HIV, ZACHOROWAŃ NA AIDS

Krajowe Centrum ds. AIDS wskazuje, że od 2001 roku nastąpiło odwrócenie pewnych trendów epidemii. Zakażeniu ulega coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, bez narkomanii dożyłnej w wywiadach. Osoby te zakażają się poprzez ryzykowne kontakty seksualne, często połączone ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Z informacji zebranych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych wynika, że niepokojąco rośnie także liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami. Co najmniej 5 713, tj. 40% ogólnej liczby zakażonych, wynoszącej 14 234 (dane do 31 stycznia 2011 roku), zostało zakażonych w związku z używaniem narkotyków.

Tabela 26. Liczba zgłoszonych zachorowań w okresie od 2004 roku do stycznia 2011 roku z terenu województwa zachodniopomorskiego.

	2004r.	2005r.	2006r.	2007r.	2008r.	2009r.	2010r.	I.2011r.
HIV	7	1	2	-	4	33	2	6
AIDS	-	-	-	-	-	1	-	5
Zgony chorych na AIDS	-	-	-	-	-	1	-	1

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

3.7. ZGONY Z POWODU NARKOTYKÓW

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. Jednakże podstawowym ograniczeniem w monitorowaniu problemu zgonów z powodu narkotyków jest wprowadzenie do bazy GUS tylko jednego kodu, czyli jednej bezpośredniej przyczyny zgonu nazwanej wyjściową. Z uwagi na powyższe ograniczone kodowanie może mieć wpływ na uzyskane dane statystyczne.

Województwo zachodniopomorskie jest na drugim miejscu w kraju w porównaniu liczby zgonów przeliczonej na 100 tysięcy mieszkańców. W ciągu ostatnich trzech lat zarejestrowano zwiększającą się liczbę zgonów. W 2008 roku odnotowano wskaźnik na poziomie 1,12, gdzie w 2006 roku wskaźnik ten wyniósł 0,53.

3.8. REALIZACJA PROGRAMU LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Na terenie województwa zachodniopomorskiego prowadzone są dwa programy leczenia substytucyjnego - w Koszalinie i w Szczecinie. Zadaniem takich programów 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 przewlekłe uzależnionych od opiatów oraz osób mających za sobą kilka prób nieudanego leczenia detoksykacyjnego.

W programie leczenia substytucyjnego realizowanego już od 1998 roku przez SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie łącznie uczestniczyły 242 osoby – szczegółową charakterystykę uczestnictwa w programie przedstawia poniższa tabela.

Tabela 27. Liczba uczestników programu leczenia substytucyjnego prowadzonego przez SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie w latach 1998-2010

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
15	94	86	88	108	72	75	66	68	69	70	75	72

Źródło: SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie

Na koniec 2010 roku w programie leczone były 72 osoby. Średnia wieku pacjentów wynosiła 35 lat (najstarszy pacjent miał 60 lat a najmłodszy 23 lata). Blisko 60% pacjentów żyje w stanie wolnym, ma wykształcenie średnie lub zawodowe (80%). Uczestnicy programu korzystają z terapii indywidualnej, rodzinnej, par oraz ze wsparcia. Pacjenci najczęściej borykają się z problemami materialnymi i zdrowotnymi. Wszyscy pacjenci uczestniczący w programie, którzy są zakażeni wirusem HIV leczą się. Należy podkreślić, iż z zakażonych rodziców urodziło się 20 zdrowych dzieci.

4. UDZIAŁ OSÓB NIETRZEŻWYCH
ORAZ POD WPŁYWEM NARKOTYKÓW
W NARUSZANIU PRAWA I PORZĄDKU PUBLICZNEGO

4.1. NARUSZENIA PRAWA PRZEZ OSOBY BĘDĄCE POD WPŁYWEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Statystyki Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie pokazują, iż w latach 2005 – 2010 do izb wytrzeźwień doprowadzono 43 878 osób nietrzeźwych, do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych doprowadzono 18 947 osób nietrzeźwych, do miejsc zatrzymania doprowadzono 22 910 osób nietrzeźwych, natomiast do placówek zdrowia doprowadzono 14 277 osób nietrzeźwych.

Tabela 28. Liczba osób nietrzeźwych doprowadzona do: izb wytrzeźwień, policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych, placówek służby zdrowia znajdujących się na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2010

Liczba osób nietrzeźwych doprowadzonych do:	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Izb wytrzeźwień	4177	5521	9922	8829	8825	6604
Policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych	3071	3040	3064	3907	3122	2743
Miejsc zamieszkania	4881	4171	3881	3493	3259	3225
Placówek służby zdrowia	2715	2670	2520	2660	1920	1792

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Istnienia korelacji między nietrzeźwością a dokonywaniem przestępstw dowodzą dane przytoczone poniżej. Zjawisko to najwidoczniejsze jest przy dokonywaniu takich przestępstw jak przestępstwo przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu (72% w 2010 r.) oraz udział w bójce lub pobicie (35% w 2010 r.).

Tabela 29. Liczba osób nietrzeźwych uczestniczących w wybranych kategoriach przestępstw

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba osób nietrzeźwych uczestniczących w wybranych kategoriach przestępstw						
Zabójstwo						
Dorośli podejrzani ogółem, w tym nietrzeźwi	45 27	26 18	42 32	44 18	36 22	42 23
Nieletni sprawcy, w tym nietrzeźwi	2 -	3 1	1 -	- -	2 -	- -
Uszczerbek na zdrowiu						
Dorośli podejrzani ogółem, w tym nietrzeźwi	474 169	357 131	396 142	401 116	390 129	424 121
Nieletni sprawcy, w tym nietrzeźwi	135 7	146 4	171 5	164 1	153 6	189 5
Udział w bójce lub pobiciu						
Dorośli podejrzani ogółem, w tym nietrzeźwi	739 277	636 279	655 297	673 278	523 205	608 215
Nieletni sprawcy, w tym nietrzeźwi	266 16	339 6	476 25	409 23	280 13	417 7
Przestępstwo przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu						
Dorośli podejrzani ogółem, w tym nietrzeźwi	760 587	850 629	927 719	895 668	868 632	914 662
Nieletni sprawcy, w tym nietrzeźwi	21 10	24 8	32 14	102 14	155 17	253 20

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Zauważa się spadek liczby wypadków drogowych z 293 w 2005 roku do 157 w 2010 roku. Jednakże w dalszym ciągu liczba rannych i zabitych w wypadkach drogowych z udziałem nietrzeźwych użytkowników dróg jest jedną z najwyższych w Europie.

Tabela 30. Nietrzeźwi użytkownicy dróg, którzy uczestniczyli w wypadkach drogowych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba wypadków drogowych	293	292	266	258	201	157
Liczba zabitych	37	43	38	36	28	15
Liczba rannych	355	363	328	327	261	194
Liczba kolizji drogowych	527	544	485	506	361	344

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Dwukrotnie wzrosła liczba nietrzeźwych kierujących zatrzymanych na terenie województwa zachodniopomorskiego z 9 600 osób w 2007 roku do 19 233 osób w 2009.

Tabela 31. Nietrzeźwi kierujący, tj. art.178a § 1 i 2 zatrzymani na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2007 –2009

	Przestępstwa stwierdzone		
	Ogółem		
	2007r.	2008r.	2009r.
WOJEWÓDZTWO	9600	9018	19233

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

Natomiast badania wskazują, że spadła liczba przestępstw narkotykowych popełnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego. Szczegółowe dane ujęte zostały w poniższej tabeli.

Tabela 32. Liczba przestępstw narkotykowych popełnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2007 –2009

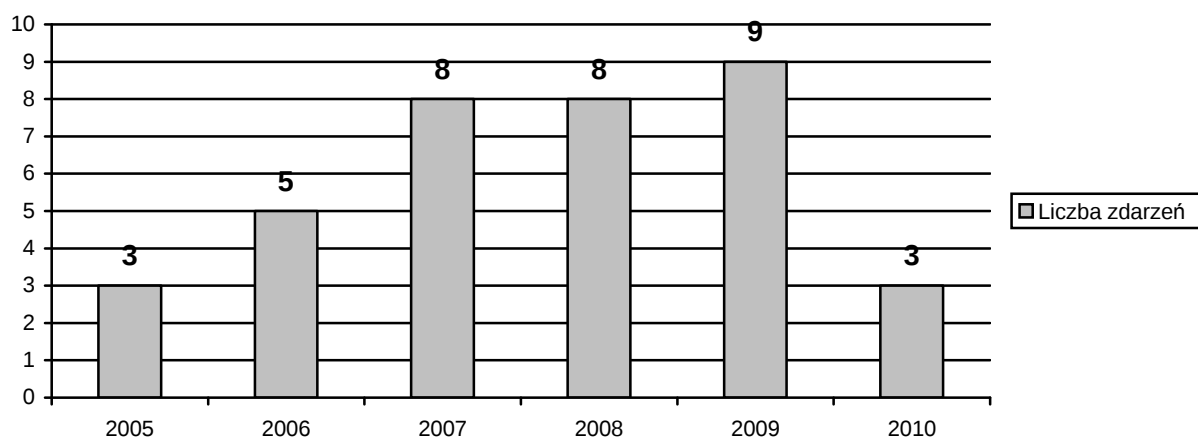
	Przestępstwa stwierdzone		
	Ogółem		
	2007r.	2008r.	2009r.
WOJEWÓDZTWO	3408	2692	2835

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie

4.2. NIETRZEŻWOŚĆ W MIEJSCU PRACY

Z danych Państwowej Inspekcji Pracy wynika, że w latach 2005 – 2010 miało miejsce 36 wypadków przy pracy, w których jedną z przyczyn było wykonywanie przez pracownika pracy po spożyciu alkoholu.

Wykres 24. Zdarzenia, w których jedną z przyczyn wypadku przy pracy było wykonywanie przez pracownika pracy po spożyciu alkoholu



Źródło: Państwowa Inspekcja Pracy w Szczecinie

5. BAZA FINANSOWA I PROGRAMOWA
WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO
DO REALIZACJI ZAPISÓW PRAWA W ZAKRESIE
PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM

5.1. FINANSOWANIE I REALIZACJA ZADAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM PROWADZONA NA TERENIE WOJEWÓZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

FINANSOWANIE

W 112 gminach województwa funkcjonują Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w których w 2010 roku pracowało 818 osób, tj. więcej niż w 2004 roku, gdzie liczba ta wyniosła 796 osób. Członkowie komisji są przedstawicielami zawodów takich jak: nauczyciele, pracownicy socjalni, pedagodzy, terapeuci. Bezpośrednio za realizację gminnych programów odpowiedzialni są Pełnomocnicy/Koordynatorzy Prezydentów, Burmistrzów i Wójtów ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

Środki finansowe pozyskiwane na realizację zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień są dochodem własnym samorządu i pochodzą z tytułu rocznych opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, oraz zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wydanych przedsiębiorcom, których działalność polega na organizacji przyjęć, a także jednorazowych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Jest to tak zwane „korkowe”. Wydatki wynikające z budżetu jednostki samorządu terytorialnego mają charakter limitu rocznego. Stanowią upoważnienie do zaciągania zobowiązań i dokonywania płatności finansowych do końca danego roku budżetowego. Wyjątkiem od działania zasady wygasania limitów wydatków rocznych, jest przedstawiona w art. 191 ustawy o finansach publicznych, możliwość ustanowienia tzw. wydatków niewygasających. Według przepisu organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego może ustalić wykaz wydatków budżetu, które staną się wydatkami niewygasającymi oraz określić dzień roku następnego, do którego wolno zaciągać związane z nimi zobowiązania i dokonywać tych wydatków.

Tabela 33. Wpływy z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu w latach 2002 – 2009 jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Samorządy gminne	22.686.259	23.816.144	25.156.847	26.759.684	27.812.565	29.620.474	32.163.508	34.163.508
Koszalin, Szczecin, Świnoujście - miasta na prawach powiatów	6.441.114	7.571.798	8.232.558	9.047.653	9.396.999	9.946.851	10.922.191	12.012.359
Samorząd województwa	330.930	2.083.400	389.700	1.840.759	406.191	1.781.800	296.700	1.175.200

Źródło: Regionalna Izba Obrachunkowa w Szczecinie

Wpływy z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu w latach 2002 – 2009 jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego wyniosły 222 178 989 zł, w tym 73 571 523 zł, tj. 33% stanowiły dochody miast na prawach powiatu, tj. Koszalina, Szczecina i Świnoujścia. Natomiast łączny dochód województwa z tytułu opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu w przyjętym okresie wyniósł 8 304 680 zł, co stanowi 3,7% łącznego dochodu samorządów gminnych

województwa zachodniopomorskiego. Ustawodawca określił, iż dochody z opłat za zezwolenie na sprzedaż alkoholu muszą być wydatkowane jedynie na zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Wydatki poniesione przez jednostki samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego na zwalczanie narkomanii i przeciwdziałanie alkoholizmowi w latach 2002 – 2009 prezentuje poniższa tabela.

Tabela 34. Wydatki poniesione przez jednostki samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego na zwalczanie narkomanii i przeciwdziałanie alkoholizmowi w latach 2002 – 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Zwalczanie narkomanii								
Samorządy gminne	57.290	59.451	72.585	94.724	1.284.982	1.581.116	1.631.744	2.048.281
w tym								
Koszalin,	57.290	59.451	72.585	84.724	563.729	650.248	563.600	818.682
Szczecin,								
Świnoujście								
Samorząd województwa	72.000	10.000	20.220	20.220	62.974	187.965	122.327	58.049
Przeciwdziałanie alkoholizmowi								
Samorządy gminne	20.703.307	20.687.968	24.399.180	24.452.432	25.480.172	25.602.657	30.339.918	31.315.394
w tym								
Koszalin,	5.368.068	5.789.799	8.390.727	8.065.508	8.246.471	7.531.073	8.721.270	818.682
Szczecin,								
Świnoujście								
Samorząd województwa	290.622	956.462	1.098.200	1.779.249	917.652	1.024.072	961.961	1.132.123

Źródło: Regionalna Izba Obrachunkowa w Szczecinie

Wydatki poniesione na zwalczanie narkomanii w latach 2002-2009 przez jednostki samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego wyniosły 202 981 028 zł, w tym 52 931 598 zł, tj. 26% stanowiły dochody miast na prawach powiatu, tj. Koszalina, Szczecina i Świnoujścia. Łączne wydatki województwa na zwalczanie narkomanii w przyjętym okresie wyniosły 8 160 341, tj. 4% zsumowanych wydatków samorządów gminnych.

REALIZACJA ZADAŃ W GMINACH WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie wskazuje, że w skali kraju ok. 43% gminnych środków na rozwiązywanie problemów alkoholowych przeznaczanych jest na działania skierowane do dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Kolejne znaczące pozycje to: pozalekcyjne zajęcia sportowe (9%), szkolne programy profilaktyczne (7%), pozaszkolne programy profilaktyczne (6%), edukacja publiczna (4%). PARPA uwypukla niską jakość działań profilaktycznych

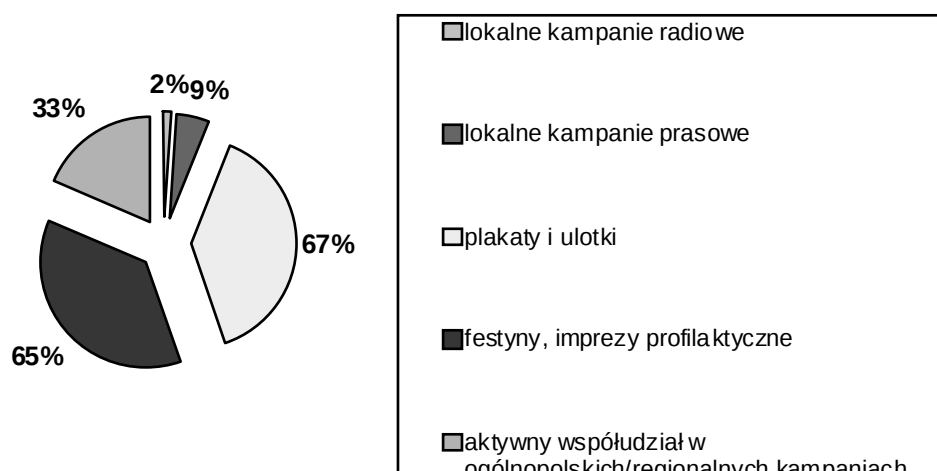
podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jako poważny problem społeczny. Finansowanie przez samorządy lokalne nieskutecznych działań sprawia, że właściwie niemożliwe staje się zaspokojenie potrzeb profilaktycznych, co powoduje, że efekty są praktycznie bliskie zeru. Jednocześnie PARPA wskazuje, że samorządy gminne realizują zadania z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom poprzez finansowanie na festynów, kampanii czy imprez, m. in. z uwagi na:

- *Akceptację społeczną* – mieszkańcy lubią „imprezy” i głośne kampanie medialne, które dotycząc spraw postrzeganych jako ważne poruszają serca i umysł;
- *Przyzwyczajenie* – takie działania mają długą tradycję i dla wielu osób stanowią źródło dochodu;
- *Łatwość realizacji* – zakupienie i rozdysponowanie materiałów np. ulotek, plakatów, broszur nie wymaga specjalistycznej wiedzy, umiejętności i czasu;
- *Opłacalność* – działania takie są widoczne w społeczności lokalnej, przyciągają wielu widzów, ale są także okazją do promowania konkretnych osób, działań czy towarów.

Badania naukowe podważają skuteczność takich działań, ponieważ z reguły są to inicjatywy jednorazowe, a ich najpopularniejszy przekaz informacyjny poprzez ulotki czy plakaty nie daje trwałych efektów. Jednak przede wszystkim działania te nie zmieniają zachowań, czynników ryzyka, szkód związanych z określonymi zachowaniami oraz warunków życia. Należy jednakże zaznaczyć, że takie działania mogą być użytecznym elementem profilaktyki ale wyłącznie jako wstęp do innych, skutecznych działań.

Poniższy wykres przedstawia odsetek gmin województwa, w których w 2010 roku prowadzone były działania z zakresu edukacji publicznej poprzez lokalne i ogólnopolskie kampanie czy organizację festynów i imprez profilaktycznych.

Wykres 25. Odsetek gmin województwa, w których prowadzone były działania z zakresu edukacji publicznej w 2010 roku.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku

PARPA wskazuje powody finansowania ze środków zapisanych na profilaktykę pozalekcyjnych zajęć sportowych:

- Rozpowszechnione przekonanie, że osoby aktywne sportowo nie używają substancji psychoaktywnych, a udział w zajęciach sportowych ogranicza ryzyko picia;
- Zajęcia sportowe przyczyniają się do poprawy kondycji fizycznej oraz zaspokajają potrzeby zdrowotne;
- Pozalekcyjne zajęcia sportowe mają długą tradycję;
- Przyzwyczajenie;
- Dla wielu osób są źródłem dochodu;
- Łatwość realizacji;
- W każdej społeczności lokalnej są trenerzy, działacze i jakieś wyposażenie;
- Rozwój infrastruktury sportowej jest wspierany przez władze centralne i często przez mieszkańców;
- Opłacalność imprez sportowych;
- Są widoczne w społeczności lokalnej i przyciągają wielu widzów;
- Są okazją do promowania konkretnych osób działań towarów.

Zajęcia sportowe są jednak nieskuteczne, ponieważ to nie sam sport jest alternatywą dla używek, lecz przekonania i wartości związane ze sportowym stylem życia czyli gotowość do rezygnowania z pewnych rzeczy dla utrzymania czy poprawy zdrowia i kondycji. Aktywność sportowa jest często przejawem wysokiej aktywności życiowej w ogóle. Jednak uprawianie sportu wiąże się z aktywnością towarzyską, która sprzyja sięganiu po środki psychoaktywne. Ponadto wyraża silne zapotrzebowanie na stymulację, która może też być zaspokajana poprzez zachowania ryzykowne i problemowe. Przede wszystkim nieskuteczne są jednorazowe akcje, ponieważ nie prowadzą do trwałej zmiany zachowania. Warto podkreślić, iż zajęcia sportowe mogą stanowić użyteczny element w społecznościach lokalnych, jednak nie jako strategia dominująca lecz uzupełniająca, np. działania w ramach strategii edukacji rówieśniczej, rozwijanie umiejętności życiowych lub jeżeli pozwalają włączyć dzieci i młodzież z grup ryzyka do pozytywnej grupy rówieśniczej (zmiana środowiska = alternatywa).

W związku z powyższym, „poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz ograniczenie wydatkowania środków finansowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych” została uznana za jeden z priorytetów Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

REALIZACJA ZADAŃ PRZEZ ZARZĄD WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO W 2010 ROKU

Z uwagi na fakt, by wszystkie podejmowane w ramach Programu działania były użyteczne, wykonalne i zasadne, często mieszczą się one w obrębie kilku celów operacyjnych. Należy podkreślić, iż Samorząd Województwa, poza wykonywaniem zadań, do których jest zobligowany, ustawowo stara się inicjować i wyznaczać nowe kierunki, trendy działań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom oraz przemocy. Warte uwagi jest to, że podejmowane działania realizowane są na podstawie

dokonanej wnikliwej diagnozy i analizy lokalnych potrzeb prowadzonych poprzez konsultacje z przedstawicielami m.in. organizacji pozarządowych, instytucji zajmujących się profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz przedstawicielami administracji samorządowej i rządowej.

Priorytet „Zmniejszenie spożycia alkoholu oraz zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki” realizowany były między innymi we współpracy z organizacjami pozarządowymi, którym w ramach otwartego konkursu ofert zlecono zadanie publiczne polegające na organizacji edukacji publicznej i pierwszorzędowych oddziaływań profilaktycznych w zakresie ograniczenia popytu oraz szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

Tabela 35. Działania realizowane przez organizacje pozarządowe w 2010 roku w ramach priorytetu Zmniejszenie spożycia alkoholu oraz zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki

NGO	Nazwa zadania	Realizacja
Zachodniopomorski Oddział Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych "Powrót z U"	Szkolenie lokalnych liderów gmin województwa zachodniopomorskiego zainteresowanych tworzeniem i prowadzeniem gminnych punktów informacyjno-konsultacyjnych dla osób szkodliwie używających i uzależnionych od środków psychoaktywnych (alkohol, narkotyki) oraz członków ich rodzin	Celem zadania było nabycie umiejętności prowadzenia Punktów Informacyjno – Konsultacyjnych dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin na terenie województwa zachodniopomorskiego – profilaktyka I - rzędowa. W ramach realizacji zadania przeprowadzono 4 godz. wykładów, z których skorzystało 14 osób oraz 28 godz. warsztatów, w których udział wzięło 14 osób. Odbyło się 7 wyjazdów w teren, z których skorzystało 14 osób. Na podstawie wywiadów stwierdzono, że po szkoleniu wzrósł poziom wiedzy uczestników programu na temat ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu oraz zażywania narkotyków. Poszerzono wiedzę na temat zagadnień prawnych związanych z problematyką uzależnień i przemocą w rodzinie oraz aspektów etycznych związanych z pracą w dziedzinie uzależnień. Warsztaty, które dały uczestnikom praktyczne umiejętności do codziennej pracy z klientem, zostały przez nich bardzo wysoko ocenione
Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień Monar w Szczecinie	Zażywam tylko dźwięków	Oferta skierowana była do młodzieży bawiącej się przy muzyce typu rock, folk, reggae, techno, muzyka klubowa. Działania polegały na: rozdaniu ulotek oraz broszur na temat zagrożeń wynikających z zażywania narkotyków i alkoholu; rozdaniu „gadżetów”, materiałów promujących hasło „Zażywam tylko dźwięków” (naklejki, znaczki); edukowaniu poprzez rozmowy na temat powikłań zdrowotnych wynikających z używania narkotyków i alkoholu; pomocy przy szukaniu alternatywnych zachowań; modelowaniu postaw abstynenckich; promowaniu zabawy wolnej od narkotyków poprzez własną postawę. Podjęte działania wspierało Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, finansując wynagrodzenia za działania środowiskowe oraz koszty transportu. W związku z działaniami i przedsięwzięciami w Kaliszu Pomorskim nawiązana została współpraca z Miejsko - Gminnym Ośrodkiem Kultury i Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Kaliszu Pomorskim.
Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Okręgowy w Koszalinie	Projekt profilaktyczny	Celem zadania, zgodnie ze złożoną ofertą, było wdrożenie nowoczesnych, profesjonalnych psychospołecznych programów profilaktycznych skierowanych do młodzieży ponadgimnazjalnej, uczących postaw i umiejętności służących zdrowemu i trzeźwemu stylowi życia. <u>Cele terapeutyczne:</u> • Odreagowanie przez uczestników napięć emocjonalnych; • Aktywne uczenie uczestników nowych umiejętności psychologicznych; • Dotarcie do grup podwyższonego ryzyka – dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień i wskazanie im właściwych wzorców, norm i postaw moralnych; • Ochrona dzieci i młodzieży przed kolejnymi urazami psychicznymi; • Usprawnianie relacji rodzic – dziecko.

Stowarzyszenie MiastoHolizm	„RADIO – DIALOG”	Zasadniczym założeniem projektu było zainicjowanie dyskusji na antenie radiowej, mających na celu dostarczenie społeczeństwu wiedzy o substancjach psychoaktywnych oraz sposobach radzenia sobie z problemem uzależnienia dzięki emisji audycji na żywo oraz akcji bezpośrednich towarzyszącym audycjom. Dzięki tak przeprowadzonym działaniom osiągnięte zostały cele wskazane w ofercie: • promocja alternatywnego, aktywnego i zdrowego sposobu życia w stosunku do możliwości korzystania z substancji psychoaktywnych; • ograniczenie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z uzależnieniem; • zaprezentowanie wiedzy o substancjach psychoaktywnych oraz sposobach radzenia sobie z problemem uzależnienia; • wsparcie i profesjonalna pomoc informacyjno-edukacyjna, zmierzająca do zwiększenia dostępności i skuteczności zorganizowanych form pomocy dla osób uzależnionych; • motywowanie do podjęcia leczenia oraz informowanie o specjalistycznych placówkach leczenia odwykowego; • zmniejszanie poziomu bezradności osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz współuzależnionych; • zwiększenie dostępu mieszkańców Szczecina i województwa do profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz poszerzenie wiedzy o uzależnieniach i profilaktyce w tym zakresie; • zwiększenie umiejętności mieszkańców Szczecina i województwa w dziedzinie rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem.
Stowarzyszenie Wolontariuszy „DA DU”	PROFILIADA	Głównym celem realizowanego projektu było wdrożenie i realizacja nowoczesnych, profesjonalnych, psychospołecznych programów profilaktycznych skierowanych do młodzieży ponadgimnazjalnej i studentów, uczących postaw i umiejętności służących zdrowemu i trzeźwemu stylowi życia. Działania te miały na celu spowodowanie ograniczenia popytu na alkohol i inne środki psychoaktywne, a przez to zmniejszenie szkód zdrowotnych i społecznych wśród tej populacji wiekowej. Realizacja zadania odbyła się poprzez przedstawienie uczestnikom za pomocą odpowiednio dobranych tematycznie dzieł filmowych sytuacji trudnych, stresujących, a nawet patologicznych, z jakimi mogą zetknąć się w rzeczywistości: w sytuacjach rodzinnych, życiu szkolnym, w grupach rówieśniczych, za pośrednictwem mediów. Realizacja zadania polegała na szeroko rozumianej, nowoczesnej profilaktyce I - rzędowej oraz edukacji młodzieży ponadgimnazjalnej z zakresu profilaktyki uzależnień (alkohol, narkotyki, leki, dopalacze), wykorzystującej nowoczesne metody, środki i techniki przekazu.

Ponadto zrealizowano także coroczne spotkanie z pełnomocnikami oraz koordynatorami Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz innymi osobami odpowiedzialnymi w gminach za rozwiązywanie problemów uzależnień i przemocy w rodzinie. Spotkanie było ważne i wartościowe dla obydwu stron. Zarówno uczestnicy, jak i organizatorzy spotkania, podkreślali potrzebę organizacji kolejnych, cyklicznych konferencji tego typu. Spotkania nie tylko dostarczają nowej wiedzy, ale pozwalają również na dyskusję, wymianę doświadczeń, nawiązanie cennych kontaktów i współpracy pomiędzy gminami.

W 2010 roku po raz siódmy opracowany i wydany został „Informator o instytucjach działających na rzecz rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie w województwie zachodniopomorskim”. Informator został przekazany realizatorom ustawy

o wychowaniu w trzeźwości, przeciwdziałaniu narkomanii, a także przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz osobom zainteresowanym skorzystaniem z fachowej pomocy w dziedzinie rozwiązywania problemów uzależnień i przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W informatorze umieszczonych zostało blisko 1000 instytucji oraz organizacji z terenu całego województwa, pełniących działania z zakresu ww. ustaw.

Zorganizowano kurs II stopnia z Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach dla pracowników placówek leczenia odwykowego. Zakres merytoryczny kursu obejmował treści dostosowane do potrzeb osób pracujących z uzależnionymi. Były to między innymi następujące bloki tematyczne:

- Młodzież i dorośli w obliczu uzależnień od narkotyków a TSR.
- TSR w pracy z dziećmi i młodzieżą.
- Wykorzystanie TSR w relacji (para, rodzina).
- TSR w Pomocy Społecznej i pracy socjalnej.

Przyznano dotacje na finansowanie zadań przez stacjonarne placówki leczenia odwykowego, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego w ramach priorytetu Wspieranie rozwoju, modernizacja i zwiększenie dostępności do usług terapeutycznych dla osób uzależnionych i współuzależnionych. Dotacje otrzymały:

- Regionalny Szpital w Kołobrzegu na dofinansowanie szkolenia na szczeblu krajowym – kontynuacja szkolenia Studium Terapii Uzależnień (proces certyfikacyjny), spotkania grup superwizji prowadzonych przez psychoterapeutów rekomendowanych przez PARPA.
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach na dofinansowanie następujących zadań: dofinansowanie programów niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowe leczenie odwykowe, superwizja kliniczna dla zespołu terapeutycznego.
- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie na dofinansowanie następujących zadań: dofinansowanie programów niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowe leczenie odwykowe, dofinansowanie programów niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla rodzin pacjentów przebywających w Ośrodku, dofinansowanie programów niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla pacjentów – zapobieganie nawrotom choroby, szkolenie dla personelu własnego – Szkoła Psychoterapii Uzależnień – wyższy personel terapeutyczny, szkolenie dla pracowników leczenia odwykowego w zakresie stosowania w psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia podejścia integracyjnego tj. stosowania integracyjnej psychoterapii uzależnienia oraz dofinansowanie organizacji porad szkoleniowych dla kadry kierowniczej oraz wojewódzkich specjalistów terapii uzależnienia.
- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie na dofinansowanie następujących zadań: staż kliniczny i superwizje kliniczne do certyfikatu (2 osoby), staż i superwizja – końcowy etap w procesie certyfikacji (2 osoby) dla pracowników stacjonarnego leczenia odwykowego, superwizja kliniczna dla zespołu terapeutycznego, zabezpieczenie środków niezbędnych do prowadzenia programu metadonowego.

W ramach realizacji zadania „Edukacja społeczeństwa w zakresie konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych, metody zapobiegania oraz ograniczania negatywnych skutków takich zachowań” przeprowadzone zostały kampanie społeczne, mające dostarczyć wiedzy na temat konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych, metod zapobiegania oraz ograniczania negatywnych skutków.

Głównym celem wojewódzkiej kampanii antynarkotykowej „Czas zmienić przyzwyczajenia” było zwrócenie społecznej uwagi na problem zażywania substancji psychoaktywnych przez ludzi dorosłych oraz na zagrożenia związane z tym zjawiskiem, ze szczególnym uwzględnieniem problemów związanych z aktywnością zawodową i życiem rodzinnym oraz motywami sięgania po substancje psychoaktywne przez osoby w okresie stabilizacji życiowej. Do realizacji kampanii włączyły się gminy województwa zachodniopomorskiego. Podjęto stosowne porozumienia dotyczące realizacji kampanii przez poszczególne gminy, które otrzymały od Samorządu Województwa opracowane już produkty kampanii w celu ich samodzielnego rozpowszechnienia. Gminy: Szczecin, Kołobrzeg, Koszalin i Świnoujście opłaciły z własnych środków promocję outdoor kampanii, tj. billboardy oraz citylighty.

Poza tym w ramach priorytetu opracowany został „Przewodnik dla studentów pierwszego roku – 2010 r.”, w którym umieszczono informacje na temat funkcjonowania i życia na uczelniach wyższych oraz treści związane z zapobieganiem zjawisku narkomanii i alkoholizmu. Przewodnik trafił do blisko 10 000 osób rozpoczynających edukację na poziomie szkolnictwa wyższego. Grupa do której skierowany był Przewodnik jest szczególnie narażona na kontakt z różnego rodzaju używkami, a co za tym idzie na wszelkie skutki jakie niesie zażywanie środków odurzających. Przygotowanie „Przewodnika dla studentów pierwszego roku – 2010 r.” zwiększyło studentom dostęp do informacji dotyczących zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz sposobów radzenia sobie z tym problemem.

Realizacji priorytetu służyło prowadzenie w 2010 roku w formie internetowej (www.pogadaj.eu) Punktu Informacyjno – Konsultacyjnego o uzależnieniach i patologiach społecznych związanych z uzależnieniami. Projekt realizowany jest od trzech lat i ma na celu: zmniejszenie poziomu bezradności osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób współuzależnionych, zwiększenie dostępu do profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie uzależnień od środków psychoaktywnych i przeciwdziałania przemocy domowej osób zamieszkujących województwo zachodniopomorskie, udzielenie wsparcia i pomocy, zmierzającej do zwiększenia dostępności i skuteczności zorganizowanych form profesjonalnej pomocy dla osób narażonych i zagrożonych przemocą domową, a także uzależnionych od środków psychoaktywnych, m. in. poprzez motywowanie do podjęcia leczenia i prowadzenie statystyk udzielanych porad i konsultacji, zwiększenie umiejętności w dziedzinie rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz przemocą domową, a także dostarczenie wiedzy społeczeństwu o przemocy domowej oraz uzależnieniu od środków psychoaktywnych, a zwłaszcza o sposobach radzenia sobie z tymi problemami.

W ramach edukacji społecznej w roku 2010 zorganizowano coroczne spotkanie JM Rektorów Wyższych Uczelni Województwa Zachodniopomorskiego oraz Pełnomocników Rektorów i Koordynatorów ds. profilaktyki narkomanii i innych uzależnień.

Realizując cel „Zmniejszenie udziału osób nietrzeźwych oraz pod wpływem narkotyków w naruszaniu prawa i porządku publicznego” wdrożono i przeprowadzono kampanię pn. „Wypił za zdrowie” skierowaną do kierowców dotyczącą skutków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Celem kampanii było propagowanie trzeźwości podczas prowadzenia pojazdów i ukazanie skutków jazdy pod wpływem alkoholu. Kampania miała charakter szokujący. Polegała na umieszczeniu powypadkowych wraków samochodów osobowych na drogach wojewódzkich, podlegających Zachodniopomorskiemu Zarządowi Dróg Wojewódzkich w Koszalinie, w tych miejscach naszego województwa, gdzie najczęściej dochodzi do wypadków drogowych. Wraki samochodów były oznakowane hasłem kampanii „Wypił za zdrowie”, oddziałującym na wyobraźnię użytkowników dróg. Dodatkowym narzędziem kampanii były ulotki oraz ogłoszenia medialne. Kampania realizowana była w okolicach Święta Zmarłych, w dniach 29 października – 2 listopada 2010 r., czyli w okresie wzmożonego ruchu drogowego i równoległe z coroczną policyjną akcją „Znicz”. Do współpracy przy realizacji kampanii aktywnie włączyli się zachodniopomorscy policjanci, którzy podczas kontroli wręczali kierowcom ulotki promujące akcję.

Cele priorytetu „Współpraca i wspieranie działań administracji publicznej: samorządowej i państwowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli różnych środowisk zawodowych i lokalnych w obszarach profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień” realizowane są w ścisłej współpracy ze służbami i instytucjami zajmującymi się lub współodpowiedzialnymi za profilaktykę i rozwiązywanie problemów uzależnień. Są to m.in. jednostki samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego, instytucje i oddziały terapii i leczenia uzależnień, instytucje zajmujące się przeciwdziałaniem przemocy i pomocą rodzinie, służby mundurowe, organizacje pozarządowe. Większość realizowanych wspólnie zadań i form współpracy została już omówiona. Z nieomówionych do tej pory form współpracy na szczególną uwagę w 2010 roku zasługują:

- Współpraca Samorządu Województwa z Okręgowym Inspektorem Służby Więziennej w programie pod nazwą: „Wspólnie przeciw uzależnieniom”. Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Szczecinie wraz z Samorządem Województwa Zachodniopomorskiego realizował planowane na 2010 r. przedsięwzięcie z obszaru profilaktyki uzależnień w postaci wydania ulotki skierowanej do osadzonych w Zakładach Karnych i Aresztach Śledczych okręgu szczecińskiego. Ulotka „Tego nie powie Ci kolega dealer” swoją tematyką obejmowała profilaktykę uzależnień, obalając funkcjonujące wśród osadzonych mity oraz opisując negatywne i niebezpieczne skutki zażywania najbardziej popularnych w środowisku więziennym narkotyków.
- Współpraca Samorządu Województwa z Komendą Wojewódzką Policji w Szczecinie w ramach programu „Wspólnie przeciw uzależnieniom i przemocy” - edycja V polegała na organizacji konkursu dla dzieci i młodzieży województwa zachodniopomorskiego. Na konkurs młodzież placówek oświatowych naszego województwa przesłała 50 prac filmowych oraz 70 różnych fotografii. Prace konkursowe poruszały bardzo różnorodną tematykę. Część filmów opowiadała o skutkach uzależnień różnego rodzaju - od środków odurzających, aż po Internet. Kilka filmów poruszało kwestię niechcianej ciąży i oddania dzieci do nielegalnej adopcji. Częstym tematem filmów był także problem alkoholizmu oraz konsekwencji, jakie niesie we współczesnym społeczeństwie. W kategorii fotograficznej przysłano wiele bardzo dobrych zdjęć,

które w zasadzie mogą stać się gotowymi plakatami kampanii społecznych. Tematyka poruszana w tych pracach była bardzo różnorodna, a autorzy wykazali się wielką wyobraźnią i ciekawymi pomysłami oraz umiejętnościami w zakresie obróbki graficznej. Trwałym efektem konkursu jest kalendarz na rok 2011, zawierający najlepsze i nagrodzone prace. Kalendarz został przez Wydział Współpracy Społecznej przekazany do gmin województwa zachodniopomorskiego.

W ramach realizacji celu „Monitorowanie i badanie zjawisk związanych z problemami związanymi z uzależnieniami” w roku 2010 przeprowadzono lub przystąpiono do następujących badań:

- Badanie organizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dotyczące rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych (narkotyki oraz alkohol) w populacji generalnej, tj. na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie osób w wieku od 15 do 64 lat. Badanie miało na celu diagnozę postaw i zachowań wobec substancji psychoaktywnych, zebranie danych do ewaluacji strategii zapobiegania narkomanii oraz dostarczenie informacji niezbędnych do zaplanowania adekwatnych działań profilaktycznych. Badanie było przeprowadzane w oparciu o europejską metodologię wypracowaną przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), a wyniki zostaną przekazane do EMCDDA w ramach polskich prac nad europejskim systemem monitorowania problemu narkotyków i narkomanii.
- W listopadzie oraz grudniu 2010 roku przeprowadzone zostało przez WWS pierwsze wojewódzkie badanie osób leczących się z powodu zaburzeń od alkoholu, którego celem było opracowanie Profilu osoby leczącej się z powodu używania alkoholu.

5.2. OCZEKIWANIA WOBEC PROFILAKTYKI I WIDOCZNOŚĆ DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

Oczekiwania wobec profilaktyki zostały określone w przytaczanym badaniu ankietowym przeprowadzonym w województwie zachodniopomorskim. Wskazuje się, że najtańszą i najbardziej efektywną strategią reagowania na problemy społeczne wynikające z uzależnień jest profilaktyka. Badanych proszono o wybranie z listy dowolnej liczby instytucji, które powinny się jego zdaniem tym zajmować, a także wskazanie jednej instytucji, której działania będą najbardziej efektywne.

Tabela 36. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży (wszystkie wskazania)

Rodzice	93,6
Oświata - szkoły	89,7
Policja	76,8
Kościół	51,3
Służba zdrowia	69,7
Organizacje pozarządowe (społeczne)	84,5

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Analizując wszystkie wskazania na pierwszym miejscu znajdujemy rodziców (93,6%). Niewiele mniejszy odsetek badanych odpowiedzialnością za profilaktykę obarcza szkołę (89,7%) i organizacje pozarządowe (84,5%). 76,8% badanych dostrzega tu pole do działania dla policji a 69,7% dla służby zdrowia. W najniższym odsetku badani wskazywali na rolę kościoła – 51,3%. Warunkiem koniecznym włączenia rodziny, a w szczególności rodziców, w proces profilaktyczny jest adekwatne rozpoznanie skali zagrożenia. Minął czas, gdy po narkotyki sięgała tylko tzw. młodzież problemowa. Obecnie narkotyki, przynajmniej niektóre, stały się elementem młodzieżowej kultury i ryzyko sięgania po nie dotyczy także dobrze przystosowanej młodzieży. Jak wynika z przeprowadzonych badań 35,2% rodziców uczestniczących w badaniu żyje w przekonaniu, że w przypadku ich pociech eksperymentowanie z marihuaną nie jest możliwe. Dalsze prawie 44,0% uznało to za mało prawdopodobne. To optymistyczne podejście do zagrożenia sięganiem po narkotyki wydaje się nie stwarzać sprzyjających warunków dla podjęcia działań profilaktycznych. Trudno oczekiwać, by przedmiotem troski rodziców stały się zagrożenia uznawane za zupełnie lub prawie nierealne. Wydaje się, że warto zintensyfikować działanie edukacyjne wobec szerokiej rzeszy rodziców, uświadamiające im ryzyko związane z kierunkami rozwoju młodzieżowej kultury. Obecnie, jak wykazują wyniki badania, tylko 64,0% rodziców rozmawiało w czasie ostatnich 12 miesięcy ze swoimi dziećmi o problemie narkotyków, w tym tylko 25,0% wielokrotnie. Rozmowy o kwestii picia alkoholu przez młodzież podejmowało 63,7% rodziców, w tym więcej niż incydentalnie 36,3%. Dla uzupełnienia podajmy, że 81,7% rodziców rozmawiało ze swoim dzieckiem o jego problemach, w tym 39,7% wielokrotnie.

Widoczność społeczną szeroko pojętych działań pomocowych dla osób z problemem narkotyków lub alkoholu badano pytając o to, czy respondent słyszał o wymienionych w pytaniu instytucjach zajmujących się tą sferą działań. Spośród instytucji zajmujących się redukcją popytu na narkotyki najszerzej znane są poradnie dla osób uzależnionych od narkotyków (64,8%). Znaczną widocznością społeczną cieszą się też punkty konsultacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków (55,5%). O Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii słyszało 30,9% badanych, czyli niewiele mniej niż tych, którzy słyszeli o Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (35,8%). Ogólnopolska Kampania: „Brałeś? Nie jedź! Po alkoholu i narkotykach rozum wysiada” znana była 80,9% respondentów. O grupach Anonimowych Narkomanów (AN) słyszało 56,5% badanych. Społeczna widoczność tych grup jest zatem znacznie niższa niż grup Anonimowych Alkoholików (AA), o których słyszało 87,5% badanych. Wynik ten nie dziwi, bowiem grup AA jest w Polsce znacznie więcej niż grup AN i mają one w naszym kraju znacznie dłuższą tradycję. Podobnie jest zresztą z problemem alkoholowym, który pod względem rozmiarów i tradycji znacznie przewyższa problem narkotyków. Niemniej jednak wynik ten traktować można jako wyzwanie do szerszego rozpropagowania w społeczeństwie tej formy samopomocy obecnej wśród narkomanów. Jeszcze słabiej od grup AN znane są grupy Anonimowych Hazardzistów (32,1%), co też zdaje się wynikać zarówno z zasięgu problemu, jak skali działalności tych grup. Problem narkotyków i narkomanii od dawna obecny jest w massmediach. Zobaczmy, gdzie badani dostrzegają informacje na temat tego zjawiska. Pytano o informacje zauważone w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Tabela 37. Widoczność informacji na temat problemu narkotyków i narkomanii

1. Telewizja	56,4
2. Radio	32,7
3. Prasa codzienna	26,5
4. Tygodniki, miesięczniki	18,3
5. Tablice reklamowe na ulicach	31,0
6. Internet	37,9

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

Najwięcej respondentów dostrzegło informacje o zjawisku w telewizji (56,4%), najmniej w prasie periodycznej, tj. tygodnikach lub miesięcznikach (18,3%) i prasie codziennej (26,6%). Widoczność informacji w pozostałych, wymienionych w pytaniu, środkach masowego przekazu, jest podobna i oscyluje między 31,0% a 37,9%. Widoczność społeczną działań profilaktycznych badano pytając o to, z jakimi działaniami z zakresu zapobiegania narkomanii respondent zetknął się na terenie swojej miejscowości. Respondenci byli proszeni o wskazanie na przedstawionej im liście tych wszystkich działań profilaktycznych, z jakimi się zetknęli. Najszerzej znanym respondentom przejawem działań profilaktycznych prowadzonych w ich miejscowościach okazały się plakaty i ulotki (54,3%). Następne w kolejności są szkolne programy profilaktyczne – 43,8%, a dalej punkty konsultacyjne i poradnie dla narkomanów – 27,0%. Częściej badani wymieniali akcje policyjne – 31,4%. Najrzadziej w odpowiedziach respondentów pojawiają się interwencje profilaktyczne (8,9%).

Tabela 38. Widoczność działań profilaktycznych w miejscowości zamieszkania

1. Plakaty, ulotki itp.	54,3
2. Spotkania, prelekcje	22,3
3. Akcje, kampanie profilaktyczne	25,5
4. Punkty konsultacyjne, poradnie	27,0
5. Interwencje profilaktyczne	8,9
6. Programy profilaktyczne w szkołach	43,8
7. Akcje policyjne	31,4

Źródło: Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie zachodniopomorskim

5.3. ZASOBY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO W ZAKRESIE SPRAWOWANIA LECZNICTWA ODWYKOWEGO

Na terenie województwa zachodniopomorskiego w dniu 31.12.2009 r. funkcjonowało 31 szpitali ogólnych, 10 stacjonarnych zakładów psychiatrycznych i 17 zakładów opieki długoterminowej (bez jednostek podległych resortowi obrony narodowej i resortowi spraw wewnętrznych i administracji).

Liczba szpitali ogólnych obejmuje:

- 2 szpitale kliniczne,
- 20 szpitali podległych samorządom,
- 9 szpitali niepublicznych.

Liczba zakładów psychiatrycznych obejmuje:

- 2 szpitale psychiatryczne,
- 2 ośrodki leczenia odwykowego,
- 6 ośrodków rehabilitacyjnych dla narkomanów.

Liczba zakładów opieki długoterminowej obejmuje:

- 15 zakładów/oddziałów:
 - pielęgnacyjno – opiekuńczych,
 - opiekuńczo – leczniczych,
 - pielęgnacyjno – opiekuńczych psychiatrycznych,
 - opiekuńczo – leczniczych psychiatrycznych,
 - 2 hospicja.

Liczba łóżek w lecznictwie stacjonarnym wynosiła ogółem 8 559, z czego 7 484 w szpitalach ogólnych, 509 w zakładach psychiatrycznych i 566 w zakładach opieki długoterminowej.

Liczba leczonych pacjentów w lecznictwie stacjonarnym wynosiła ogółem 317 495, z czego w szpitalach ogólnych 312 255, w zakładach psychiatrycznych 3 090 i 2 150 w zakładach opieki długoterminowej.

Poniżej zaprezentowano bazę placówek sprawujących różnorodne formy opieki w zakresie leczenia uzależnień. Infrastruktura lecznictwa odwykowego nie jest adekwatna do potrzeb mieszkańców w tym zakresie. Ma na to wpływ niski poziom finansowania przez NFZ usług terapeutycznych, który źle wpływa na dostępność do tego rodzaju lecznictwa, np. brak oddziału detoksykacyjnego, trudność w dostępie do usług terapeutycznych poza dużymi ośrodkami miejskimi oraz mała dostępność do usług terapeutycznych obejmujących nowe formy uzależnienia, np. od komputera, zakupoholizm.

Tabela 39. Zasoby województwa zachodniopomorskiego w zakresie sprawowania leczenia odwykowego

Placówki leczenia odwykowego	Rodzaj placówki
SPS ZOZ „Zdroje” Szczecin	AmbulATORYJNA
Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnienia „Monar” Szczecin	
NZOZ Zachodniopomorski Oddział Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U” Szczecin	
„Klub Pacjenta” Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz ich Rodzin i Przyjaciół „Feniks” Kołobrzeg	
Powiatowy Ośrodek Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Kołobrzeg	
ZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego Kołobrzeg	
Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia Kołobrzeg	
NZOZ Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży Koszalin	
Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii Oddział w Koszalinie	
Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii „Młodzi-Młodym” Koszalin	
NZOZ „Patronka” Szczecinek	
SP ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu Szczecin	
NS ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia ANON Koszalin	
SPZ ZOZ w Gryficach	
NZOZ „SANUS” Nowogard	
Poradnia dla Osób z Problemem Alkoholowym Goleniów	
SP ZOZ Szpital Miejski Świnoujście	
NS ZOZ „NO” Sławno	OŚRODKI REHABILITACYJNE
NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno-Postresocjalizacyjny „Solidarni Plus”	
NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacji i Readaptacji dla osób Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych Łobez	
ZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „Monar” Kamień Rymański	
NZOZ PTZN Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Młodzieży Brzezinka	
NZOZ Stowarzyszenia „Monar” Ośrodek Babigoszcz	
NZOZ „Monar” Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny Marianówek	STACJONARNE ODDZIAŁY TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia Stanomino	
SPS ZOZ „Zdroje” Szczecin	
SPZ ZOZ w Gryficach	DZIENNE ODDZIAŁY TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU
SP ZOZ Szpital Miejski Świnoujście	
NZOZ „Patronka” Szczecinek	
SP ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu Szczecin	
NS ZOZ Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia ANON Koszalin	PUNKT KONSULTACYJNY
Punkt Konsultacyjny Białogard	
Punkt Konsultacyjny Wolin	
Punkt konsultacyjny Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii Szczecinek	

Źródło: Opracowanie własne

6. CELE STRATEGICZNE I KIERUNKI DZIAŁAŃ

CEL GŁÓWNY:

OGRANICZENIE PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z ZAŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Problem I – Szkody wynikające z zażywania substancji psychoaktywnych

Problem II - Zaburzenia życia rodzinnego w związku z uzależnieniem w tym szkody zdrowotne i rozwojowe dzieci z rodzin, w których występuje uzależnienie

Problem III – Zażywanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież

Problem IV – Jakość działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów przeciwdziałania uzależnieniom

Problem V – Naruszenia prawa związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych

PROBLEM I - SZKODY WYNIKAJĄCE Z ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

CEL STRATEGICZNY 1.

Ograniczenie szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych

CELE CZĄSTKOWE		PLANOWANE DZIAŁANIA		WSKAŹNIKI
1.1	1.2			
Poszerzenie wiedzy naukowej na temat zaburzeń wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych		1.1.1	Realizacja badań epidemiologicznych w zakresie zaburzeń wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych	1. Liczba zrealizowanych badań. 2. Liczba publikacji, raportów, analiz.
		1.1.2	Realizacja badań społecznych dotyczących wzorów używania substancji psychoaktywnych w Polsce	
		1.1.3	Realizacja badań dotyczących zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży	
		1.1.4	Gromadzenie i udostępnianie publikacji, raportów, analiz na temat uzależnień	
		1.1.5	Prowadzenie i koordynacja regionalnej sprawozdawczości na rzecz instytucji krajowych	
Ograniczenie szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych		1.2.1	Prowadzenie edukacji publicznej na temat szkód wynikających z uzależnienia oraz z zażywania substancji psychoaktywnych	1. Liczba raportów i publikacji. 2. Liczba sprawozdających się jednostek samorządu terytorialnego.
		1.2.2	Szkolenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie rozpoznawania wzorów zażywania substancji psychoaktywnych i podejmowania interwencji wobec osób zażywających substancje psychoaktywne	
		1.2.3	Opracowanie i wdrażanie programów profilaktyki problemów uzależnień, również ze szczególnym uwzględnieniem środowiska pracy	
		1.2.4	Wdrażanie programów prowadzących wysokiej jakości edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, zgodnie z podstawami programowymi wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół	
		1.2.5	Prowadzenie programów badawczych służących ocenie efektywności poszczególnych programów profilaktycznych	

PROBLEM I - SZKODY WYNIKAJĄCE Z ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

CEL STRATEGICZNY 1.

Ograniczenie szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych

1.3	Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	PLANOWANE DZIAŁANIA	1.3.1	Szkolenie ustawiczne kadr jednostek leczenia odwykowego	WSKAŹNIKI	1. Liczba szkoleń oraz liczba uczestników. 2. Liczba pacjentów placówek leczenia odwykowego.
			1.3.2	Rozszerzenie oferty programów socjoterapeutycznych, terapeutycznych, psychoedukacyjnych, dla osób uzależnionych oraz zagrożonych uzależnieniem, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem również uczestniczących w procesie resocjalizacji		1. Liczba pacjentów placówek leczenia odwykowego. 2. Liczba zakładów leczenia odwykowego poszczególnych typów. 3. Liczba powiatów zapewniających ambulatoryjne świadczenia w zakresie terapii uzależnienia. 4. Wysokość środków przeznaczonych przez NFZ na świadczenia w zakresie leczenia odwykowego. 5. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez samorząd województwa na zwiększenie dostępności i skuteczności świadczeń zakładów leczenia odwykowego. 6. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez samorządy gminne na zwiększenie dostępności i skuteczności oferty realizowanej przez środowiska wspierające postawy trzeźwościowe. 7. Liczba organizacji wspierających postawy trzeźwościowe funkcjonująca na terenie samorządów gminnych. 8. Liczba skazanych objętych terapią uzależnienia od substancji psychoaktywnych w zakładach karnych. 9. Liczba skazanych uzależnionych oraz zagrożonych uzależnieniem objętych programami socjoterapeutycznymi, psychoedukacyjnymi.
			1.3.3	Wdrożenie systemu pomocy psychologicznej, leczenia i rehabilitacji dla osób uzależnionych ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnością ruchową i intelektualną oraz seniorów		
			1.3.4	Zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego		
			1.3.5	Monitorowanie wspierania działalność środowisk wspierających postawy trzeźwościowe		
			1.3.6	Wspieranie realizacji programów leczenia substytucyjnego		1. Liczba programów leczenia substytucyjnego. 2. Liczba odbiorców programu. 3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych przez samorząd województwa na dofinansowanie realizacji programu.

**PROBLEM II - ZABURZENIA ŻYCIA RODZINNEGO W ZWIĄZKU Z UZALEŻNIENIEM, W TYM SZKODY ZDROWOTNE
I ROZWOJOWE DZIECI Z RODZIN, W KTÓRYCH WYSTĘPUJE UZALEŻNIENIE**

CEL STRATEGICZNY 2.

Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin, w których występuje uzależnienie

CELE CZĄSTKOWE	2.1	Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom i młodzieży z rodzin, w których występuje uzależnienie	PLANOWANE DZIAŁANIA	2.1.1	Wspieranie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i nauczycieli	WSKAŹNIKI	1. Liczba programów. 2. Liczba odbiorców. 3. Liczba świetlic realizujących program opiekuńczo-wychowawczy. 4. Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program opiekuńczo-wychowawczy. 5. Odsetek dzieci z rodzin z problemem alkoholowym biorących udział w zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program opiekuńczo-wychowawczy. 6. Liczba świetlic realizujących program socjoterapeutyczny. 7. Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program socjoterapeutyczny. 8. Odsetek dzieci z rodzin z problemem alkoholowym biorących udział w zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program socjoterapeutyczny.
				2.1.2	Tworzenie i upowszechnianie programów socjoterapeutycznych, terapeutycznych, psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w tym dzieci z FASD, oraz ich opiekunów		
				2.1.3	Realizacja badań społecznych ukierunkowanych na bardziej adekwatną pomoc dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w tym dzieci z FASD		
				2.1.4	Prowadzenie edukacji społecznej na temat zagrożeń dla dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach, w których występuje uzależnienie		
							1. Liczba inicjatyw wdrożonych w ramach realizowanych kampanii edukacyjnych. 2. Liczba odbiorców.

PROBLEM III - ZAŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ

CEL STRATEGICZNY 3.

Ograniczenie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież

CELE CZĄSTKOWE			PLANOWANE DZIAŁANIA	WSKAŹNIKI
3.1	Zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych			
3.2	Utrwalenie postaw abstynenckich w środowisku dzieci i młodzieży oraz zwiększenie świadomości młodzieży w zakresie szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych			
3.3	Zmniejszenie liczby młodzieży eksperymentującej z substancjami psychoaktywnymi oraz będącej w grupie ryzyka			
3.1.1	Szkolenie pracowników instytucji zajmujących się: edukacją, pomocą społeczną, sprawiedliwością i kulturą fizyczną, pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych strategii profilaktycznych			
3.1.2	Wdrażanie programów prowadzących wysokiej jakości edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, zgodnie z podstawami programowymi wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół			
3.1.3	Prowadzenie programów badawczych służących ocenie efektywności poszczególnych programów profilaktycznych			
3.2.1	Realizacja kampanii edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości młodzieży na temat szkód wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych	1. Liczba przeszkolonych osób. 2. Liczba instytucji, których pracownicy uczestniczyli w szkoleniach.		
3.2.2	Wdrażanie programów inicjujących różnorodne formy profilaktyki rówieśniczej	1. Liczba przeszkolonych dzieci i młodzieży. 2. Liczba placówek oświatowych, których uczniowie uczestniczyli w szkoleniach.		
3.3.1	Wdrażanie programów profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej, adresowanej do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących z substancjami psychoaktywnymi	1. Liczba zrealizowanych badań.		
		3. Odsetek abstynentów wśród niepełnoletniej młodzieży. 4. Liczba inicjatyw wdrożonych w ramach realizowanych kampanii edukacyjnych. 5. Liczba odbiorów. 6. Liczba programów. 7. Liczba gmin realizujących pozalekcyjne zajęcia sportowe.		
		1. Liczba programów. 2. Liczba odbiorców. 3. Odsetek młodzieży upijającej się. 4. Liczba gmin realizujących programy dla dzieci i młodzieży z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej. 5. Liczba ujawnionych przez Policję osób do 18 roku życia, których stan wskazywał na znajdowanie się pod wpływem substancji psychoaktywnych.		

PROBLEM III - ZAŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ

CEL STRATEGICZNY 3.

Ograniczenie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież

CELE CZĄSTKOWE	3.3	Zmniejszenie liczby młodzieży eksperymentującej z substancjami psychoaktywnymi oraz będącej w grupie ryzyka	PLANOWANE DZIAŁANIA	3.3.2	Realizacja działań mających na celu udzielenie pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci zażywają substancje psychoaktywne	WSKAŹNIKI	1. Liczba inicjatyw wdrożonych w ramach realizowanych kampanii edukacyjnych. 2. Liczba odbiorów. 3. Liczba gmin realizujących programy profilaktyczne i edukacyjne adresowane do rodziców.
---------------------------	------------	--	--------------------------------	--------------	---	------------------	--

**PROBLEM IV - JAKOŚĆ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ GMINY W RAMACH GMINNYCH PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA
UZALEŻNIENIOM**

CEL STRATEGICZNY 4.

Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów przeciwdziałania uzależnieniom

CELE CZĄSTKOWE	4.1	Zwiększenie wiedzy wójtów, burmistrzów, prezydentów, radnych oraz podniesienie kompetencji pełnomocników oraz koordynatorów Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, oraz innych osób odpowiedzialnych w gminach za rozwiązywanie problemów uzależnień	PLANOWANE DZIAŁANIA	4.1.1	Udzielanie wsparcia samorządom gminnym w zakresie prowadzonej przez nich lokalnej polityki wobec uzależnień w szczególności poprzez udzielanie konsultacji, wymianę informacji, inspirowanie oraz promowanie dobrych praktyk w tym zakresie	WSKAŹNIKI	1. Liczba udzielonych konsultacji. 2. Liczba zorganizowanych szkoleń, konferencji i seminariów oraz liczba uczestników. 3. Liczba zrealizowanych przedsięwzięć oraz liczba odbiorców.
				4.1.2	Organizacja i wsparcie merytorycznych szkoleń, spotkań, konferencji, seminariów z zakresu rozwiązywania problemów uzależnień w społecznościach lokalnych		
				4.1.3	Opracowanie i dystrybucja materiałów informacyjno - edukacyjnych /książek, poradników, przewodników, informatorów, rekomendacji/ dla osób zajmujących się rozwiązywaniem problemów uzależnień w społecznościach lokalnych		1. Liczba opracowanych rozdyskrebowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych. 2. Liczba instytucji, jednostek samorządu terytorialnego, które otrzymały materiały informacyjno-edukacyjne.
	4.2	Poprawa jakości gminnych programów przeciwdziałania uzależnieniom		4.2.1	Prowadzenie edukacji i wsparcia w zakresie poprawy jakości gminnych programów m.in. poprzez sporządzanie diagnozy lokalnych problemów, zasobów i potrzeb; zasadnego wydatkowania środków finansowych na realizację zadań		1. Liczba udzielonych konsultacji. 2. Liczba zorganizowanych szkoleń, konferencji i seminariów oraz liczba uczestników. 3. Liczba gmin, w których przeprowadzono diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień. 4. Liczba i rodzaj badań przeprowadzonych w samorządach gminnych. 1. Liczba inicjatyw wdrożonych w ramach realizowanych kampanii edukacyjnych. 5. Liczba odbiorów.

PROBLEM V - NARUSZENIA PRAWA ZWIĄZANE Z ZAŻYWIANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

CEL STRATEGICZNY 5.
Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z zażywaniem substancji psychoaktywnych

CELE CZĄSTKOWE	5.1	Zmniejszenie liczby przestępstw oraz innych naruszeń prawa popełnianych przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych	PLANOWANE DZIAŁANIA	5.1.1	Wspieranie przedsięwzięć w celu zmniejszenia liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych użytkowników dróg, które nie stanowią doposażenia w środki trwałe służb realizujących zadania w ramach rutynowej kontroli drogowej.	WSKAŹNIKI	1. Liczba inicjatyw wdrożonych w ramach realizowanych działań edukacyjnych. 2. Liczba odbiorów. 3. Liczba udzielonych konsultacji. 4. Liczba zorganizowanych szkoleń, konferencji i seminariów oraz liczba uczestników. 5. Liczba odebranych praw jazdy za kierowanie pod wpływem substancji psychoaktywnych. 6. Liczba wypadków drogowych spowodowanych pod wpływem substancji psychoaktywnych. 7. Liczba skazanych za prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwości. 8. Odsetek wykonanych badań kierowców podczas rutynowych kontroli drogowych.
				5.1.2	Prowadzenie edukacji i udzielenie wsparcia w zakresie problematyki związanej z przestępstwami oraz innymi naruszeniami prawa popełnianymi przez osoby będące pod wpływem substancji psychoaktywnych		

7. WDRAŻANIE I MONITOROWANIE WOJEWÓDZKIEGO
PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM
NA LATA 2012-2020

7.1. INSTRUMENTY WDRAŻANIA ORAZ PODSTAWY PRAWNE

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r., Nr 70, poz. 473 ze zm.) oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego odpowiada za koordynację przygotowania i realizacji *Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012 – 2020*.

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. prawie wszystkie 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 2012 – 2020*:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001., Nr 142, poz. 1590 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r., Nr 70, poz. 473 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485).
4. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2010 r., Nr 234, poz. 1536 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 ze zm.).

7.2 SPÓJNOŚĆ PROGRAMU Z KRAJOWYMI DOKUMENTAMI PROGRAMOWYMI

Przy tworzeniu Programu uwzględniono kryteria określone w krajowych programach, które określają kierunki, trendy, działania. W Programie uwzględniono przede wszystkim zapisy „Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015”.

NARODOWY PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH NA LATA 2011-2015

W dniu 22 marca 2011 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę w sprawie „Narodowego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na lata 2011-2015”. Narodowy Program wskazuje zadania realizowane przez organy administracji rządowej i Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. PARPA koordynuje realizację pięcioletniego Programu, a także integruje wszystkie trzy obszary działania – centralny, wojewódzki i gminny, formułując spójne dla nich kategorie zagadnień i cele strategiczne oraz

zachowując odrębne, określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, formy zarządzania i finansowania działań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na poszczególnych poziomach administracji. Program tworzy bazę do realizacji integralnej polityki wobec alkoholu i przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom jego używania. Program koresponduje z dokumentami krajowymi takimi jak:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015;
- Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie;
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016;
- Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego GAMBIT 2005.

KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2011-2016

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii stanowi, na mocy przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r., podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Uchwalany jest przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia. Obecnie obowiązuje Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016. Głównym celem Krajowego Programu jest ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów. Ponadto Program wyznacza priorytetowe kierunki oraz działania podejmowane w ramach zdefiniowanych obszarów. Określa harmonogram realizacji poszczególnych aktywności oraz wskazuje ministerstwa i podmioty odpowiedzialne za podejmowanie określonych działań. Dokument uwzględnia także priorytety dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Wykonanie Programu koordynuje i monitoruje Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

7.3. RAMY CZASOWE REALIZACJI PROGRAMU

Dla realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012 – 2020 przyjęto horyzont czasowy do 2020 roku. Będzie on zgodny z okresem obowiązywania Strategii Rozwoju Kraju, która to stanowi dokument nadrzędny wobec innych strategii i programów zarówno rządowych, jak i opracowanej na poziomie regionalnym Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do 2020 roku.

7.4. MONITORING PROGRAMU

Monitoring Programu będzie spójny z przyjętymi założeniami monitorowania Strategii Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do 2020 roku, w której przyjęto, że „monitoring to proces systematycznego zbierania, przetwarzania, analizowania i publikowania wiarygodnych informacji, którego celem jest zapewnienie zgodności realizacji strategii z przyjętymi celami i założeniami operacyjnymi. Monitorowanie, będące elementem łączącym programowanie i wdrażanie rozwoju regionalnego, pozwala na nadzór i korygowanie prowadzonych działań, a jednocześnie daje

możliwość racjonalnego zaplanowania i uszczegółowienia działań przyszłych. Skutecznie działające systemy monitoringu pozwalają także na prawidłową alokację środków finansowych kierowanych na poszczególne zadania”. Należy podkreślić, iż w myśl zapisów ustawowych Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego odpowiada za koordynację przygotowania i realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2012 – 2020.

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. Wydziału Finansów i Budżetu;
- Organom administracji rządowej, m.in. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie, Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomani 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 Wewnętrznego oraz Kierownika Biura Kontroli Wewnętrznej.

8 SPIS WYKRESÓW, TABEL I MAP

8.1. SPIS WYKRESÓW

- Wykres 1. Ludność wg grup wiekowych w 2009 roku % ogólnej liczby ludności
- Wykres 2. Wiek osób leczących się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu
- Wykres 3. Źródło dochodów – odsetek badanych
- Wykres 4. Używanie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, trzy najpopularniejsze alkohole – odsetek badanych
- Wykres 5. Leczeni ogółem oraz pierwszorazowo z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 6. Leczeni ogółem w podziale na wiek z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 7. Wiek osób leczących się z powodu zaburzeń spowodowanych zażywaniem narkotyków
- Wykres 8. Podział leczących się ze względu na miejsce zamieszkania
- Wykres 9. Podział leczących się ze względu na wykształcenie
- Wykres 10. Podział leczących się ze względu na sytuację mieszkaniową
- Wykres 11. Źródło dochodów – odsetek badanych
- Wykres 12. Substancje psychoaktywne zażyte w ciągu ostatnich 30 dni przed przyjęciem na oddział
- Wykres 13. Pierwsza zażyta substancja psychoaktywna – odsetek badanych
- Wykres 14. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu w latach 2005 – 2009
- Wykres 15. Leczeni ogółem w podziale na wiek z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 16. Leczeni ogółem z powodu ostrych zatruc i używania szkodliwej substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 17. Leczeni ogółem na zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 18. Leczeni ogółem z tyt. zaburzeń psychotycznych w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 19. Zobowiązani do leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 20. Zobowiązani do leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 21. Liczba udzielonych porad w poradniach uzależnień na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 22. Średni czas pobytu chorego /w dniach/ na oddziale leczenia uzależnień w placówkach znajdujących się na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2009
- Wykres 23. Liczba leczonych oraz średni czas pobytu chorego /w dniach/ na oddziale rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Wykres 24. Zdarzenia, z których jedną z przyczyn wypadku przy pracy było wykonywanie przez pracownika pracy po spożyciu alkoholu

Wykres 25. Odsetek gmin województwa, w których prowadzone były działania z zakresu edukacji publicznej w 2010 roku.

8.2. SPIS TABEL

Tabela 1. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych - rozkład odpowiedzi na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji

Tabela 2. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „dosyć łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg wieku badanych

Tabela 3. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg używania substancji nielegalnych kiedykolwiek w życiu

Tabela 4. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych jako łatwej (odpowiedzi „dosyć łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) wg używania substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy

Tabela 5. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy według wieku badanych

Tabela 6. Osoby używające substancji w otoczeniu badanego – rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pan(i) sądzi jak wielu Pana(i) znajomych używa poniższych substancji?

Tabela 7. Jak Pan(i) myśli, ile czasu potrzebował(a)by Pan(i) na zdobycie następujących substancji, gdyby chciał(a) Pan(i) je zdobyć?

Tabela 8. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to jak je Pan(i) zdobył(a), kiedy używał(a) je Pan(i) ostatnim razem?

Tabela 9. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to gdzie je Pan(i) zdobył(a), gdy używał(a) je Pan(i) ostatnim razem?

Tabela 10. Wiedza o substancjach psychoaktywnych wg wieku badanych

Tabela 11. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni

Tabela 12. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg płci badanych

Tabela 13. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg wieku badanych

Tabela 14. Używanie leków uspokajających lub nasennych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni

Tabela 15. Używanie leków uspokajających lub nasennych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg wieku badanych

Tabela 16. Używanie leków uspokajających lub nasennych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg płci i wieku badanych

Tabela 17. Odsetki konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych

- Tabela 18. Częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych oraz wszystkich napojów ogółem (konsumenci danego napoju alkoholowego)
- Tabela 19. Konsumenci napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na 100% alkoholu (odsetki badanych)
- Tabela 20. Palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych kiedykolwiek w życiu
- Tabela 21. Kontakty z dopalaczami (odsetki badanych)
- Tabela 22. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu w latach 2005 – 2009
- Tabela 23. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych w latach 2005 – 2009
- Tabela 24. Samobójstwa w województwie zachodniopomorskim w latach 2004-2009 z podziałem na stan świadomości w chwili zamachu
- Tabela 25. Samobójstwa w Polsce w 2009 r. z podziałem na stan świadomości w chwili zamachu
- Tabela 26. Liczba zgłoszonych zachorowań w okresie 2004 roku do I.2011 roku z terenu województwa zachodniopomorskiego
- Tabela 27. Liczba uczestników programu leczenia substytucyjnego prowadzonego przez SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie w latach 1998-2020
- Tabela 28. Liczba osób nietrzeźwych doprowadzona do: izb wytrzeźwień, policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych, placówek służby zdrowia znajdujących się na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2010
- Tabela 29. Liczba osób nietrzeźwych w wybranych kategoriach przestępstw
- Tabela 30. Nietrzeźwi użytkownicy dróg, którzy uczestniczyli w wypadkach drogowych na terenie województwa zachodniopomorskiego
- Tabela 31. Nietrzeźwi kierujący tj. art.178a § 1 i 2 zatrzymani na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2007 –2009
- Tabela 32. Liczba przestępstw narkotykowych popełnionych na terenie województwa zachodniopomorskiego w latach 2007 –2009
- Tabela 33. Wpływy z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu w latach 2002 – 2009 jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego
- Tabela 34. Wydatki wykonane na zwalczanie narkomanii i przeciwdziałanie alkoholizmowi w latach 2002 – 2009 jednostek samorządu terytorialnego województwa zachodniopomorskiego
- Tabela 35. Działania realizowane przez organizacje pozarządowe w 2010 roku w ramach priorytetu Zmniejszenie spożycia alkoholu oraz zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki
- Tabela 36. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży (wszystkie wskazania)
- Tabela 37. Widoczność informacji na temat problemu narkotyków i narkomanii
- Tabela 38. Widoczność działań profilaktycznych w miejscowości zamieszkania
- Tabela 39. Zasoby Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie sprawowania leczenia odwykowego

8.3. SPIS MAP

Mapa 1. Województwo zachodniopomorskie