UCHWAŁA NR XXXII / 1037 / 17
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

z dnia 30 marca 2017 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017-2020"

Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486, 1948 i 2260) w związku z art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487) i art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2016 r. poz. 224, 437, 1948 i 2003 oraz 2017 r. poz. 60) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Dolnośląski Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017-2020", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. „Dolnośląski Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017-2020" realizuje treści Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Dolnośląskiego.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Sejmiku
Województwa Dolnośląskiego
Paweł Wróblewski

Załącznik do uchwały nr XXXII/1037/17
Sejmiku Województwa Dolnośląskiego
z dnia 30 marca 2017r.

DOLNY ŚLĄSK

DOLNOŚLĄSKI PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ NA LATA 2017-2020

Wrocław, 2017

Spis treści

I. Wstęp 2

II. Podstawy prawne programu 4

III. Zasady realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" 6

IV. Diagnoza problemów alkoholowych na Dolnym Śląsku 7

1. Poziom zagrożenia problemami alkoholowymi w województwie dolnośląskim. 7
2. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w województwie dolnośląskim. 11
3. Używanie napojów alkoholowych w populacji generalnej. 13
4. Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną. 19
5. Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego. 23

V. Diagnoza problemów narkotykowych na Dolnym Śląsku 32

1. Poziom zagrożenia problemami związanymi z substancjami psychoaktywnymi w województwie dolnośląskim 32
2. Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie dolnośląskim. 35
3. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. 39
4. Problem środków zastępczych tzw. „dopalaczy". 43
5. Przestępczość narkotykowa. 47
6. Choroby zakaźne związane z narkotykami. 51

VI. Uzależnienia behawioralne. 56

VII. Planowany program działań - obszary problemowe, zadania 62

1. Profilaktyka i edukacja 62
2. Działalność szkoleniowa 63
3. Działania medyczne, redukcja szkód i reintegracja społeczna. 64
4. Badania i monitoring. 65

I. Wstęp

Niniejszy „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" jest kontynuacją działań realizowanych w ramach założeń zainicjowanych uchwaleniem pierwszego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zadań z Zakresu Zapobiegania Narkomanii na lata 1999 - 2003", drugiego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zadań z Zakresu Zapobiegania Narkomanii na lata 2004 - 2008", trzeciego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009 - 2012", a także czwartego „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2013 - 2016".

Podstawową rolą Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach realizacji ww. programu jest inspirowanie i wspieranie realizacji konkretnych zadań w ramach posiadanych możliwości merytorycznych, organizacyjnych i finansowych. Wskazany program stanowi merytoryczne i organizacyjne ramy dla realizacji zadań, ze szczególnym uwzględnieniem wskazanych priorytetów wynikających z przyjętych celów. Zasadniczym celem programu jest zmniejszenie rozmiarów negatywnych skutków o charakterze rodzinnym, społecznym i zdrowotnym związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu (w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie) i innych środków psychoaktywnych. Biorąc pod uwagę interdyscyplinarny charakter programu oraz zaangażowanie w jego realizację wielu instytucji i organizacji, przyczyni się on do zmniejszenia rozmiaru problemu uzależnień na terenie całego województwa dolnośląskiego.

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

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" stanowi wyznacznik celów i działań, wokół których będą koncentrowały się również zadania innych podmiotów zaangażowanych w profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie dolnośląskim. Niezmiernie istotnym warunkiem skuteczności działań z tego zakresu na Dolnym Śląsku jest skoordynowana współpraca pomiędzy samorządami różnych szczebli, organizacji pozarządowych, jak też innych instytucji. Ważna jest stała wymiana poglądów i doświadczeń, która przyczyni się do skuteczniejszego realizowania zadań i efektywniejszego wykorzystania środków przeznaczonych na poszczególne zadania.

„Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" został opracowany przez pracowników Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia

w Czarnym Borze oraz Działu Profilaktyki Uzależnień - Wydziału Zdrowia, Departamentu Zdrowia i Promocji Województwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

II. Podstawy prawne programu

Ustawy i rozporządzenia:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486).
2. Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1916).
3. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487).
4. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2016r. poz. 224 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390).
6. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817).
7. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225 z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2013r. poz. 885 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 2164 z późn. zm.).
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011r. Nr 44, poz. 227).
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 - 2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. z 2012r. poz. 734).

Programy krajowe przyjęte uchwałą Rady Ministrów:

1. Uchwała Nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 roku w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014 - 2020 (M.P. z 2014 r. poz. 445).

Założenia wojewódzkie:

1. Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do roku 2020 przyjęta Uchwałą Nr XLVIII/649/2005 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 listopada 2005r.

2. Uchwała Nr 132/III/07 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 8 lutego 2007 roku w sprawie powołania Eksperta Wojewódzkiego do spraw informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego.
3. Uchwała Nr 710/V15 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 16 czerwca 2015 roku w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2015 – 2020.

III. Zasady realizacji „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020"

1. Zadania „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" dotyczą bezpośrednio profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w tym: zadań z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi i jego skutków na życie rodzinne, przeciwdziałania narkomanii oraz zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS.
2. Środki finansowe przeznaczone na realizację „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" - na podstawie art. 9^3 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi pochodzą przede wszystkim z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu przedsiębiorcom posiadającym siedziby na terenie województwa dolnośląskiego i są dochodem własnym Samorządu Województwa. Środki finansowe pochodzić mogą również ze środków własnych Samorządu Województwa Dolnośląskiego, ze środków budżetu państwa oraz ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
3. Finansowanie zadań „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego zależne jest od wysokości środków finansowych w każdym roku budżetowym.
4. Dotacje na realizację zadań objętych programem przyznaje Zarząd Województwa Dolnośląskiego, z wyłączeniem dotacji dla innych jednostek samorządu terytorialnego. Realizacja zadań może przybierać różne formy, w tym wykonywanie zadań publicznych Samorządu Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień przez organizacje prowadzące działalność pożytku publicznego.
5. Za realizację „Dolnośląskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" odpowiada Zarząd Województwa Dolnośląskiego realizujący niniejszy program przez Departament Zdrowia i Promocji Województwa, Wydział Zdrowia - Dział Profilaktyki Uzależnień Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego oraz Eksperta ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Dolnośląskiego.
6. „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" jest dokumentem otwartym i może być na podstawie uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego wzbogacany o nowe treści.
7. „Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2017 - 2020" obowiązuje do czasu uchwalenia kolejnego programu na następne lata.

IV. Diagnoza problemów alkoholowych na Dolnym Śląsku

Populacja województwa wynosi 2.904 207[1]. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe dla Dolnego Śląska).

Tabela 1. Problem alkoholowy na Dolnym Śląsku.

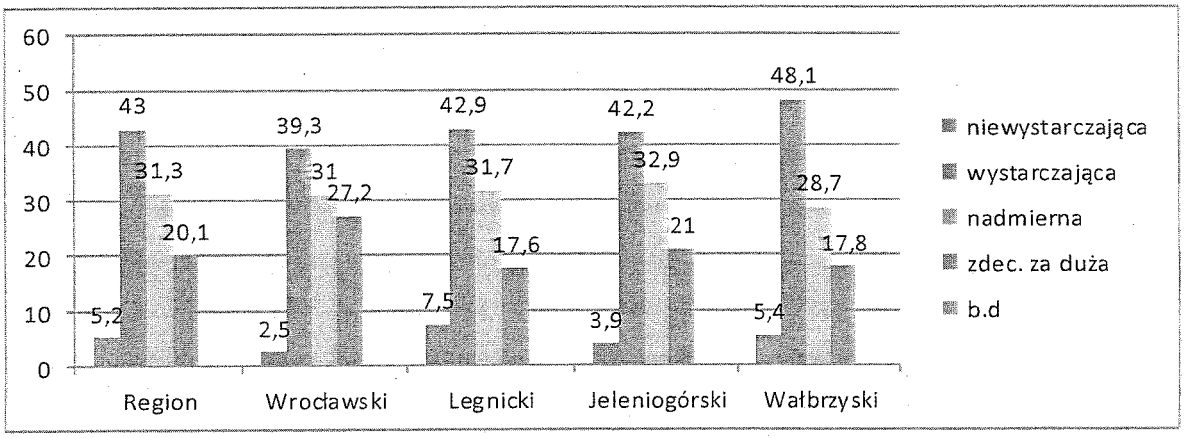
Uzależnieni od alkoholu	2% populacji	ok. 58 084
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	4% populacji	ok. 116 168
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym	4% populacji	ok. 116 168
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	ok. 174 252
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok. 160 000

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

1. Poziom zagrożenia problemami alkoholowymi w województwie dolnośląskim.

W 2014 roku przeprowadzono badania „Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami". W doborze badanej grupy osób z zawodem lub funkcją związaną z problemami alkoholowymi i narkotycznymi współuczestniczyli Pełnomocnicy Wójtów / Burmistrzów – gmin i miast. To oni wytypowali swoje grupy „sędziów kompetentnych" z osób bezpośrednio współpracujących tak z nimi jak i z Gminnymi/Miejskimi Komisjami Rozwiazywania Problemów Alkoholowych/Uzależnień (GKRPU). Łącznie próba liczyła 1800 osób (1712 zwrotów). Badani w 51,4% wskazali na nadmierną podaż alkoholu na terenie regionu potwierdzając zrównoważenie podaży i popytu. Rozkład podaży na terenie poszczególnych podregionów przedstawia poniższy wykres 1.

Wykres 1. Podaż alkoholu w podregionach.



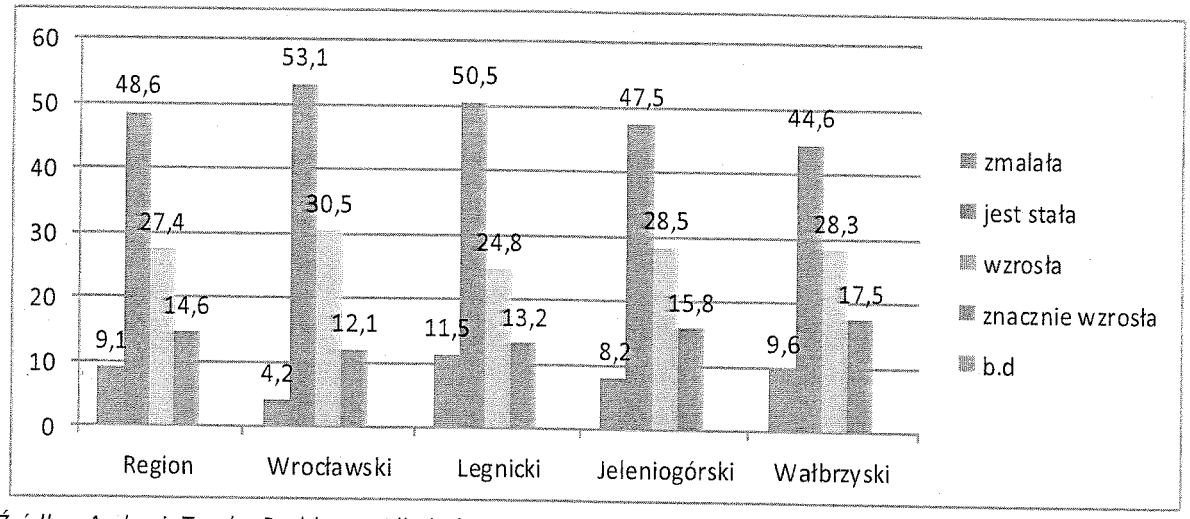
Źródło: Andrzej Turek, Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami, 2015.

[1] GUS, NSP 2015, Stan na 31.12.2015

Jak widać najwyższy wskaźnik nadpodaży alkoholu występuje w podregionie wrocławskim 58,2%. Najniższy wskaźnik nadpodaży odnotowano w podregionie wałbrzyskim – 46,5%.

Badani określili tendencje dotyczące przyrostu ilości osób nietrzeźwych w okolicach ich działania - łącznie za przyrostem opowiedziało się 42%. Obraz tego przyrostu w rozbiciu na podregiony przedstawia poniższy wykres 2.

Wykres 2. Liczba nietrzeźwych w podregionach w ostatnich 3 latach.

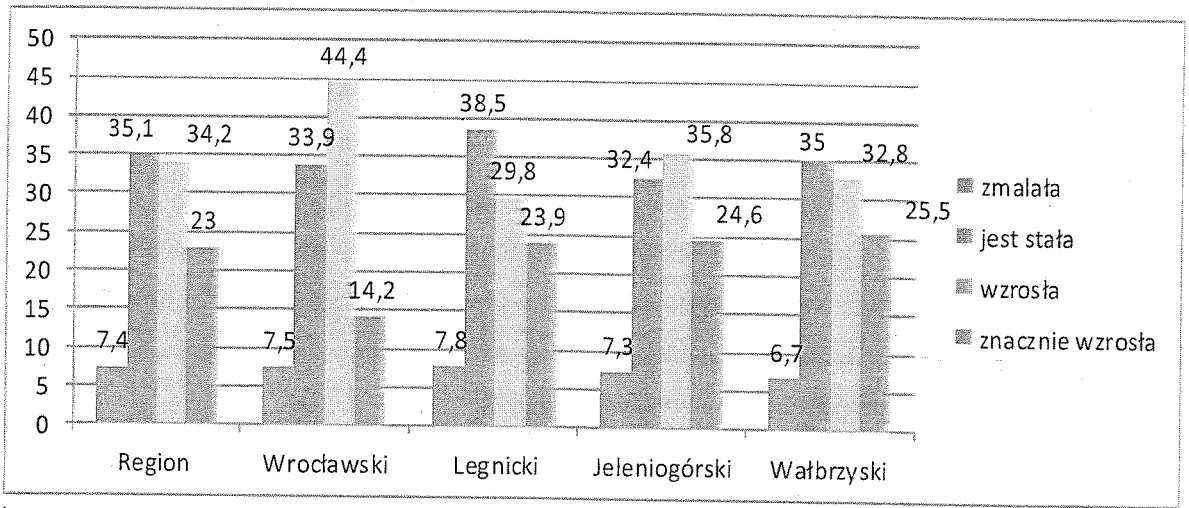


Źródło: Andrzej Turek, Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami, 2015.

Średnia wskaźnika przyrostu ilości zauważalnych osób nietrzeźwych została przekroczona w podregionie wałbrzyskim – 45,8%.

Przyrost ilości używającej alkoholu młodzieży widziało w całym regionie 57,2% badanych. Rozkład problemu z rozbiciem na poszczególne podregiony przedstawia poniższy wykres 3.

Wykres 3. Liczba pijącej młodzieży w podregionach w ostatnich 3 latach.

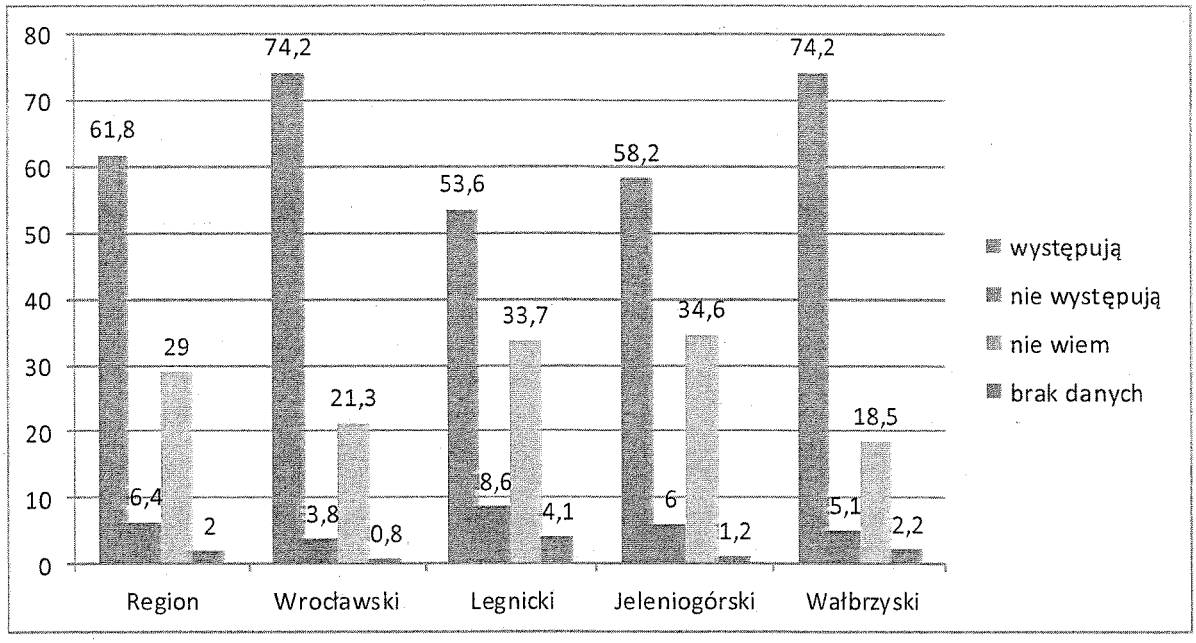


Źródło: Andrzej Turek, Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami, 2015.

Najwyższy wskaźnik przyrostu problemu występuje w podregionie jeleniogórskim – 60,4%, warto jednak zwrócić też uwagę na rejon wałbrzyski z najwyższym wskaźnikiem „znacznego wzrostu".

Respondenci w 61,8% potwierdzili występowanie w rejonach ich działania rodzin z problemem alkoholowym. Zdecydowanie dominują tu dwa podregiony – wrocławski i wałbrzyski, w pozostałych dwóch podregionach warto zwrócić uwagę na podwyższony wskaźnik odpowiedzi „nie wiem". Ich rozkład w podregionach przedstawia poniższy wykres.

Wykres 4. Występowanie rodzin z problemem alkoholowym.



Źródło: Andrzej Turek, Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami, 2015.

Poziomy wskaźników określanych przez badanych w ww. problemach nie odbiegają od wyników badań: Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, a także badań młodzieży dotyczących używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną - Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD.

Analizując dane z zakresu działania Ośrodków Pomocy Społecznej w latach 2013-2015, warto zwrócić uwagę na grupę rodzin korzystających z pomocy materialnej z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny. W roku 2013 z pomocy materialnej korzystało 87 179 rodzin, z czego 8,7% z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu. Mimo zmniejszającej się ilości rodzin korzystających z pomocy materialnej (spadek o 12,3%), odsetek rodzin korzystających z pomocy materialnej z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu utrzymuje się z tendencją wzrostową (w roku 2014 9,7%, a w roku 2015 9,4%).

Tabela 2. Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej Gminnego/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w 2015 roku, objętych tą pomocą z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.

	Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej Gminnego/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w 2015 roku:			Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej Gminnego/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w 2015 roku, objętych tą pomocą z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu		
Województwo	2013	2014	2015	2013	2014	2015
DOLNOŚLĄSKIE	87 179	77 393	76 414	7 619	7 533	7 229
POLSKA	1 222 417	1 178 050	1 145 209	100 052	98 151	98 116

Źródło: Ankiety „PARPA G1" wypełniane corocznie sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

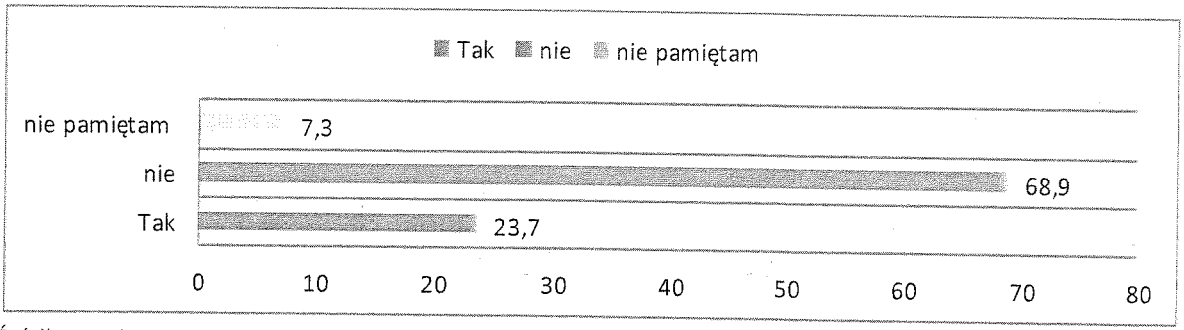
Picie alkoholu przez kobiety w ciąży

Przeprowadzone badania *Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku,* umożliwiły zgłębienie problematyki picia alkoholu w województwie przez kobiety w ciąży w związku z jego wpływem na rozwój płodu i dalsze zdrowie dziecka. Do dziś nie określono dawki alkoholu, która byłaby bezpieczna dla płodu. Każda ilość niesie ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka. Efektem działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym może być śmierć płodu lub nieuleczalne zaburzenia fizyczne i psychiczne ogólnie określane jako Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder). Zachowując abstynencję w czasie trwania ciąży można im zapobiec. Pod tym nie diagnostycznym terminem mieści się:

- Płodowy Zespół Alkoholowy - *Fetal Alcohol Syndrome (FAS),*
- Niepełny FAS (partial FAS),
- Neurorozwojowe Zaburzenia Zależne od Alkoholu (ARDN).

Wśród respondentek 68,6% kobiet było kiedykolwiek w ciąży. Z tej grupy 23,73% (wykres 5) używało w czasie ciąży jakiegoś napoju alkoholowego, odsetek ten w 2008 roku wynosił 15,9%.

Wykres 5. Picie w ciąży jakiegoś napoju alkoholowego.

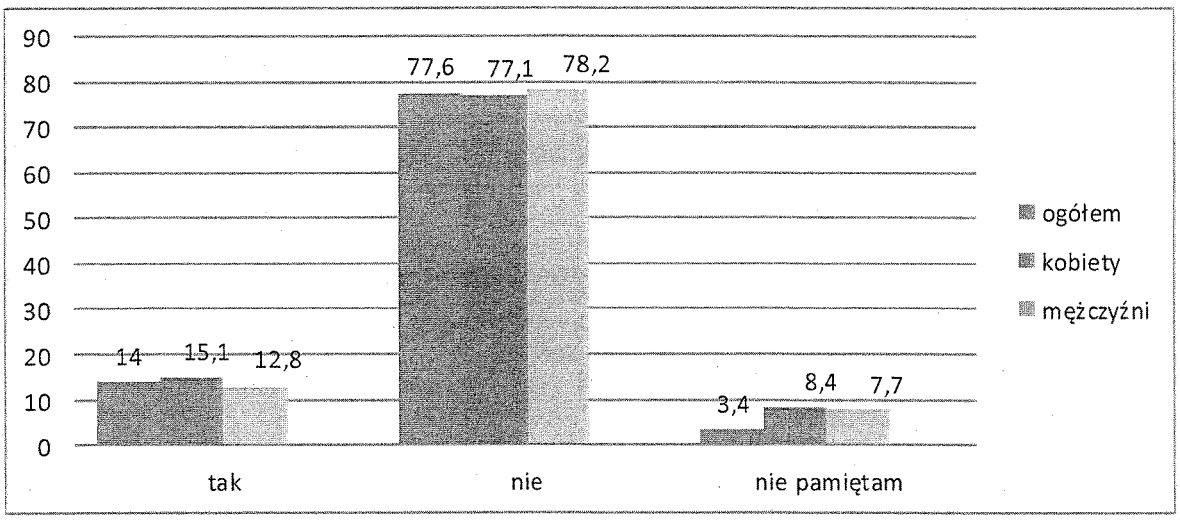


Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Najczęściej używanym alkoholem było wino, na drugim miejscu znalazło się piwo, na trzecim z bardzo niskim udziałem znalazła się wódka.

Świadkami użycia alkoholu przez kobiety w ciąży było 13,97% respondentów, w stosunku do badań z 2008 roku (22,9%) odnotowano więc znaczny spadek zjawiska.

Wykres 6. Bycie świadkiem picia alkoholu przez kobietę w ciąży w ciągu ostatnich 12 miesięcy - % badanych.



Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

W czasie ciąży ostrzeżenie przed piciem alkoholu od lekarza usłyszało 28,24% badanych (2008 – 21,3%). Wśród respondentów dominuje przekonanie o szkodliwości używania alkoholu nawet w małych ilościach przez kobiety w ciąży – odpowiedzi takie łącznie wybrało 82,8% respondentów.

Szacuje się, że w Polsce rozpowszechnienie FAS w populacji jest nie mniejsze niż 4 osoby na 1000, natomiast pozostałe zaburzenia z grupy FASD występują nie rzadziej niż u 20 osób na 1000. Posługując się tymi wskaźnikami, można przyjąć, że w 2014 roku w Polsce urodziło się nie mniej niż 1500 dzieci z FAS i nie mniej niż 6000 dzieci z innego rodzaju uszkodzeniami spowodowanymi działaniem alkoholu na rozwijający się płód[2].

2. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w województwie dolnośląskim.

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

System leczenia osób uzależnionych od alkoholu zorganizowany jest zasadniczo odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, choć w ramach obu tych

[2] Projekt ALICJA – PARPA, 2012 - 2014

systemów możliwe jest leczenie osób uzależnionych od kilku substancji (uzależnienia mieszane) oraz leczenie osób uzależnionych od różnych substancji (w poradniach i oddziałach leczenia uzależnień).

Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim

Tabela 3. Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu poszczególnych typów.

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

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

Powyższe zestawienie (tabela 3) przedstawia liczbę placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim. W porównaniu do roku 2013 zwiększyła się liczba poradni terapii uzależnienia od alkoholu, z 23 do 42 w roku 2015. Na terenie województwa funkcjonuje tylko jeden oddział podwójnej diagnozy i 3 oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Ofertę terapeutyczną leczenia uzależnienia od alkoholu dla dzieci i młodzieży posiada 9 placówek, w tym: 6 poradni, 1 dzienny oddział, 1 całodobowy oddział oraz 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Osoby uzależnione i ich rodziny mają dostęp do kilkudziesięciu Klubów i Stowarzyszeń Abstynenckich/Trzeźwościowych, które znajdują się w większości powiatów w województwie.

Pacjenci placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie dolnośląskim.

Tabela 4. Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych.

Rok	**Uzależnieni zarejestrowani ogółem**			**Uzależnieni, którzy zgłosili się pierwszorazowo**		
	Ogółem	**Kobiety**	**% kobiet**	**Ogółem**	**Kobiety**	**% kobiet**
2013	12356	2713	22%	5294	1311	25%
2014	14769	3337	23%	6285	1414	22%
2015	14731	3562	24%	5737	1174	20%

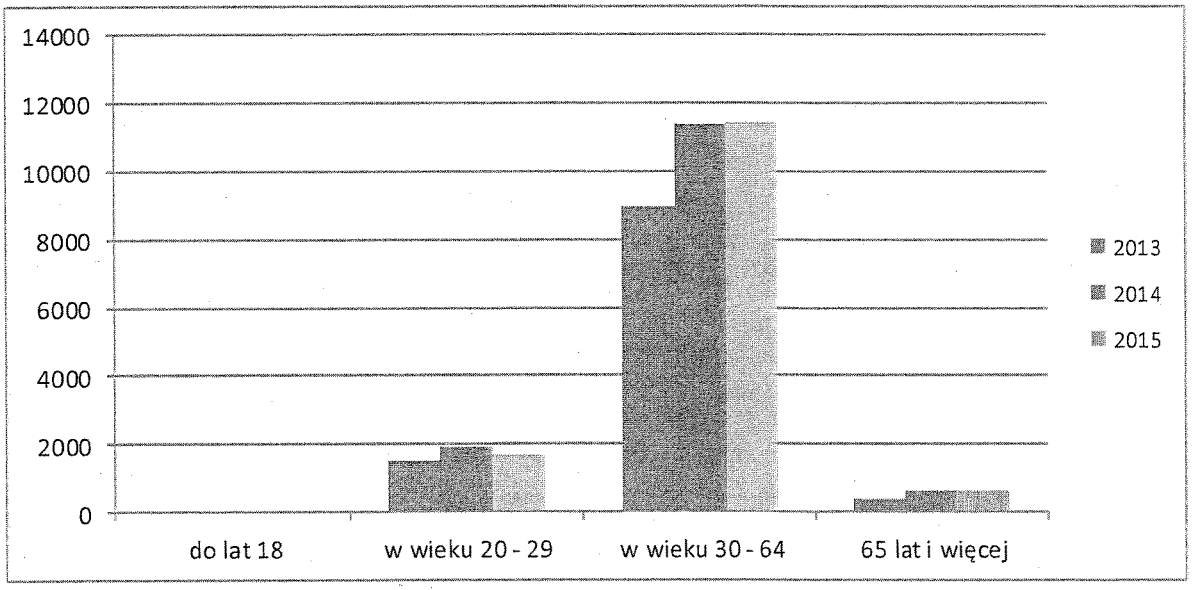
Źródło: PARPA, Ankiety „Leczenie uzależnienia od alkoholu" wypełniane corocznie przez placówki lecznictwa odwykowego w województwach.

Liczba zarejestrowanych osób uzależnionych, leczonych w 2015r., w porównaniu z rokiem 2013 wzrosła o 16% (tabela 4). Widoczny jest liczbowy przyrost kobiet i mężczyzn uzależnionych w poszczególnych latach. Porównując rok 2013 z 2015, liczba mężczyzn uzależnionych zwiększyła się o 16 %. W roku 2014 liczba uzależnionych kobiet wzrosła o 18,7 %, a w 2015 roku o 6,3%. Odsetek kobiet

uzależnionych, zarejestrowanych w placówkach dolnośląskich, podobnie jak w całej Polsce, oscyluje w przedziale 20-25%.

W grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu dominują osoby w wieku od 30 do 64 lat. Dane obejmujące lata 2013-2015 wskazują na znaczący wzrost (21%) w tej grupie. Systematycznie maleje odsetek osób niepełnoletnich i młodych dorosłych, natomiast wzrasta odsetek osób w wieku 65 lat i więcej (wykres 7).

Wykres 7. Grupy wiekowe osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu.



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

Pacjenci współuzależnieni.

Tabela 5. Liczba zarejestrowanych osób współuzależnionych.

Rok	Osoby współuzależnione ogółem			Osoby współuzależnione, które zgłosiły się pierwszorazowo		
	Ogółem	Kobiety	% kobiet	Ogółem	Kobiety	% kobiet
2013	1608	1399	87%	636	581	91%
2014	2259	1955	86%	891	815	91%
2015	2201	2022	92%	895	813	91%

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

Liczba członków rodzin osób uzależnionych (tabela 5), zarejestrowanych pod mianem „współuzależnieni" wzrosła w roku 2014 o 29 %, ze zdecydowaną nadal przewagą kobiet szukających pomocy z powodu picia swoich bliskich.

3. Używanie napojów alkoholowych w populacji generalnej.

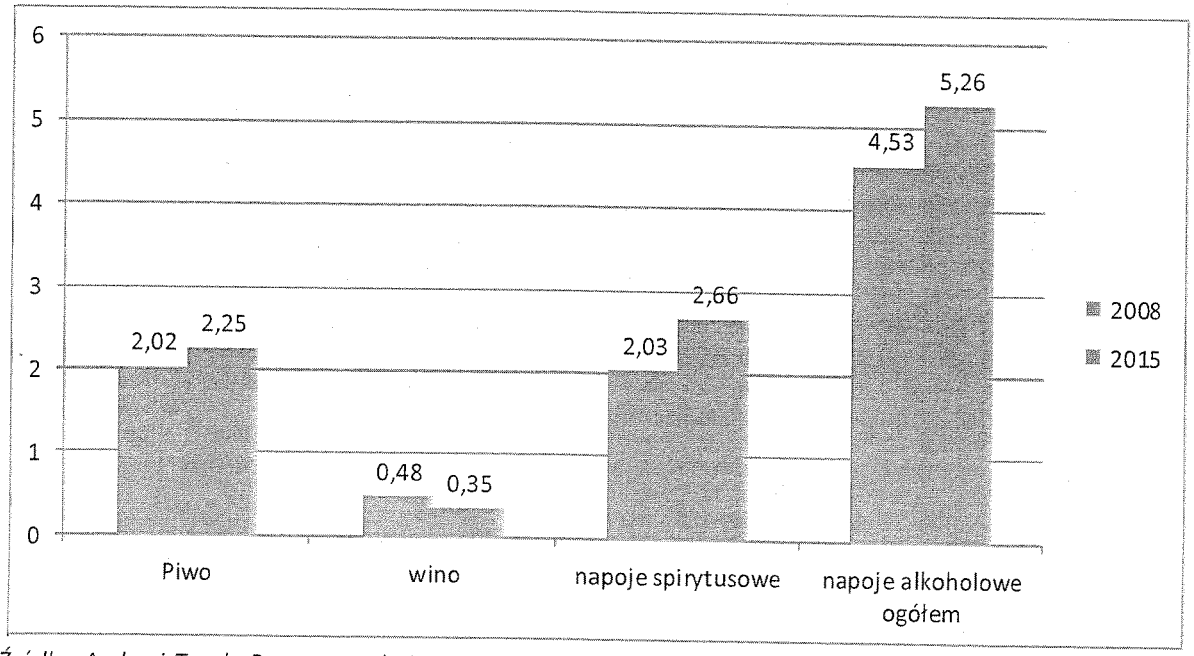
Przeprowadzone badanie ankietowe „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku" w 2015 roku w populacji

generalnej i ich wyniki, są podstawą do prognozowania, formułowania rekomendacji oraz wskazówek dla kształtowania polityki w obszarze przeciwdziałania uzależnień i przemocy. Badania te zostały zrealizowane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego na próbie losowej mieszkańców w wieku 19-65 lat i więcej, za pomocą wywiadów kwestionariuszowych.

Analiza ilości skonsumowanego alkoholu opiera się na przeliczeniu wypitych napojów alkoholowych na stuprocentowy alkohol. Z przeprowadzonych badań wynika, że przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku alkohol piło 86,42% (w roku 2008 - 83,6%) mieszkańców województwa dolnośląskiego.

Poniższy wykres 8 przedstawia oszacowanie przeciętnego spożycia alkoholu w populacji, w okresie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku trzech głównych typów alkoholu: napojów spirytusowych (wódka i bimber), wina (wino domowe i gronowe oraz szampan), a także piwa w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol.

Wykres 8. Średnie roczne spożycie w litrach 100% alkoholu.



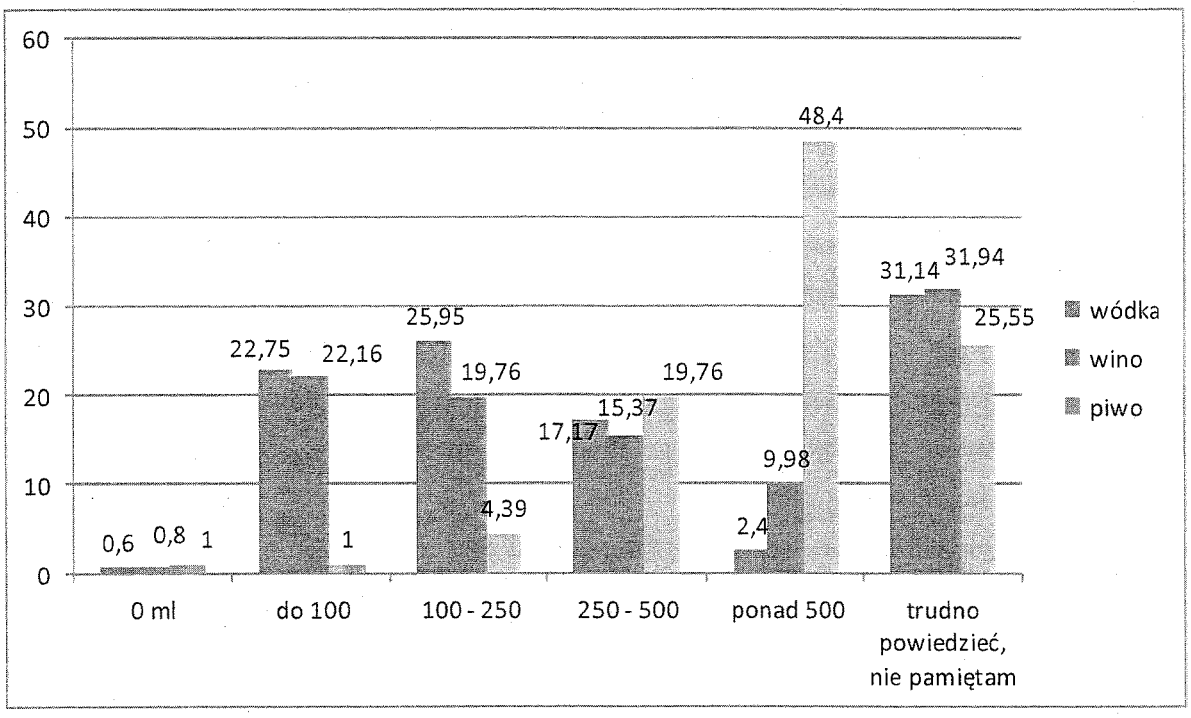
Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Na pierwszym miejscu pod względem ilości wypijanego alkoholu znajduje się wódka i inne napoje spirytusowe – 2,66 l czystego alkoholu na osobę (w 2008 – 2,03 l). Kolejne jest piwo – 2,25 litra (2008 – 2,02 l). Ostatnie miejsce zajmuje wino – 0,35 litra (2008 – 0,48 l).

Badania wykazały, iż w 2015 roku dorosły mieszkaniec województwa dolnośląskiego wypił średnio 5,26 litra czystego alkoholu – widać tu wzrost spożycia w stosunku do 4,53 litra z roku 2008. Biorąc pod uwagę badania stwierdzające, że deklarowane spożycie stanowi 40 - 60% rzeczywistego spożycia, można szacować realne spożycie mieszkańca na 8,7 – 13,1 litrów.

Osoby pijące ryzykownie według brytyjskich badań to mężczyźni pijący powyżej 10 l czystego alkoholu i kobiety przekraczające 7,5 litra spożycia. Osoby takie stanowią 20,3% (2008 – 19,8%) populacji konsumentów alkoholu wśród mieszkańców Dolnego Śląska.

Wykres 9. Ilość wypijanych alkoholi jednorazowo – odsetki próby.

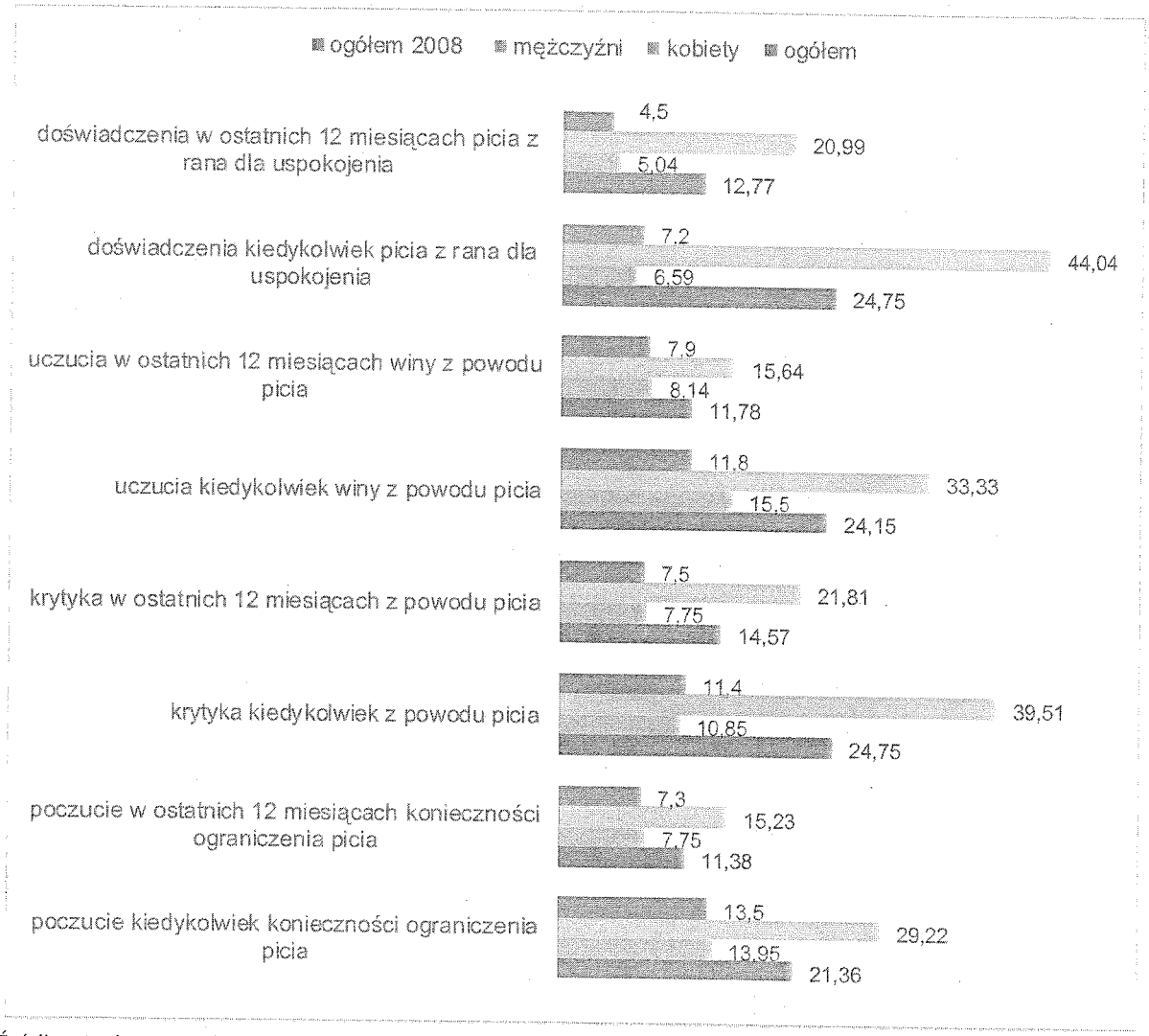


Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Wskaźnikiem ryzyka konsumpcji alkoholu w sposób problemowy jest średnia ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji. Rozkład jednorazowej konsumpcji poszczególnych alkoholi przedstawia wykres nr 9. Analiza ta wykazała istnienie grupy liczącej średnio 20,3% respondentów, u których jednorazowe spożycie alkoholu wskazuje na picie ryzykowne.

Wykres nr 10 przedstawia wyniki testu CAGE wskazujące na możliwość pojawienia się problemów alkoholowych (dwie lub więcej odpowiedzi pozytywnych) uzyskało około 23,7%. Widać dokładnie, iż wyniki w stosunku do badań z 2008 r. znacząco wzrosły – średnia uzyskana poprzednio wynosiła 10,1%. Zdecydowanie wyższe wskaźniki testu dotyczą populacji mężczyzn – 36,5%. Odsetek kobiet zagrożonych problemem wyniósł 11,7%.

Wykres 10. Test CAGE – kwestionariusz ryzyka uzależnienia od alkoholu.



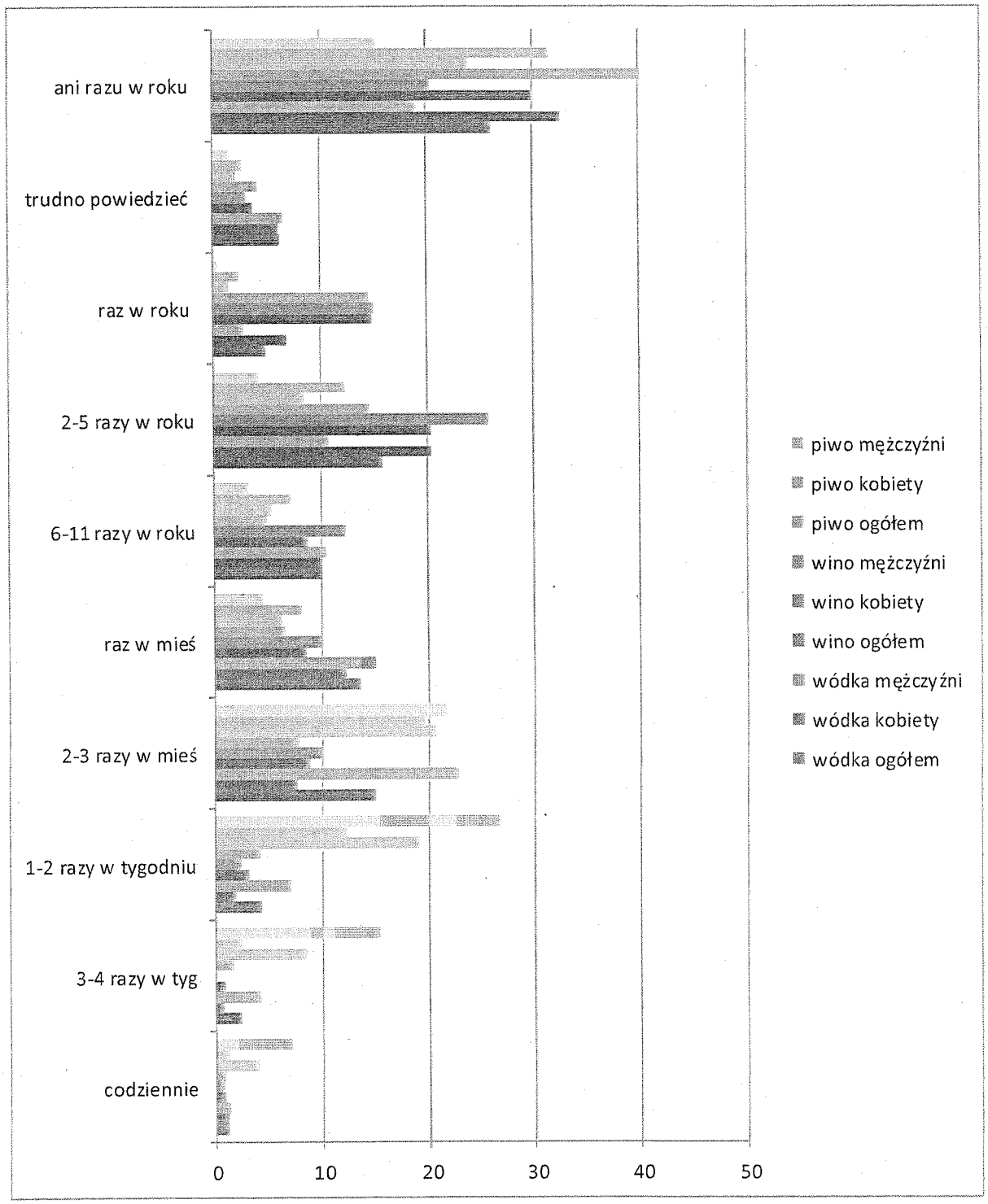
Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Badani byli także pytani o negatywne skutki picia nadmiernych ilości alkoholu. 24,15% respondentów miało poczucie winy w związku z piciem alkoholu. Prawie 25% ankietowanych było kiedykolwiek krytykowanych z powodu swojego picia. Prawie 13% respondentów przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło alkohol rano „dla uspokojenia". Prawie 22% respondentów uważała, że powinni ograniczyć swoje picie, a 11,38% uznała to za konieczne w ostatnich 12 miesiącach. Powyższe dane świadczą o problemach z kontrolowaniem picia oraz szybkiej drodze prowadzącej do rozwoju tzw. „ciągów alkoholowych".

Zdecydowanie nastąpił wzrost respondentów prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem alkoholu. W badanej grupie 18,56% (2008 - 6,8%) respondentów miało takie doświadczenia w przeliczeniu na odsetek osób posiadających prawo jazdy liczba wzrasta do 32,4% (2008 - 15,3%). Zdecydowanie przodują tu mężczyźni, stanowiąc 31,69% ogółu badanych (40,7% posiadaczy prawa jazdy).

W częstości spożycia alkoholu (wykres 11) zdecydowanie przoduje piwo, najwyższy wskaźnik osiągając w przypadku mężczyzn w kategorii używania 1 - 2 razy w tygodniu. W przypadku mężczyzn na drugim miejscu znajduje się wódka, używana najczęściej 2 - 3 razy w miesiącu. Wśród kobiet dominuje wino najczęściej używane 2 - 5 razy w roku, koreluje ono z wódką również używaną 2 - 5 razy w roku.

Wykres 11. Rozkład częstości spożycia alkoholi.



Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Wódka oraz inne napoje wysokoprocentowe charakteryzują się relatywnie niską częstotliwością używania. W przypadku napojów spirytusowych największy odsetek respondentów używał ich 2-5 razy do roku (20,16% kobiet) i 2 – 3 razy w miesiącu (22,63% mężczyzn).

Około 5% respondentów przyznawało się do picia napojów spirytusowych raz na rok. Odpowiednio 12% badanych kobiet i 15,2% mężczyzn używało napojów spirytusowych raz w miesiącu. Zdecydowanie mniej, ok. 4,4% respondentów deklarowało, że piło napoje spirytusowe 1-2 razy w tygodniu. Odsetek ten był jeszcze mniejszy w przypadku picia 3-4 razy w tygodniu (2,4%). Odsetek niepijących mocnych alkoholi wyniósł 26,15%. Wino jest stosunkowo częściej używane przez respondentów, jednak struktura częstotliwości jest zbliżona do napojów spirytusowych. Przez 20,36% respondentów wino było pite od 2 do 5 razy w roku. 14,77% respondentów konsumowało wino raz w roku. Ok. 8,58% piło wino raz w miesiącu, a 9% respondentów 2-3 razy w miesiącu.

Piwo wśród badanych było zdecydowanie częściej konsumowanym alkoholem. 19,16% respondentów pijało piwo 1-2 razy w tygodniu, a 8,58% 3-4 razy w tygodniu. Stosunkowo duży odsetek (4%) przyznał się do picia piwa codziennie lub prawie codziennie (w tym 7% mężczyzn). Zdecydowanie niższe odsetki badanych niż w przypadku wina i napojów spirytusowych deklarowały picie piwa raz na rok.

Można stwierdzić, że w próbie występują dwa modele spożycia: kobiecy oparty na winie przy współudziale wódki oraz męski oparty na piwie łączonym z wódką.

Patrząc na zestawienie sumaryczne (tabela 6) możemy stwierdzić, że w badanej populacji wyróżniają się dwie grupy osób – pierwsza używająca alkoholu 2 - 3 razy w miesiącu i druga pijąca alkohol 2 - 5 razy w roku. Grupa pierwsza w połączeniu z pijącymi codziennie oraz kilka razy w tygodniu stanowi 29,67% badanych. Grupa ta jest potencjalnie zagrożona problemami alkoholowymi.

Tabela 6. Odsetki konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych w podziale na płeć.

	MĘŻCZYŹNI W %	KOBIETY W %
Wódka	80,25	61,24
Bimber	24,28	8,91
Wino	52,67	74,81
Wino domowe	23,87	27,13
Piwo	85,19	65,12
Alkohol ogółem	90,9	83,1

Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Taka struktura picia alkoholu jest w dużej mierze uwarunkowana kulturowo. Tradycyjny model zakłada, że konsumpcja napojów wysokoprocentowych oraz piwa są raczej domeną mężczyzn. Picie piwa

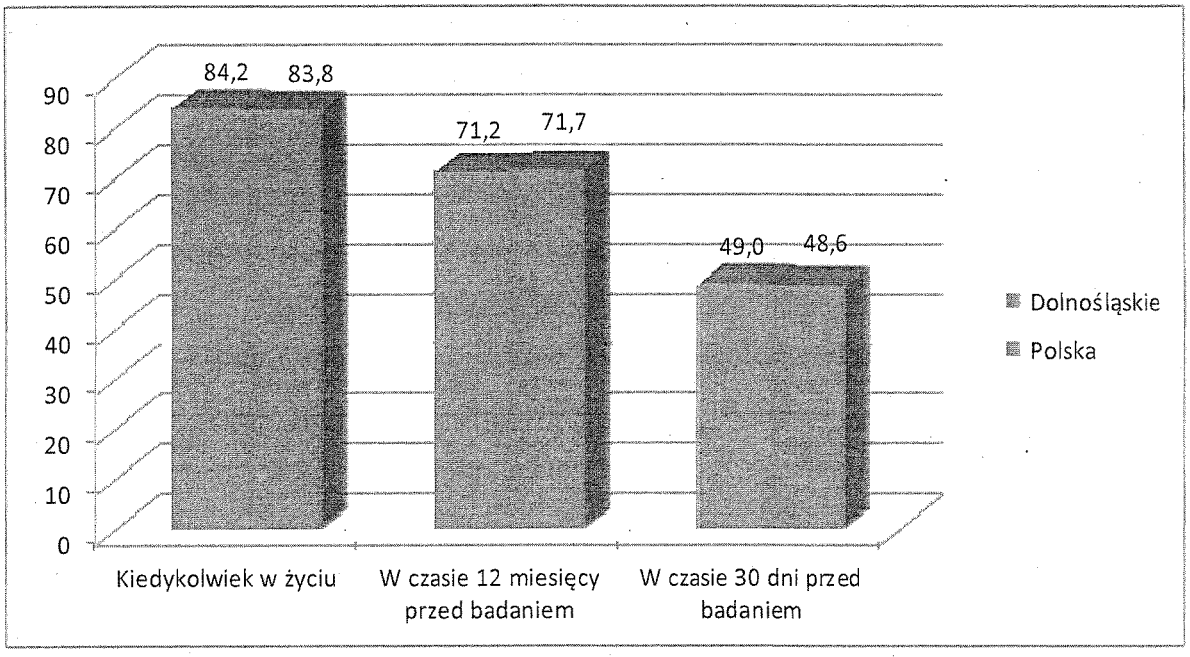
oraz alkoholi wysokoprocentowych przez kobiety nie jest tak szeroko akceptowane społecznie. W skali kraju nie zauważono znaczących rozbieżności.

4. Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną.

W maju i czerwcu 2015 r. w ramach międzynarodowego projektu: „Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach" ESPAD zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17 lat) Województwa Dolnośląskiego. Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży. Poniżej zestawiono najważniejsze wyniki tych badań.

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 84,2% gimnazjalistów z klas trzecich i 96,9% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wykresy 12 i 13).

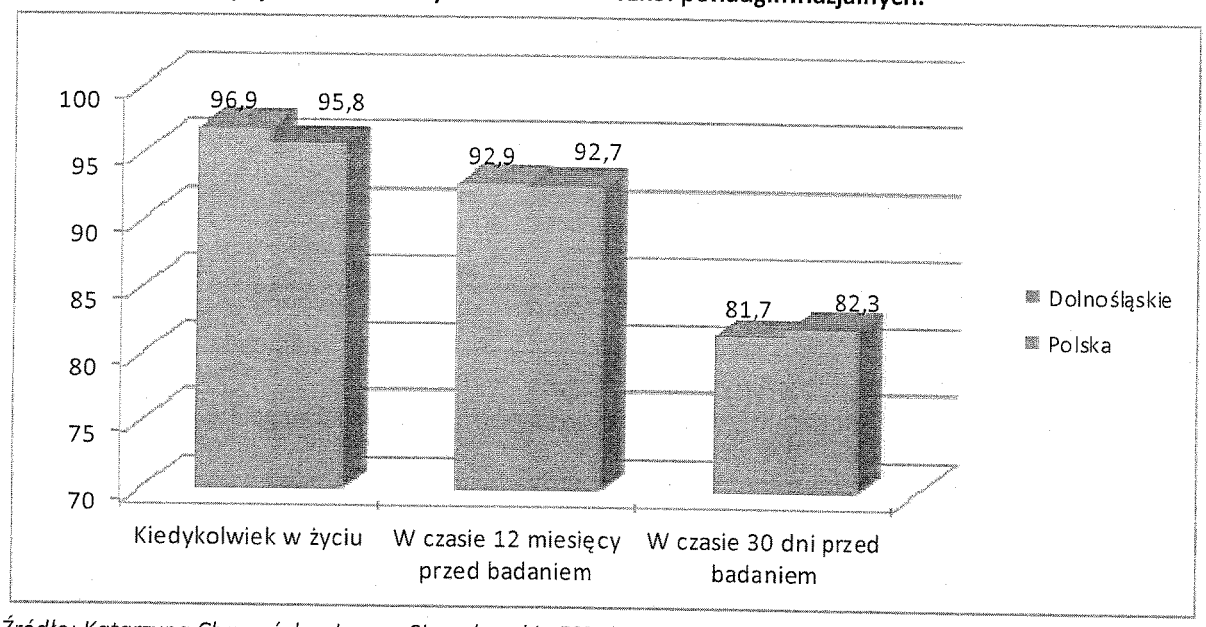
Wykres 12. Picie napojów alkoholowych w III klasach gimnazjum.



Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiekolwiek napoje alkoholowe 71,2% młodszych uczniów i 92,9% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakikolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych nie odbiegają znacznie od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych.

Wykres 13. Picie napojów alkoholowych w II klasach szkół ponadgimnazjalnych.



Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 49,0% piętnastolatków i 81,7% siedemnastolatków. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz silnie upiło się 11,8% uczniów z młodszej kohorty i 18,7% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 60,8% uczniów młodszych i 31,8% uczniów starszych.

Zestawienie wyników uzyskanych w Województwie Dolnośląskim w 2015r. z wynikami z poprzedniego badania wskazuje na spadek wskaźników picia kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz ostatnich 30 dni przed badaniem (tabela 7). Prawidłowość ta dotyczy obu kohort, jednak jest bardziej widoczna w przypadku młodszej kohorty. W przypadku uczniów starszych spadek jest nieznaczny.

Tabela 7. Picie napojów alkoholowych w Województwie Dolnośląskim w latach 2007, 2011 i 2015.

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

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Uczniowie z III klas gimnazjów i II klas szkół ponadgimnazjalnych w województwie dolnośląskim częściej niż uczniowie w kraju (tabela 8) deklarowali picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu.

Natomiast w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem mniejszy odsetek badanych uczniów z III klas gimnazjów w województwie dolnośląskim pił napoje alkoholowe, niż miało to miejsce w skali kraju. W starszej kohorcie odsetki badanych, którzy pili napoje alkoholowe w czasie 12 miesięcy przed badaniem są wyższe w stosunku do obserwowanych w Polsce.

Tabela 8. Picie napojów alkoholowych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Poziom Klasy		**Dolnośląskie**	Polska
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	**84,2**	83,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	**71,2**	72,4
	W czasie 30 dni przed badaniem	**49,0**	54,2
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	**96,9**	95,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	**92,9**	91,3
	W czasie 30 dni przed badaniem	**81,7**	81,7

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Poziom rozpowszechnienia picia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem przez młodzież II klas szkół ponadgimnazjalnych w województwie dolnośląskim jest identyczny, jak obserwowany w Polsce.

Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyła (tabela 9) chociaż raz w życiu ponad jedna trzecia młodszych uczniów (39,2%) i ponad dwie trzecie uczniów ze starszej grupy (68,2%). W czasie ostatnich 30 dni w stanie silnego upicia się było 11,8% uczniów trzecich klas gimnazjów i 18,7% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

Tabela 9. Przekraczanie progu nietrzeźwości.

poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	39,2	36,9
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	28,2	27,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	11,8	12,5
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	68,2	64,4
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	47,3	46,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	18,7	19,7

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Porównanie odsetków potwierdzeń silnego upicia się w Województwie Dolnośląskim i w całym kraju pokazuje, że młodzież z Województwa Dolnośląskiego nieco częściej potwierdzała silne upicie się

kiedykolwiek w życiu. W przypadku ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni przed badaniem nie odnotowano istotnych różnic między analizowanymi obszarami.

Tabela 10. Przekraczanie progu nietrzeźwości w Województwie Dolnośląskim w latach 2007, 2011 i 2015.

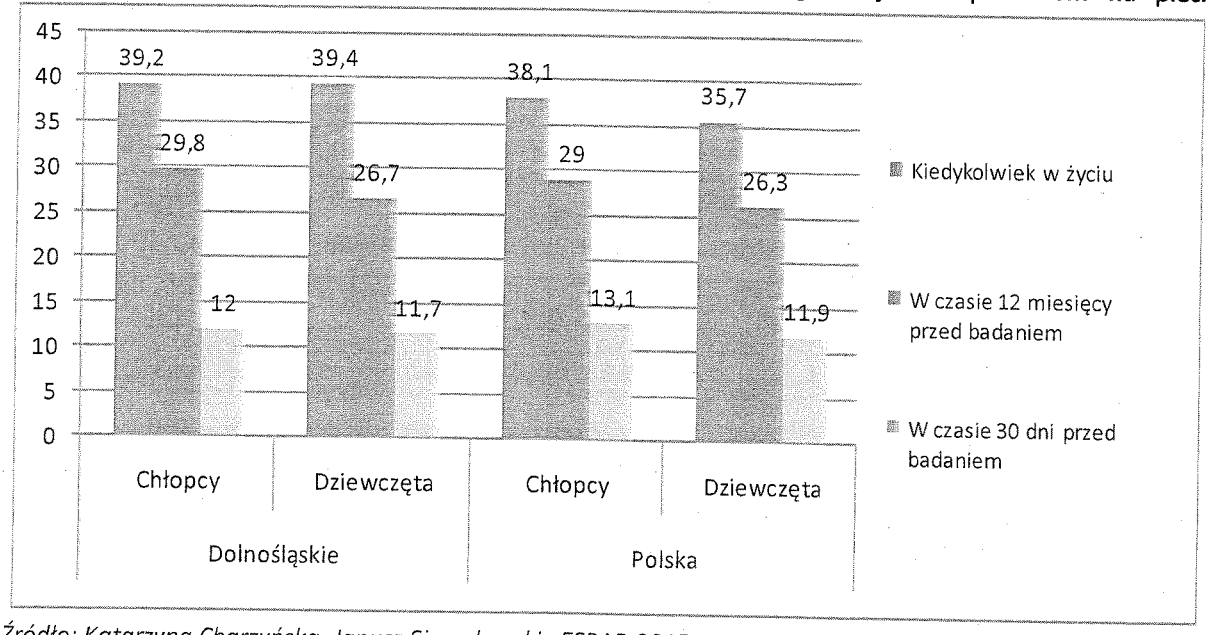
poziom klasy		2007	2011	2015
Trzecie klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	41,8	51,1	39,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	30,8	37,6	28,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	12,3	17,6	11,8
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	69,8	71,9	68,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	49,2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

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

W grupie gimnazjalistów, podobnie jak w przypadku picia alkoholu w ogóle, w 2015 r. obserwujemy znaczny spadek odsetka badanych deklarujących silne upicie się kiedykolwiek w życiu (tabela 10), w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, w porównaniu do roku 2011. W grupie starszej młodzieży w analizowanym okresie również zaobserwowano spadek w wartościach wskaźników, ale miał on mniejszy zakres.

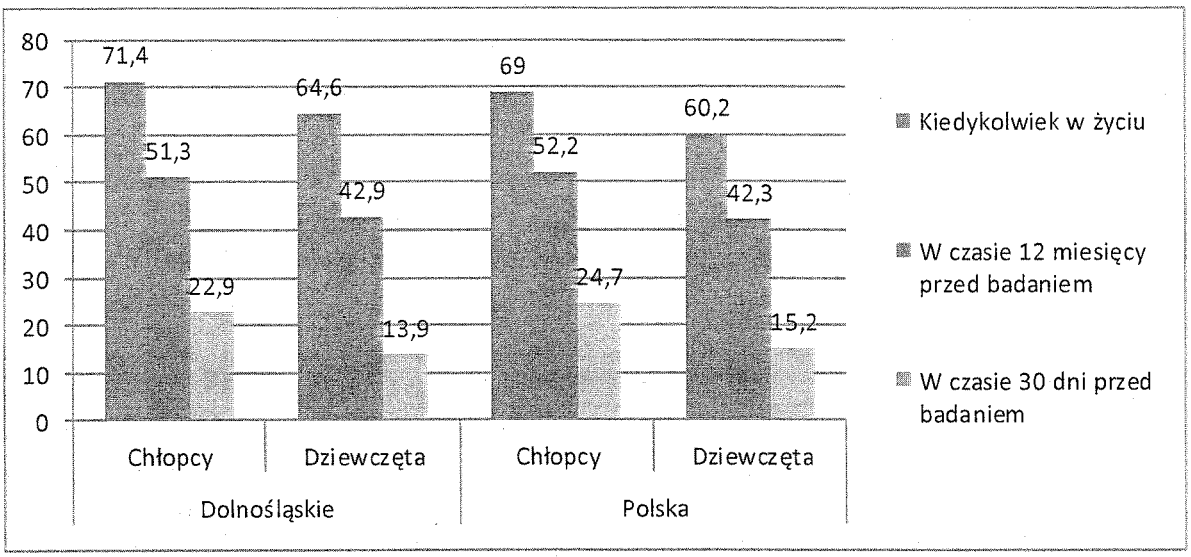
Wskaźniki silnego upijania się są zróżnicowane ze względu na płeć, ale tylko w starszej kohorcie. Przybierają one wyższe wartości u chłopców niż u dziewcząt (wykresy 14 i 15). Szczególnie wyraźne różnice obserwujemy w odsetkach starszych dziewcząt i chłopców deklarujących silne upicie się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odpowiednio 13,9% i 22,9%).

Wykres 14. Przekraczanie progu nietrzeźwości w III klasach gimnazjum z podziałem na płeć.



Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Wykres 15. Przekraczanie progu nietrzeźwości w II klasach szkół ponadgimnazjalnych z podziałem na płeć.



Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

5. Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego.

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

W 2015 roku użytkownicy dróg (kierujący, piesi, pasażerowie) będący pod działaniem alkoholu uczestniczyli w 3 128 wypadkach drogowych (9,5% ogółu wypadków), śmierć w nich poniosło 407 osób (13,8% ogółu zabitych), a 3 564 osoby odniosło obrażenia (9% ogółu rannych). W porównaniu z rokiem ubiegłym jest to mniej wypadków o 394 (-11,2%), mniej zabitych o 63 osoby (-13,4%) i mniej osób rannych o 482 (-11,9%).

Tabela 11. Wypadki drogowe i ich skutki z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu w układzie województw w 2015 roku.

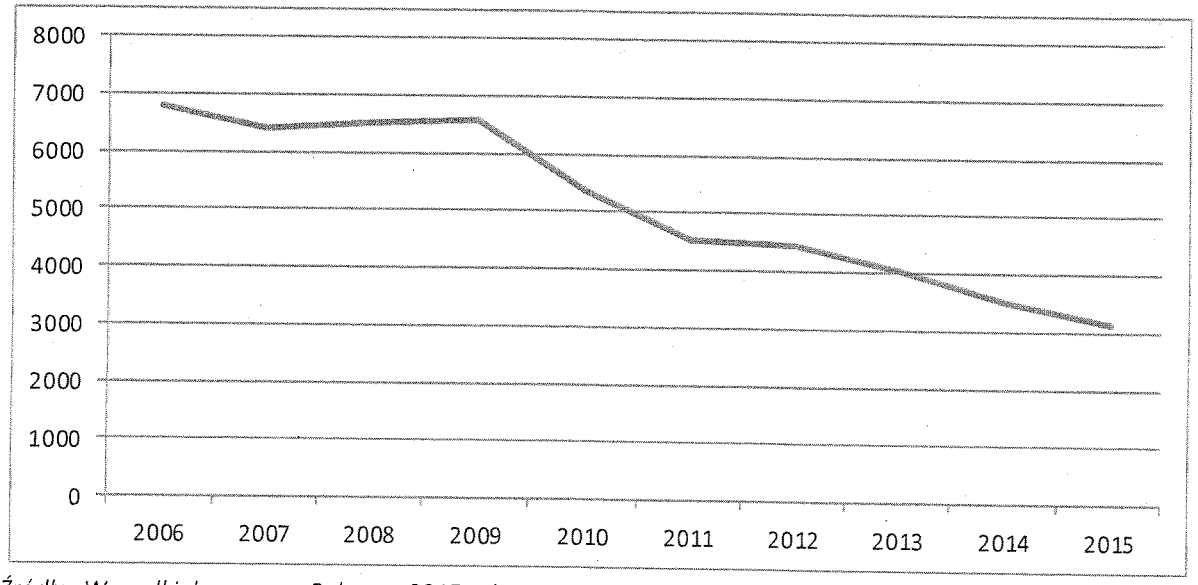
Województwa	Wypadki		Zabici		Ranni	
	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%
Dolnośląskie	**209**	**6,7**	**15**	**3,7**	**249**	**7,0**
Kujawsko-Pomorskie	95	3,0	16	3,9	107	3,0
Lubelskie	173	5,05	20	4,9	206	5,8
Lubuskie	50	1,6	1	0,2	72	2,0
Łódzkie	369	11,8	58	14,3	405	11,4
Małopolskie	332	10,6	26	6,4	362	10,2
Mazowieckie (bez terenu działania KSP Warszawa)	270	8,6	59	14,5	320	9,0
Opolskie	61	2,0	14	3,4	65	1,8
Podkarpackie	165	5,3	24	5,9	183	5,1

Podlaskie	93	3,0	24	5,9	105	2,9
Pomorskie	235	7,5	24	5,9	258	7,2
Śląskie	365	11,7	37	9,1	416	11,7
Świętokrzyskie	168	5,4	18	4,4	198	5,6
Warmińsko-Mazurskie	178	5,7	22	5,4	209	5,9
Wielkopolskie	155	5,0	26	6,4	172	4,8
Zachodniopomorskie	117	3,7	11	2,7	132	3,7
Komenda Stołeczna Policji	93	3,0	12	2,9	105	2,9
POLSKA	**3128**	**100,0**	**407**	**100,0**	**3564**	**100,0**

Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku, Komenda Główna Policji.

W województwie dolnośląskim odnotowano w 2015 roku 209 wypadków z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu, co stanowiło 6,7% ogółu wypadków (w 2014 roku wypadków z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu było 225). W tego typu wypadkach zginęło na Dolnym Śląsku 15 osób, a rannych było 249 osób (w 2014 roku zginęło 27 osób, a rannych było 295 osób).

Wykres 16. Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych w latach 2006 – 2015.



Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku, Komenda Główna Policji.

W porównaniu do roku 2014, w 2015 roku zmniejszyła się liczba wypadków z udziałem osób nietrzeźwych o 394 (11,1%) w kraju. Nietrzeźwi najczęściej uczestniczyli w zdarzeniach drogowych w ostatnich dniach tygodnia: soboty (20,7%) i niedziele (18,2%). Niewątpliwie wpływ na to ma fakt, że koniec tygodnia, dni wolne od pracy, sprzyjają spotkaniom towarzyskim i imprezom, podczas których spożywany jest alkohol. Generalnie bowiem, w te dni zwiększa się liczba uczestników ruchu drogowego pod wpływem alkoholu.

W 2015 roku, w porównaniu z rokiem 2014 nastąpił spadek liczby ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (w stanie po użyciu oraz w stanie nietrzeźwości) o 12 207 osób.

Tabela 12. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu wg naruszonego przepisu w 2014 i 2015 roku (Art.87§1 KW, Art.87§2 KW, Art.178a§1 KK, Art.178a§2 KK)[3].

Naruszony przepis	2014 r.	2015 r.
Art. 87 § 1 KW	27 648	23 297
Art. 87 §2 KW	6 982	6 780
Art. 178a § 1 KK	75 598	67 946
Art. 87 § 1a KW	30 975	30 973
Ogółem	141 203	128 996

Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku, Komenda Główna Policji.

Tabela 13. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu wg naruszonego przepisu w 2014 i 2015 roku z podziałem na województwa.

Województwa	Stan po użyciu		Stan nietrzeźwości		Razem	
	2014	**2015**	**2014**	**2015**	**2014**	**2015**
Dolnośląskie	**2 227**	**2 066**	**7 009**	**6 791**	**9 236**	**8 857**
Kujawsko-Pomorskie	1 865	1 617	5 883	5 196	7 748	6 813
Lubelskie	1 833	1 595	7 009	6 611	8 842	8 206
Lubuskie	1 519	991	4 068	3 258	5 587	4 249
Łódzkie	1 657	1 555	7 261	7 046	8 918	8 601
Małopolskie	3 630	3 423	8 496	8 196	12 126	11 619
Mazowieckie	1 858	1 430	7 897	6 879	9 755	8 309
Opolskie	1 241	950	3 834	3 376	5 075	4 326
Podkarpackie	1 711	1 567	5 557	5 319	7 268	6 886
Podlaskie	923	704	3 279	2 652	4 202	3 356
Pomorskie	1 596	1 741	4 714	5 007	6 310	6 748
Śląskie	5 173	4 516	11 072	10 152	16 245	14 668
Świętokrzyskie	999	835	3 318	3 035	4 317	3 870
Warmińsko-Mazurskie	1 209	891	4 293	3 355	5 502	4 246

Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń:

Art. 87 § 1 :

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

Art. 87 § 2 :

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

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

Art. 178a § 1 :

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

Art. 178a § 2 :

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

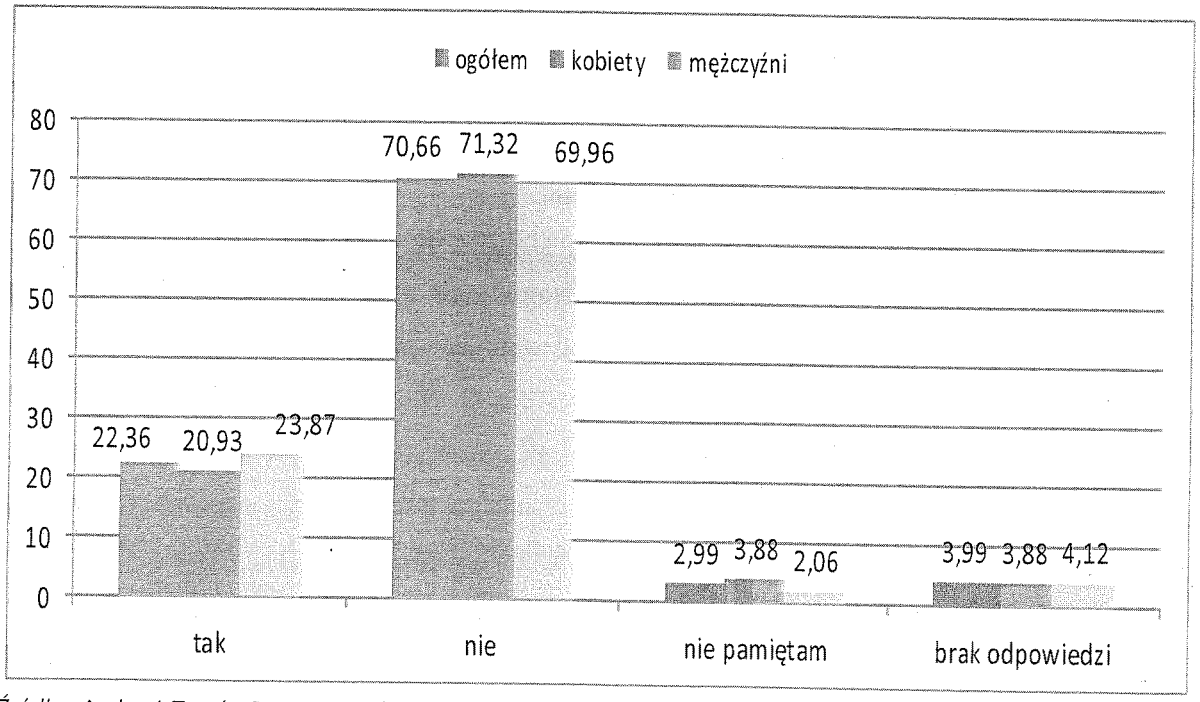
Wielkopolskie	3 455	2 835	11 521	9 782	14 976	12 617
Zachodniopomorskie	1 716	1 488	5 426	5 144	7 142	6 632
Komenda Stołeczna Policji	2 018	1 873	5 936	7 120	7 954	8 993
POLSKA	**34 630**	**30 077**	**106 573**	**98 919**	**141 203**	**128 996**

Źródło: Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku, Komenda Główna Policji.

Kierujący pojazdami będący pod działaniem innego środka byli sprawcami 48 wypadków, w których zginęło 14 osób, a 56 zostało rannych oraz 87 kolizji[4].

Wśród respondentów badań populacji generalnej w województwie dolnośląskim znaczna grupa badanych była świadkiem prowadzenia pojazdu przez osobę będącą pod wpływem alkoholu – rozkład tych wyników przedstawia wykres 17. W stosunku do wyników z 2008r. zauważamy wzrost odsetka z 15,6% do 22,36%.

Wykres 17. Respondenci którzy byli świadkami prowadzenia samochodu, pojazdu mechanicznych w ciągu 12 miesięcy przez osobę pod wpływem alkoholu.

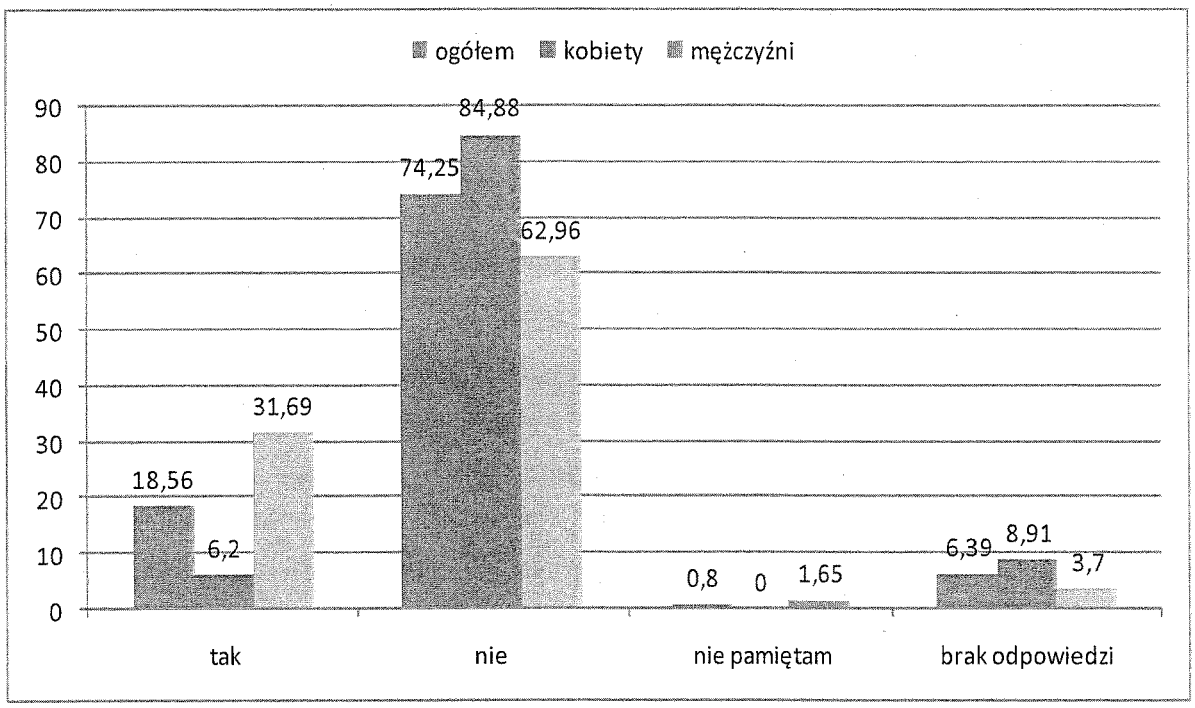


Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Zdecydowanie nastąpiło pogorszenie sytuacji w stosunku do doświadczeń własnych respondentów z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu. Rozkład tych doświadczeń przedstawia wykres 18. W badanej grupie 18,56% (2008 - 6,8%) respondentów miało takie doświadczenia, w przeliczeniu na odsetek osób posiadających prawo jazdy liczba wzrasta do 32,4% (2008 - 15,3%). Zdecydowanie przodują tu mężczyźni, stanowiąc 31,69 ogółu badanych (40,7% posiadaczy prawa jazdy).

[4] *Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku, Komenda Główna Policji, 2016.*

Wykres 18. Prowadzenie samochodu, pojazdu mechanicznych kiedykolwiek w życiu pod wpływem alkoholu.



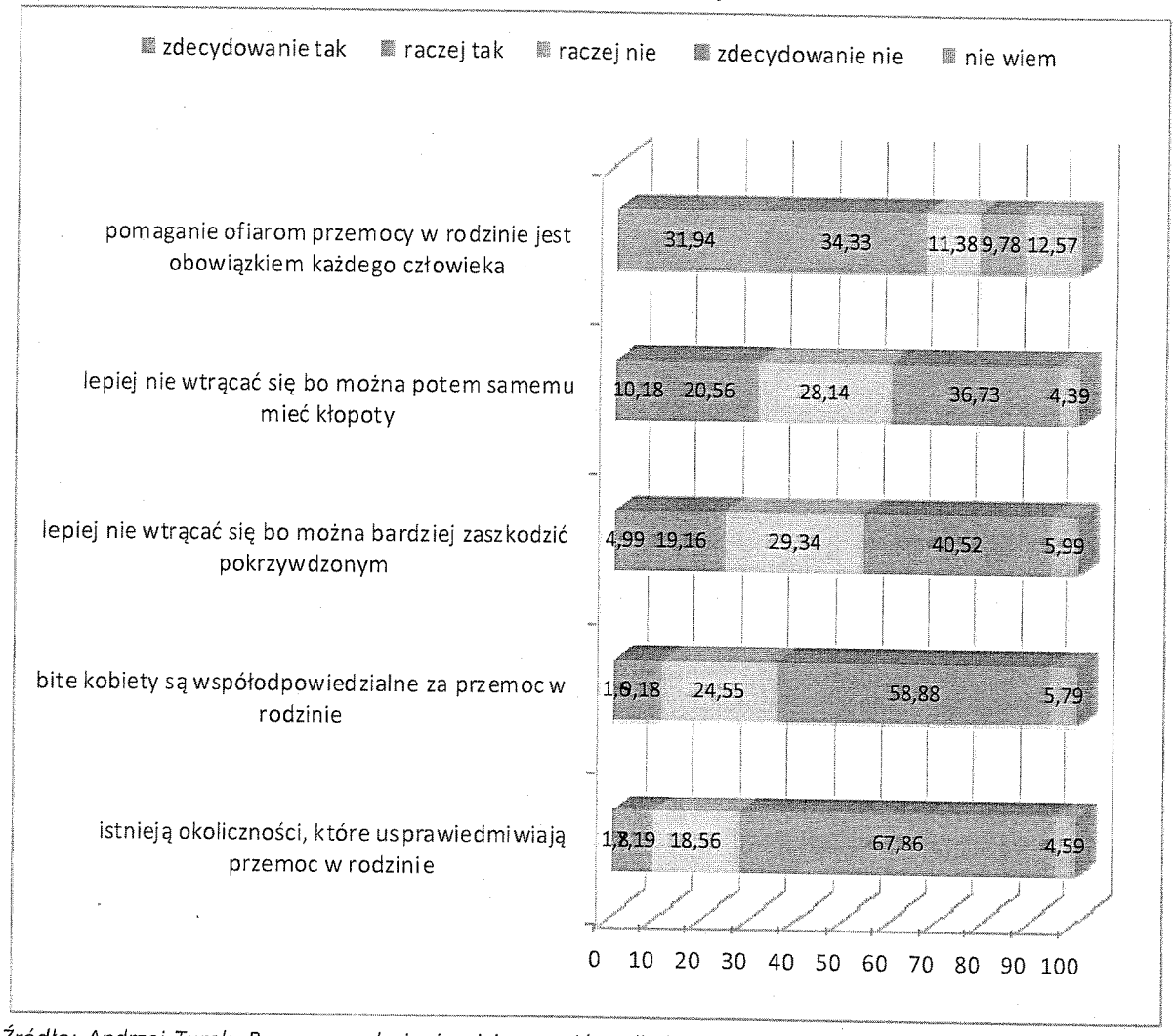
Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

6. Zjawisko przemocy w województwie dolnośląskim.

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań ankietowych „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku" w 2015 roku, można określić skalę problemu przemocy w rodzinie wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.

Postawy respondentów wobec przemocy zostały przedstawione w wykresie 19. Widać tu, iż większość badanych – 86,42% (2008 – 87,9%) – z połączonych kategorii „zdecydowanie się nie zgadzam" i „raczej się nie zgadzam" nie znajduje usprawiedliwienia dla przemocy w rodzinie. Nieco mniej, bo 83,44% (2008 – 73,1%), sprzeciwia się uznawaniu współodpowiedzialności bitych kobiet za przemoc w rodzinie. Udzielenie pomocy ofiarom przemocy w rodzinie za obowiązek uznaje 66,27% (2008 – 74,9%) badanych. Unikanie postaw zachowawczych deklaruje 64,8% (2008 – 63,8%) – „bo można mieć kłopoty" oraz 69,9% (2008 – 59,9%) –„bo można zaszkodzić pokrzywdzonym". 83,44% respondentów (2008 – 73,1%) sprzeciwia się uznawaniu współodpowiedzialności bitych kobiet za przemoc w rodzinie.

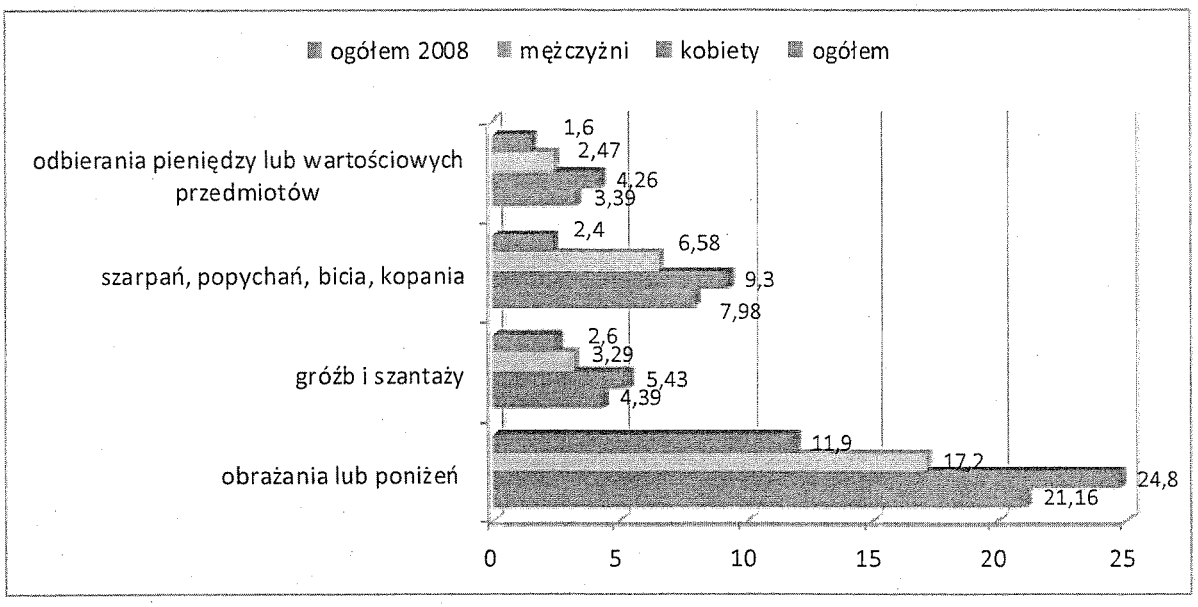
Wykres 19. Postawy dotyczące przemocy w rodzinie - % badanych.



Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

W odniesieniu do osobistych doświadczeń respondentów, występowanie przemocy fizycznej w ich rodzinach w ciągu ostatnich 12 miesięcy potwierdziło 12,38% (2008 – 5,9%) z nich. Odsetek ten w przypadku przemocy psychicznej wyniósł 23,75% (2008 – 11,9%). W przypadku doznania przemocy w rodzinie w ciągu całego życia przynajmniej raz doświadczyło jej fizycznie 44,3% (2008 – 29,1%) oraz psychicznie – 52,9% (2008 – 30,3%) badanych. Doznanie przemocy w dzieciństwie deklaruje 33,8% `(2008 – 10,9%), świadkiem przemocy w rodzinie w dzieciństwie było 46,9% (2008 – 19,9%) respondentów. Widać tu znaczne pogorszenie się sytuacji dotyczącej występowania przemocy w rodzinach. Jak wyglądają osobiste doświadczenia badanych dotyczące doznania przemocy przedstawia wykres 20. Widać tu, że nie zmieniły się proporcje przejawów przemocy w rodzinach badanych. Jednak zestawienie odsetków ogólnego ich występowania w latach 2008 i 2015 pokazuje prawie dwukrotny wzrost zjawiska. Rozkład płci ofiar przemocy wskazuje na gorszą sytuację kobiet.

Wykres 20. Doświadczanie w ostatnich 12 miesiącach zachowań przemocowych - % badanych.



Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Na podstawie danych zebranych w ankietach PARPA G-1 „Sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych" możemy określić zjawisko przemocy wśród rodzin osób pijących szkodliwie/ryzykownie i uzależnionych od alkoholu. Jak widać w tabeli 20, problem ten z roku na rok ma tendencje wzrostowe. W porównaniu do roku 2013, w 2015 roku odsetek ofiar przemocy wzrósł o 5,3%, sprawców przemocy o 16,5% i świadków przemocy o 37,5%.

Tabela 14. Ofiary, sprawcy i świadkowie przemocy w Gminnych/Miejskich Komisjach Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Województwo	**Osoby doznające przemocy w rodzinie:**			**Osoby stosujące przemoc w rodzinie:**			**Świadkowie przemocy w rodzinie:**		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
DOLNOŚLĄSKIE	**2178**	**1798**	**2300**	**1696**	**1356**	**2031**	**456**	**357**	**729**
KUJAWSKO-POMORSKIE	1675	1569	1913	1276	1304	1578	813	566	725
LUBELSKIE	2097	2203	1994	1574	1702	1607	992	727	802
LUBUSKIE	1368	1141	1327	969	743	811	462	314	371
ŁÓDZKIE	1706	1741	1806	1499	1652	1433	333	256	380
MAŁOPOLSKIE	3481	3052	3096	2037	2145	2317	1287	1231	1204
MAZOWIECKIE	3629	4044	4229	2791	3226	3150	1165	997	1163
OPOLSKIE	1076	1084	716	799	901	791	883	574	287
PODKARPACKIE	2100	2132	2690	1524	1505	1933	715	701	1110
PODLASKIE	1375	1563	1754	1198	1233	1408	328	474	439

POMORSKIE	2079	2347	2293	1468	1319	1300	1363	952	872
ŚLĄSKIE	3398	3432	3081	2564	2872	2363	849	1002	725
ŚWIĘTOKRZYSKIE	1341	1495	1816	1054	1384	1347	707	786	503
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	2014	2196	2512	1718	1905	2269	457	618	732
WIELKOPOLSKIE	2252	3025	2444	1648	2142	1815	1390	936	720
ZACHODNIOPOMORSKIE	1234	1623	1299	865	1255	1113	331	476	795
Ogółem	**33003**	**34445**	**35270**	**24716**	**26644**	**27266**	**12531**	**10967**	**11557**

Źródło: Ankiety „PARPA G1" wypełniane corocznie sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Działania które zostały przeprowadzone przez członków Gminnych/Miejskich Komisji Rozwiązywania Problemów alkoholowych nie odzwierciedlają skali zjawiska przemocy. Szczególnie odnosi się to w stosunku do uruchomiania procedury Niebieskiej Karty (spadek 7%), zawiadamianiu prokuratury i policji o podejrzeniu popełnienia innego przestępstwa z użyciem przemocy lub groźby bezprawnej na szkodę osoby najbliższej (spadek o 118,5%) oraz powiadamianiu sądu rodzinnego o sytuacji dziecka (wzrost o 6,8%).

Tabela 15. Działania podejmowane przez gminną komisję wobec członków rodzin, w których dochodziło do przemocy.

	2013		2014		2015	
	DOLNYŚLĄSK	POLSKA	DOLNYŚLĄSK	POLSKA	DOLNYŚLĄSK	POLSKA
uruchomienie procedury Niebieskiej Karty	321	3819	246	4412	299	4788
zawiadomienie prokuratury i policji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa znęcania się 207 kk	53	575	61	845	104	632
zawiadomienie prokuratury i policji o podejrzeniu popełnienia innego przestępstwa z użyciem przemocy lub groźby bezprawnej na szkodę osoby najbliższej	201	3369	47	523	92	322
powiadomienie sądu rodzinnego o sytuacji dziecka	55	1071	62	1727	59	884

Źródło: Ankiety „PARPA G1" wypełniane corocznie sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Na podstawie analizy danych z Komendy Głównej Policji, można stwierdzić, że w 2015 roku w stosunku do 2014 roku wzrosła zarówno liczba wypełnionych formularzy NK-A (wzrost o 25,7%), jak też liczba wszczętych procedur NK (wzrost o 20,5%). Liczba formularzy dotyczących kolejnych przypadków przemocy w rodzinie w trakcie trwającej procedury NK, w porównaniu do 2014 roku, wzrosła o 55,3%.

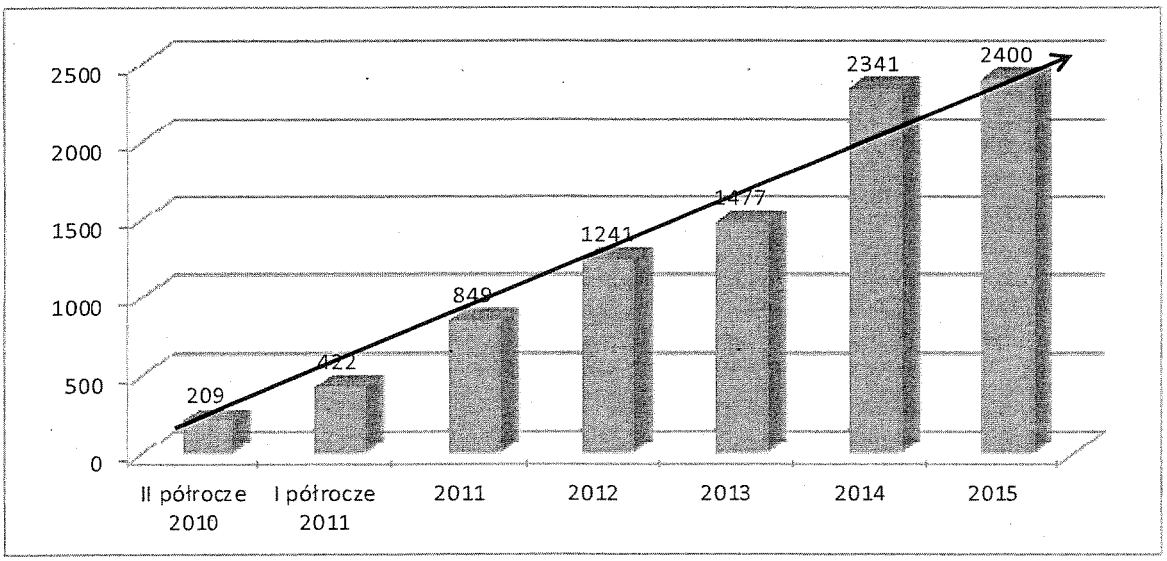
Udział procentowy dotyczący kolejnych przypadków przemocy w rodzinie w trakcie trwającej procedury w ogólnej liczbie wypełnionych formularzy NK-A w województwie dolnośląskim jest niższa o 4,3% (14,72%) niż w skali kraju (19,02%).

Według danych Ministerstwa Sprawiedliwości liczba osadzonych stanowiąca populację skazanych z art. 207 kk w porównaniu do ubiegłego roku nieznacznie spadła, to przy niższej niż w 2014 roku populacji wszystkich osadzonych – średni odsetek tej szczególnej populacji w stosunku do pozostałych osadzonych wzrósł do poziomu 9,50% w skali kraju. W porównaniu do roku 2013, sytuacja w województwie dolnośląskim utrzymuje trend spadkowy o 1,34%.

Mimo zmniejszenia się liczby wykonywania kar pozbawienia wolności, zgodnie z nowelizacją do ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2010 roku dodano do Kodeksu postępowania karnego przepis art. 275a, przewidujący środek zapobiegawczy w postaci nakazania oskarżonemu o przestępstwo popełnione z użyciem przemocy na szkodę osoby wspólnie zamieszkującej, opuszczenie lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym.

W 2015 roku, wg danych uzyskanych z Prokuratury Generalnej, liczba podejrzanych, wobec których zastosowano ww. środek zapobiegawczy w postaci nakazu opuszczenia lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym (art. 275a § 1 kpk), wyniosła 2400 (wykres 21).

Wykres 21. Ilość nakazów opuszczenia lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym.



Źródło: Sprawozdanie z realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, Ministerstwo Sprawiedliwości 2016.

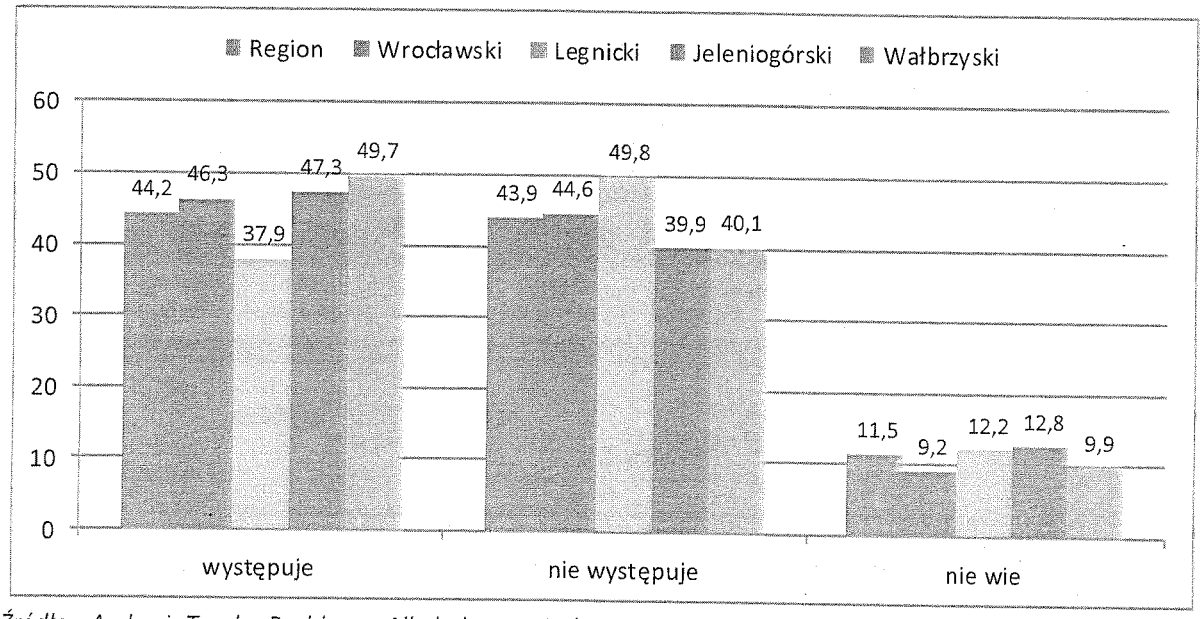
V. Diagnoza problemów narkotykowych na Dolnym Śląsku

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

Analiza danych z przeprowadzonych badań ankietowych „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku" w 2015 roku oraz „Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami" w 2014 roku, wskazują większe zainteresowanie używaniem środków psychoaktywnych wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.

Według danych osób z funkcją lub zawodem związanym z rozwiązywaniem problemów uzależnień, bezpośredni kontakt z problemami narkomanii w rejonie swojego działania potwierdziło 44,2% respondentów. Rozkład odpowiedzi w poszczególnych podregionach przedstawia poniższy wykres 22.

Wykres 22. Kontakt z problemami narkomanii.

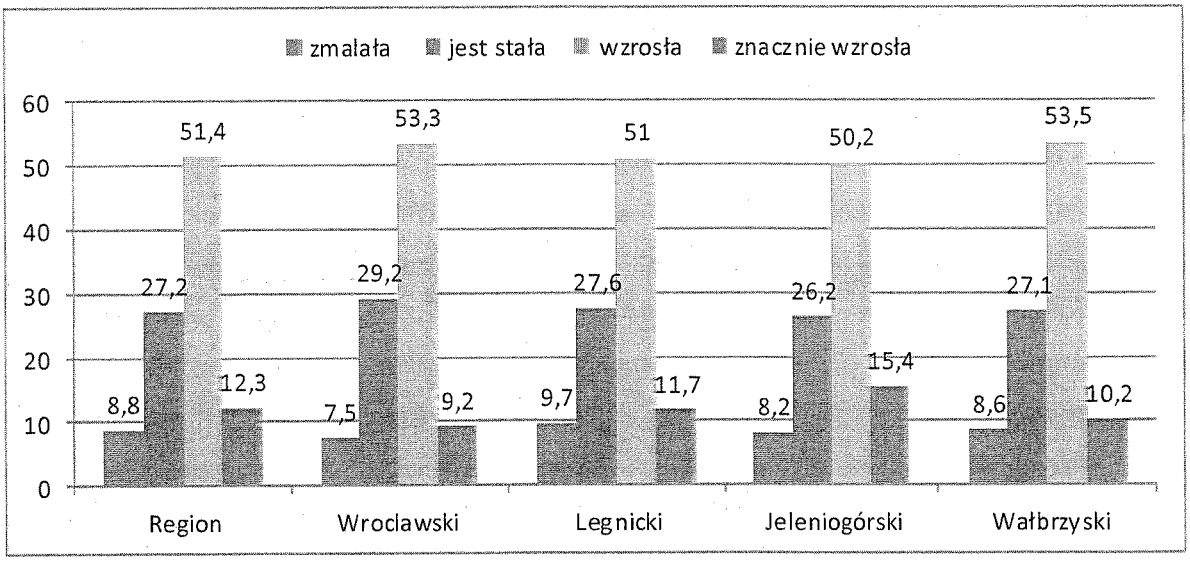


Źródło: Andrzej Turek, Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami, 2015.

Najwyższy wskaźnik kontaktu z przejawami narkomanii występuje w podregionie wałbrzyskim, najniższy w legnickim. Regiony te dzieli 11,8 punktów procentowych.

Według badanych, w ciągu ostatnich trzech lat, ilość używającej środków odurzających młodzieży wzrasta, dynamikę w poszczególnych podregionach przedstawia poniższy wykres 23.

Wykres 23. Ilość osób biorących substancje psychoaktywne w ostatnich 3 latach.



Źródło: Andrzej Turek, Problemy Alkoholowe, Narkotyczne i Przemocowe w Województwie Dolnośląskim w Opinii Osób z Funkcją lub Zawodem Związanym z Badanymi Zjawiskami, 2015.

Najwyższy wskaźnik przyrostu używającej środków młodzieży (łącznie wzrost + znaczny wzrost) wykazali respondenci z podregionów – jeleniogórskiego (65,6%) i wałbrzyskiego (63,5%), różnice pomiędzy podregionami są jednak nieznaczne, mieszczą się w granicach 62-66%.

W tabeli 16 przedstawiono odsetki respondentów, którzy kiedykolwiek mieli chęć spróbowania któregoś ze środków odurzających niezależnie od tego, czy faktycznie do tego doszło. Chęć taką wyraził co trzeci badany 38,12% (2008 - co siódmy badany, 14%). Zdecydowana większość poszukujących takich środków psychoaktywnych to mężczyźni.

Tabela 16. Doświadczenie kiedykolwiek chęci spróbowania któregoś ze środków psychoaktywnych.

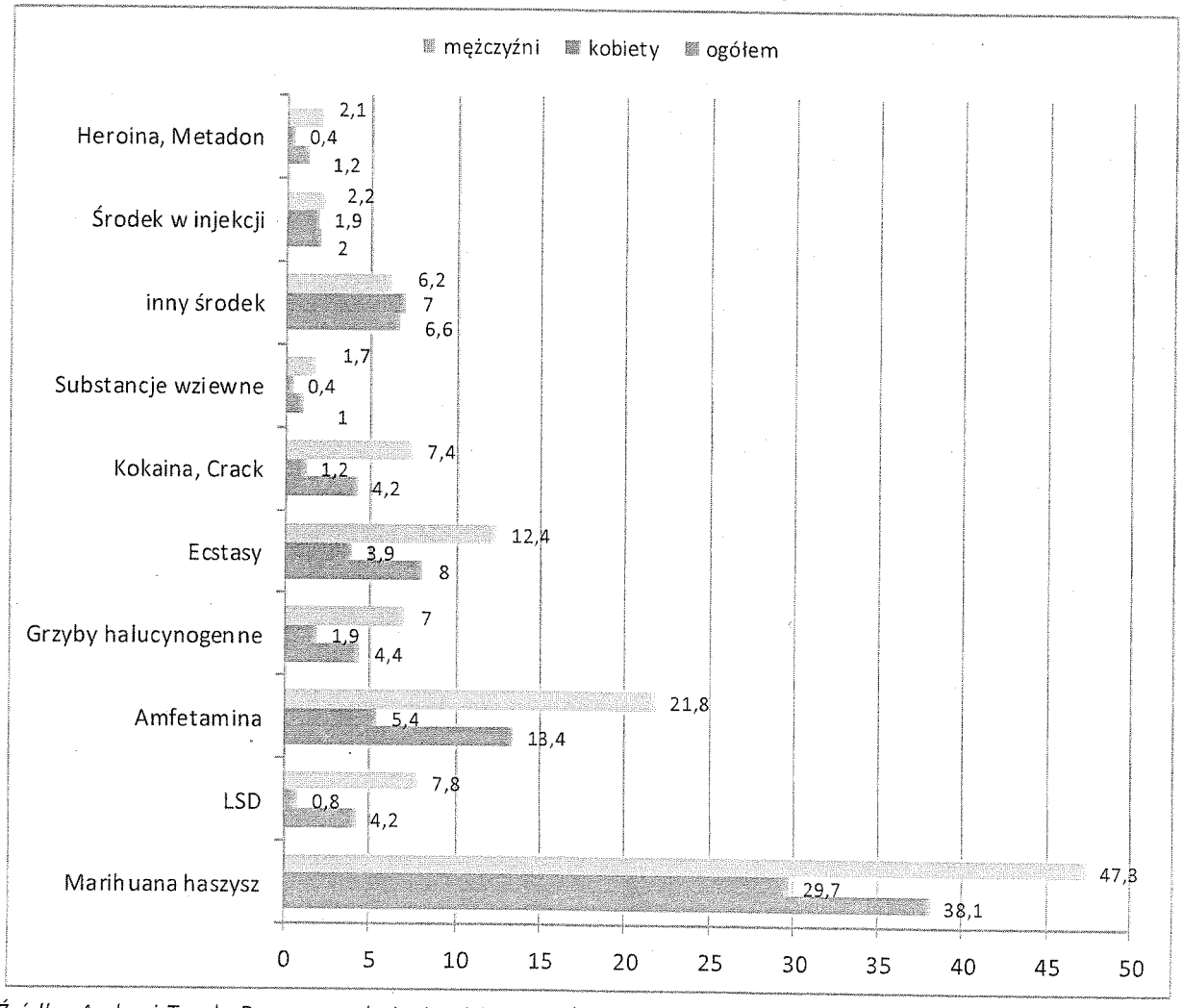
	Płeć		**Ogółem**
	Kobiety	**Mężczyźni**	
	Procent (%)	**Procent (%)**	**Procent (%)**
Tak	29,84%	46,91%	38,12%
Nie	70,16%	53,09%	61,88%

Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Głównym środkiem psychoaktywnym używanym w dorosłej populacji są pochodne konopi indyjskich – 38,12% (2008 – 11,3%). W przypadku mężczyzn potwierdza jej użycie nieomal połowa próby – 47,33% (2008 – 17,8%). W stosunku do poprzednich badań wzrósł udział używających marihuany kobiet – z 5,4% w 2008r. do 29,46 % obecnie. Jest to przyrost wyższy niż w przypadku mężczyzn. Wśród użytkowników marihuany nadal dominuje grupa 18 – 29 latków. Kolejnym środkiem popularnym

wśród badanych była amfetamina. Używało jej 13,37% (2008 – 3,8%) respondentów. W tym przypadku zdecydowanie przodują mężczyźni – 21,81% (kobiety – 5,43%). Środkiem trzeciego wyboru było ecstasy – 7,98% (2008 – 1,4%). Tu również dominują mężczyźni (12,35%), zaś kobiety stanowią 1/3 użytkowników.

Wykres 24. Użycie kiedykolwiek środków psychoaktywnych wśród respondentów.



Źródło: Andrzej Turek, Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn na Dolnym Śląsku, Wrocław 2015.

Analizując przedstawione dane w wykresie 24, można podzielić badaną próbę na trzy grupy. Pierwsza i największa to grupa badanych, których można określić jako osoby eksperymentujące z substancjami psychoaktywnymi. Grupa ta używała różnych środków od 1 do 5 razy w życiu. Najczęściej używanym środkiem była marihuana i jej pochodne – 47,64%, następnie: amfetamina – 7,79%, ecstasy – 5,39%, LSD – 3,79%, grzyby halucynogenne – 2,6% oraz inne środki – najczęściej dopalacze i leki – 2,6%. Drugą grupę stanowią osoby używające środków psychoaktywnych przy tzw. okazjach kilka razy w roku. W tej grupie nadal wiodącym środkiem pozostaje marihuana i jej pochodne – łączne jej używanie potwierdza 22,51% respondentów. Drugim środkiem z wyboru jest tu amfetamina – używało jej 3% badanych. Na trzecim miejscu uplasowało się ecstasy – 1,6%.

Ostatnią grupę używających środków psychoaktywnych stanowią osoby, które środki te brały od 20 do 40 i więcej razy w życiu – stanowią oni grupę osób zagrożonych uzależnieniem. Podobnie jak w poprzednich grupach, środkiem najczęstszego wyboru była marihuana – 24,61%, na drugim miejscu znajduje się amfetamina – 1,8%, następnie: inne środki (leki, dopalacze) – 1,2%, sterydy anaboliczne – 0,8% oraz grzyby halucynogenne – 0,6%. Analizując te grupy, trzeba pamiętać, iż znaczna część respondentów nie używa środków psychoaktywnych - 61,88%.

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

Tabela 17 przedstawia liczbę placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w województwie dolnośląskim. Na terenie województwa funkcjonuje: 6 Punktów konsultacyjno-diagnostycznych z zakresu profilaktyki HIV/AIDS oraz 3 placówki leczenia substytucyjnego. Ofertę terapeutyczną leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży posiada 12 placówek, w tym: 8 poradni, 2 dzienne oddziały, 1 całodobowy oddział oraz 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

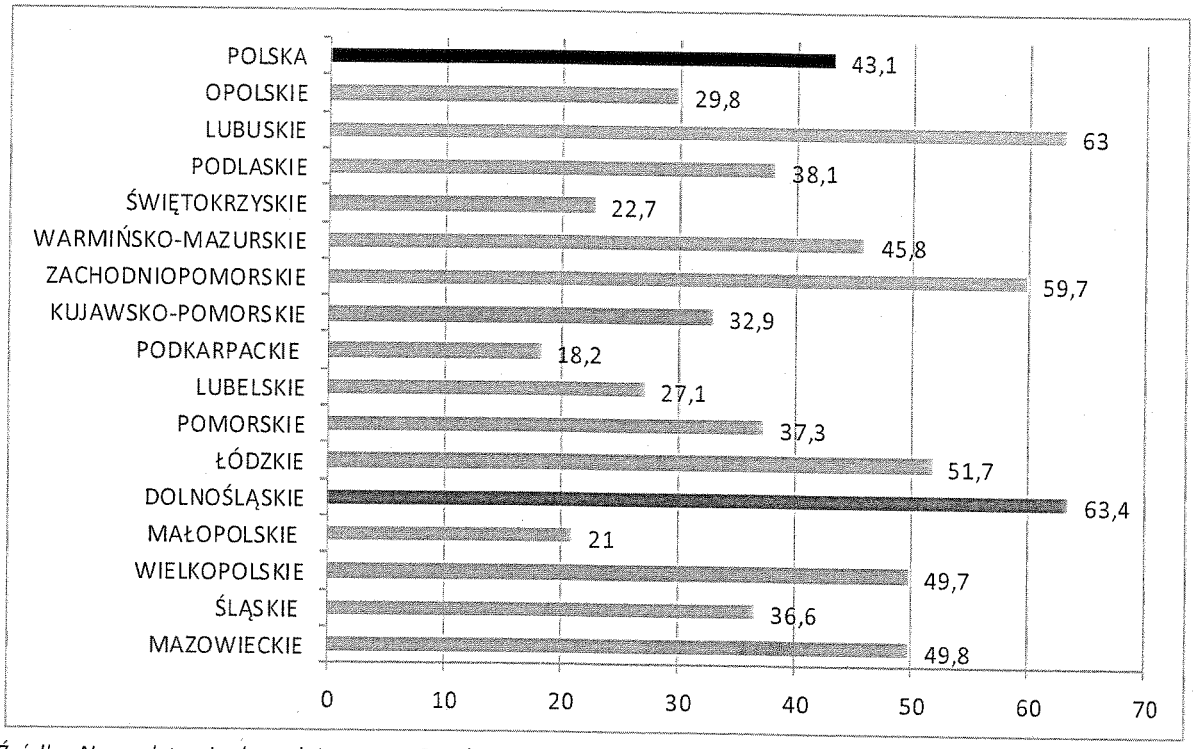
Tabela 17. Liczba placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych poszczególnych typów.

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

Źródło: Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym, KBPN 2015.

W 2013 roku w całej Polsce z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, przyjęto do lecznictwa stacjonarnego ogółem 16 592 osoby, z tego, z samego województwa dolnośląskiego 1845 osób. Oznacza to, że niemal co 9 leczona osoba pochodziła z Dolnego Śląska. Biorąc pod uwagę współczynnik na 100 tys. mieszkańców - województwo dolnośląskie plasuje się na 1 miejscu (wykres 25) i jest to wynik znacząco powyżej średniej ogólnopolskiej (43,1). Wzrost wskaźników dla naszego regionu w znacznej mierze wynika z graniczenia z Republiką Czeską posiadającą bardziej liberalną politykę narkotykową. Tu też mieści się turystyka narkotykowa polegająca na wykupywaniu w polskich aptekach - z tego regionu, bezreceptowych leków zawierających pseudoefedrynę (w Czechach preparaty zawierające pseudoefedrynę są dostępne tylko na receptę). Leki te na terenie Czech przetwarzane są w metaamfetaminę (tzw. pico), która również trafia do dystrybucji po polskiej stronie pogranicza.

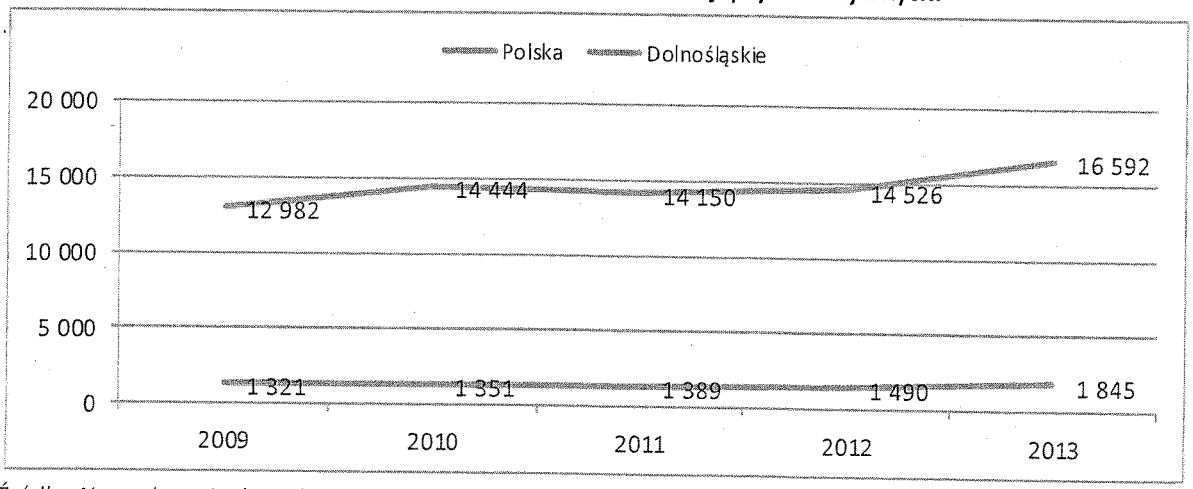
Wykres 25. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2013 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.).



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Poddając analizie dane z lat 2012 – 2013 można zauważyć stały wzrost przyjęć w Polsce i w województwie. W całej Polsce w roku 2012 przyjęto 14 526 osób (1490 z Dolnego Śląska), natomiast w roku 2013 przyjęto 16 592 osób (1845 z Dolnego Śląska). Współczynnik na 100 tys. dla Dolnego Śląska wyniósł 63,4 (o 20,3 więcej niż w Polsce).

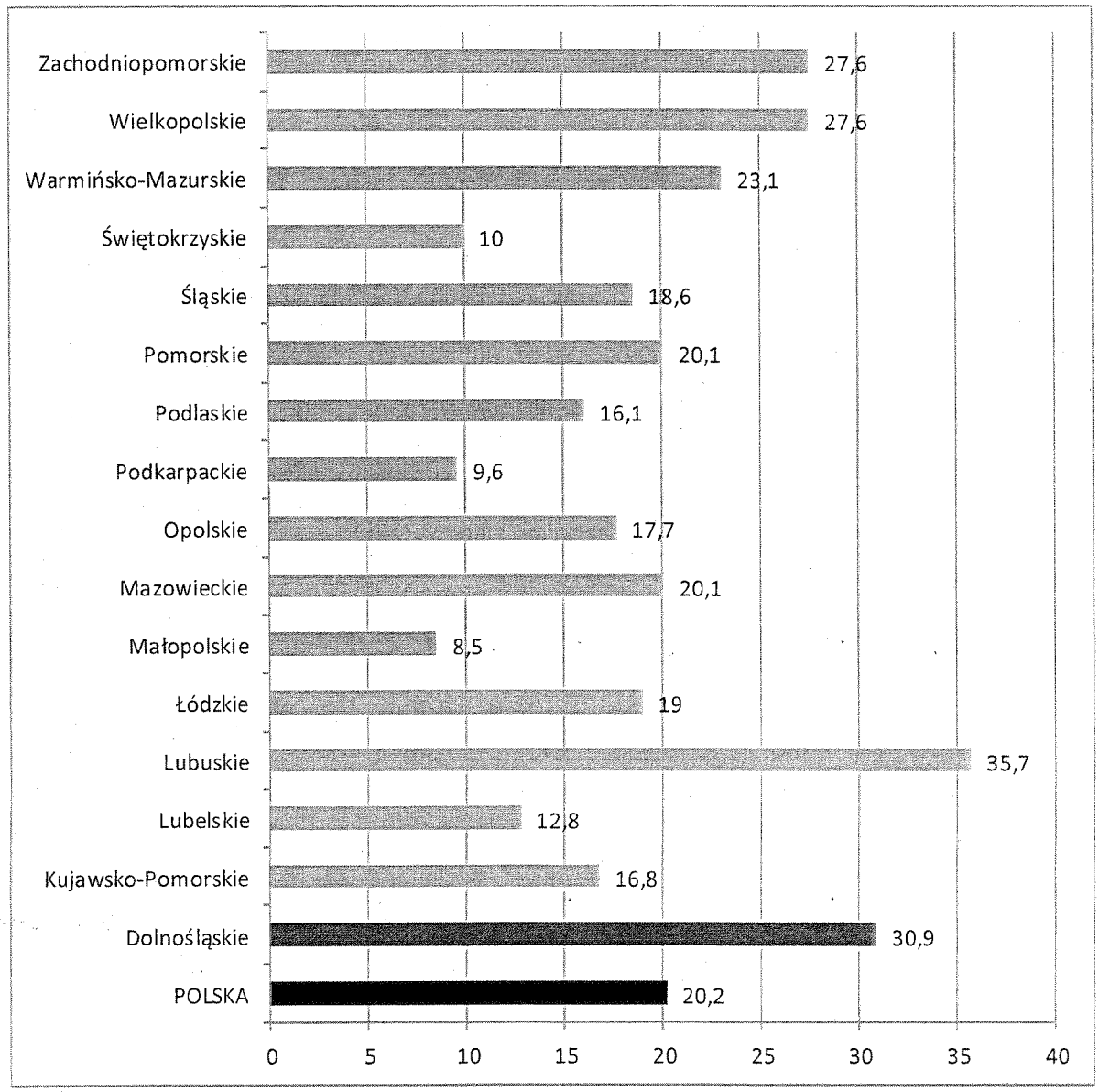
Wykres 26. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w latach 2009 – 2013 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W 2013 roku przyjęto do lecznictwa stacjonarnego po raz pierwszy w życiu z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 7 776 osób, z tego osoby z województwa dolnośląskiego stanowiły 11,6% (900 osób).

Wykres 27. Przyjęci po raz pierwszy raz w życiu do lecznictwa stacjonarnego w 2013 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg województwa zamieszkania pacjenta (współczynnik na 100 tys.).

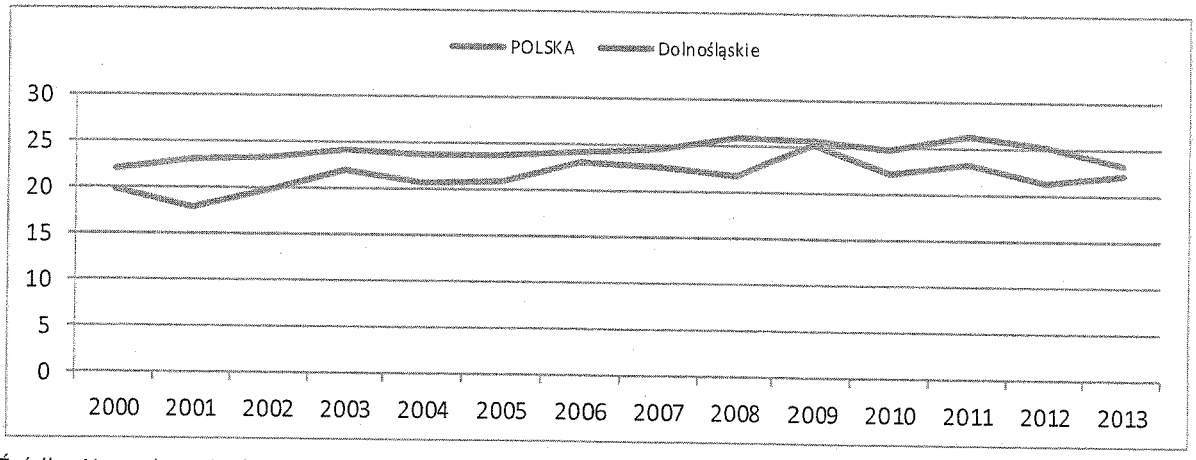


Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W liczbach bezwzględnych województwo dolnośląskie uplasowało się na 3 pozycji, zaraz za województwem mazowieckim (1066) i wielkopolskim (956). Biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tys. województwo dolnośląskie, z wynikiem 30,9, znalazło się na drugim miejscu (wskaźnik dla Polski 20,2).

W 2013 roku wskaźnik dla Polski wzrósł do poziomu 20,2 przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców (w 2012 wynosił 17,1). Współczynnik przyjęć pierwszorazowych w województwie dolnośląskim znacząco wzrósł z 23,5 w 2012 roku do 30,9 w 2013r.

Wykres 28. Odsetki kobiet wśród przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w latach 2000-2013 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD 10: F11-F16, F18, F19).

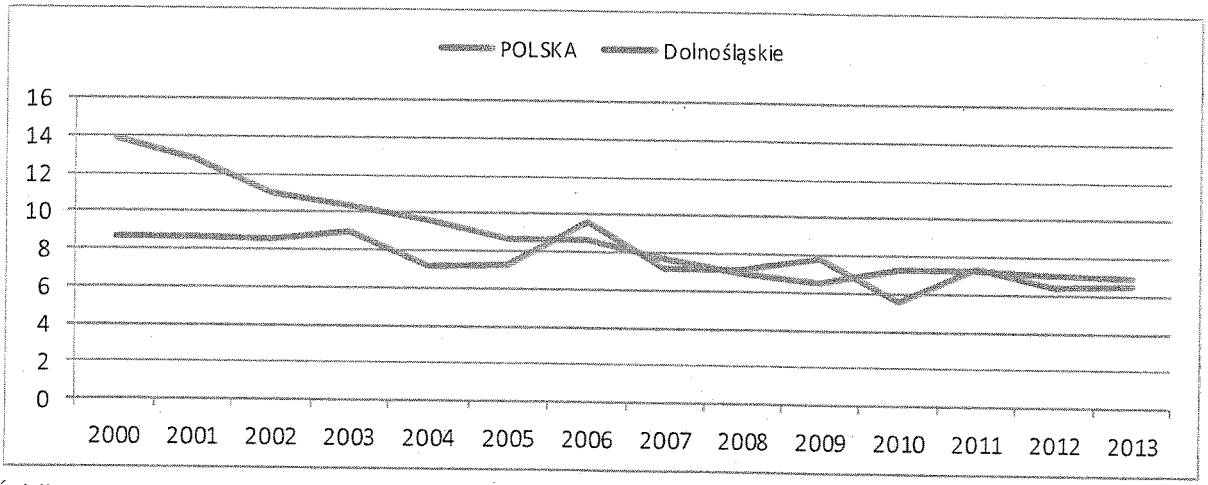


Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Na przestrzeni lat 2000-2013 wzrósł odsetek kobiet z województwa dolnośląskiego przyjmowanych do lecznictwa stacjonarnego, od roku 2010 występuje tendencja spadkowa. Biorąc pod uwagę rozkład terytorialny w 2013 roku, województwo dolnośląskie jest na 12 miejscu pod względem odsetka kobiet przyjętych do lecznictwa, najwięcej procentowo kobiet przyjęto w województwie małopolskim (28,5%), podlaskim (26,8%) oraz świętokrzyskim (26,4%), dwudziestu procent nie przekroczyło jedynie województwo warmińsko-mazurskie.

Na przestrzeni lat 2000-2013 spadł odsetek osób poniżej 18 roku trafiających do lecznictwa stacjonarnego zarówno na terenie całego kraju, jak również wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego, choć w przypadku Dolnego Śląska nie był on tak dynamiczny (wykres 29).

Wykres 29. Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w latach 2000-2013 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD 10: F11-F16, F18, F19).



Źródło: Na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W roku 2010 obserwujemy nieznaczny wzrost ogólnopolskiego odsetka z jednoczesnym spadkiem w województwie dolnośląskim do poziomu najniższego na przestrzeni prezentowanych lat. Analizując

sytuację w poszczególnych województwach w 2013 roku zaobserwować można duże zróżnicowanie odsetka od 3,2% w świętokrzyskim, do aż 12,8 w lubuskim.

W województwie dolnośląskim w 2013 roku przyjęto 6,5% (wśród wszystkich osób przyjętych do lecznictwa stacjonarnego) młodych ludzi do 18 roku życia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.

3. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną.

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

Dane z tabeli 18 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych, na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (30,5%), a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (15,0%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz (53,6%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ulokowały się na drugim miejscu (15,0%). Wśród gimnazjalistów na trzecim miejscu znalazły się substancje wziewne (11,0%), a na czwartym leki przeciwbólowe (7,5%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajduje się amfetamina 8,3%, a na czwartym substancje wziewne (7,2%). Wśród gimnazjalistów co najmniej czteroprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze alkohol razem z tabletkami (5,5%), amfetamina (4,7%), LSD lub inne halucynogeny (4,0%) oraz kokaina (4,0%).

Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu co najmniej 4% badanych jest szersza i obejmuje także metamfetaminę (4,2%). W przypadku większości substancji wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie. Tylko do doświadczeń z substancjami wziewnymi częściej przyznaje się młodzież ze szkół gimnazjalnych[5].

Tabela 18. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu.

poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	30,5	25,0
	Substancje wziewne	11,0	11,2
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	17,0
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	7,5	7,4
	Amfetamina	4,7	5,3
	Metamfetamina	3,4	3,6
	LSD lub inne halucynogeny	4,0	5,5
	Kokaina	4,0	4,4
	Alkohol razem z tabletkami	5,5	5,7

[5] *Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.*

II klasy szkół ponadgimna -zjalnych	Marihuana lub haszysz	53,6	43,0
	Substancje wziewne	7,2	7,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	15,0	17,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	6,4	6,7
	Amfetamina	8,3	7,1
	Metamfetamina	4,2	3,9
	LSD lub inne halucynogeny	4,9	5,2
	Kokaina	3,4	4,3
	Alkohol razem z tabletkami	6,6	7,3

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

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

Związek między używaniem substancji, a płcią występuje na niższym poziomie nauczania. Młodsi chłopcy częściej deklarują próby używania wszystkich substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi i lekami przeciwbólowymi w celu odurzania się. Eksperymentowanie z tymi substancjami znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt. W starszej kohorcie dziewczęta również częściej eksperymentują z lekami uspokajającymi i nasennymi i lekami przeciwbólowymi w celu odurzania się w porównaniu do chłopców. Jednak rozpowszechnienie podejmowania prób z innymi substancjami pozostaje na podobnym poziomie wśród chłopców i wśród dziewcząt.

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

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

Dane zawarte w poniższej tabeli 19 pokazują, że pierwszą z tych substancji używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 24,9% uczniów z młodszej grupy i 39,0% - ze starszej. Substancje

wziewne aktualnie używało 4,6% gimnazjalistów i 2,2% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś ecstasy 1,8% uczniów z pierwszej grupy i 3,1% - z drugiej.

Tabela 19. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy.

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

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

W przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, używanie tych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy jest bardziej rozpowszechnione w województwie dolnośląskim niż na terenie całego kraju. Szczególnie dużą różnicę można zaobserwować wśród starszej młodzieży - wyższy odsetek użytkowników amfetaminy (5,4%) i met amfetaminy (3,3%) wśród uczniów ze starszej kohorty, niż w przypadku ich rówieśników z kraju. Używanie substancji wziewnych pozostaje na zbliżonym poziomie na obu analizowanych obszarach.

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni na pewno używali jej, co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu można uznać, że 12,9% uczniów klas trzecich gimnazjów i 19,9% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używa marihuany lub haszyszu, co najmniej raz w miesiącu (tabela20). Podobnie jak w przypadku używania w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz kiedykolwiek w życiu, w województwie dolnośląskim odnotowujemy większy odsetek młodzieży używającej przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju.

Tabela 20. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni.

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

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Należy zauważyć zróżnicowane odsetki często używających konopi według płci - wśród chłopców w klasach trzecich gimnazjów oscylują wokół wysokiego poziomu 16% (dziewczęta 9,9%), a w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych przekraczają poziom 25% (dziewczęta 13,7%).

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

Badana młodzież częściej, za całkiem prawdopodobne lub pewne uważała konsekwencje pozytywne. Wśród nich na pierwszym miejscu lokuje się „Zwiększenie intensywności radości" (młodsza kohorta – 43,9%, starsza kohorta – 47,9%), na drugim – zwiększenie otwartości (młodsza kohorta – 38,5%, starsza kohorta- 38,1%) a na trzecim zwiększenie intensywności doświadczeń (młodsza kohorta – 33,6%, starsza kohorta – 36,8%). Najczęściej oczekiwaną konsekwencją negatywną były trudności z koncentracją (młodsza kohorta – 26,6%, starsza kohorta – 21,8%), a następnie – utrata wątku myślenia (młodsza kohorta – 23,1%, starsza kohorta – 21,4%) oraz trudności w prowadzeniu rozmowy (młodsza kohorta – 19,1%, starsza kohorta – 16,0%).

Znaczne rozpowszechnienie (tempo i zwiększony popyt) używania przetworów konopi w Województwie Dolnośląskim przekracza poziom ogólnopolski. Opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych wydaje się być naglącą potrzebą. Programy te powinny unikać demonizowania marihuany i haszyszu, ale rzeczowo, w dobrze udokumentowany sposób prezentować ryzyko różnych szkód zdrowotnych związanych z używaniem przetworów konopi. Pamiętając o tym, by przekaz profilaktyczny, szczególnie o charakterze edukacyjnym, przystawał do doświadczeń, postaw i przekonań młodych ludzi, trzeba zadbać o jego moc perswazyjną[6].

[6] *Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.*

4. Problem środków zastępczych tzw. „dopalaczy".

Pojęcie i definicja środka zastępczego wprowadziła ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii określając go jako substancje, która nie będąc środkiem odurzającym lub substancją psychotropową z uwagi na niezamieszczenie jej w odpowiednich załącznikach do ustawy, mogła być używana zamiast, lub w takich samych celach jak one z uwagi na podobne właściwości. Ustawa ta w pierwotnym brzmieniu nie zawierała jednak zapisów, które uniemożliwiały używanie środków zastępczych zamiast narkotyków, bowiem nie zakazywała ich wytwarzania i obrotu nimi. Doprowadziło to do sytuacji, ze środki zastępcze, jako tzw. „dopalacze" stały się przedmiotem handlu jako „legalne" narkotyki[7].

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

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

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy" skłoniła do wprowadzenia do ankiety kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami. 7,6% badanych z pierwszej grupy i 9,2% badanych z drugiej grupy było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami". Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy" są jeszcze niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 6,2%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 6,4%)[8]. Dane o źródłach zakupów dopalaczy zestawiono w tabeli 21.

Tabela 21. Źródła zakupów dopalaczy.

poziom klasy		Dolnośląskie	Polska
III klasy gimnazjum	W sklepie z dopalaczami	3,1	4,7
	Przez internet	1,6	3,1
	W inny sposób	4,8	6,2

[7] Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 - 2014

[8] Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

II klasy szkół ponadgimnazjalnych	W sklepie z dopalaczami	3,3	3,3
	Przez internet	1,7	2,1
	W inny sposób	4,6	5,4

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Dopalacze najczęściej kupowane były w inny sposób niż w sklepie lub przez Internet (4,8% uczniów młodszych i 4,6% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych). Za pośrednictwem internetu takich zakupów dokonywało tylko 1,6% badanych w pierwszej i 1,7% badanych w drugiej grupie. Wyniki pokazują, że nie ma istotnych różnic w popularności poszczególnych miejsc zaopatrzenia w dopalacze między Województwem Dolnośląskim a całym krajem.

Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 8,4% gimnazjalistów i 10,9% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (tabela 22). Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 5,2%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 4,6%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 3,0% badanych z pierwszej grupy i 2,7% z drugiej grupy. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy" w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami na jesieni 2010 r. Należy jednak zauważyć, że odsetki aktualnych i regularnych użytkowników dopalaczy są zbliżone w obu grupach wiekowych. Używanie dopalaczy pozostawało na podobnym poziomie w Województwie Dolnośląskim i w kraju ogółem.

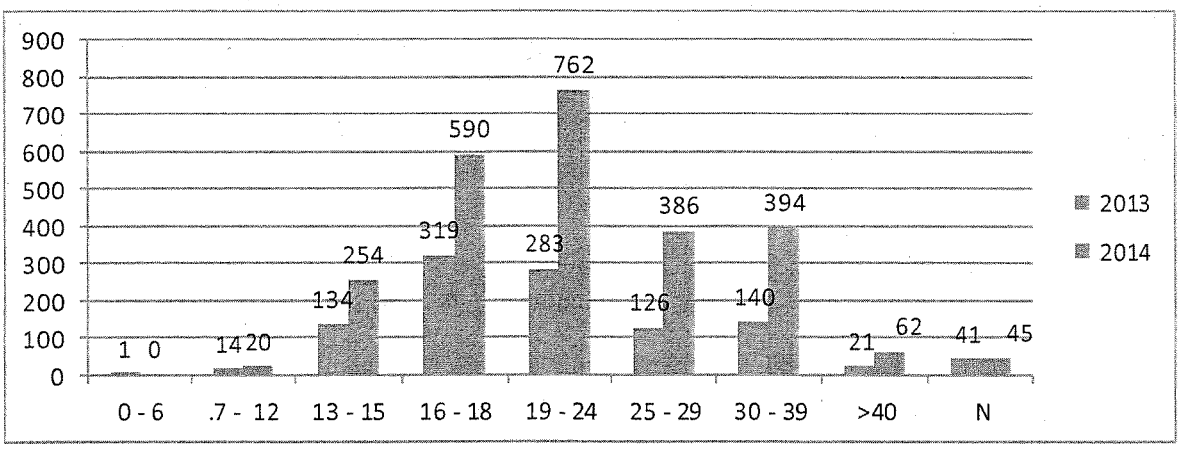
Tabela 22. Używanie dopalaczy.

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

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Poddając analizie „Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – razem przeciw dopalaczom 2013 – 2014", istotne zdaje się być zwrócenie uwagi na dynamikę i skalę zatruć nowymi środkami psychoaktywnymi (NSP) wśród różnych kategorii wiekowych (wykres 30).

Wykres 30. Liczba zatruć i podejrzeń zatruć NSP w podziale na grupy wiekowe w Polsce.

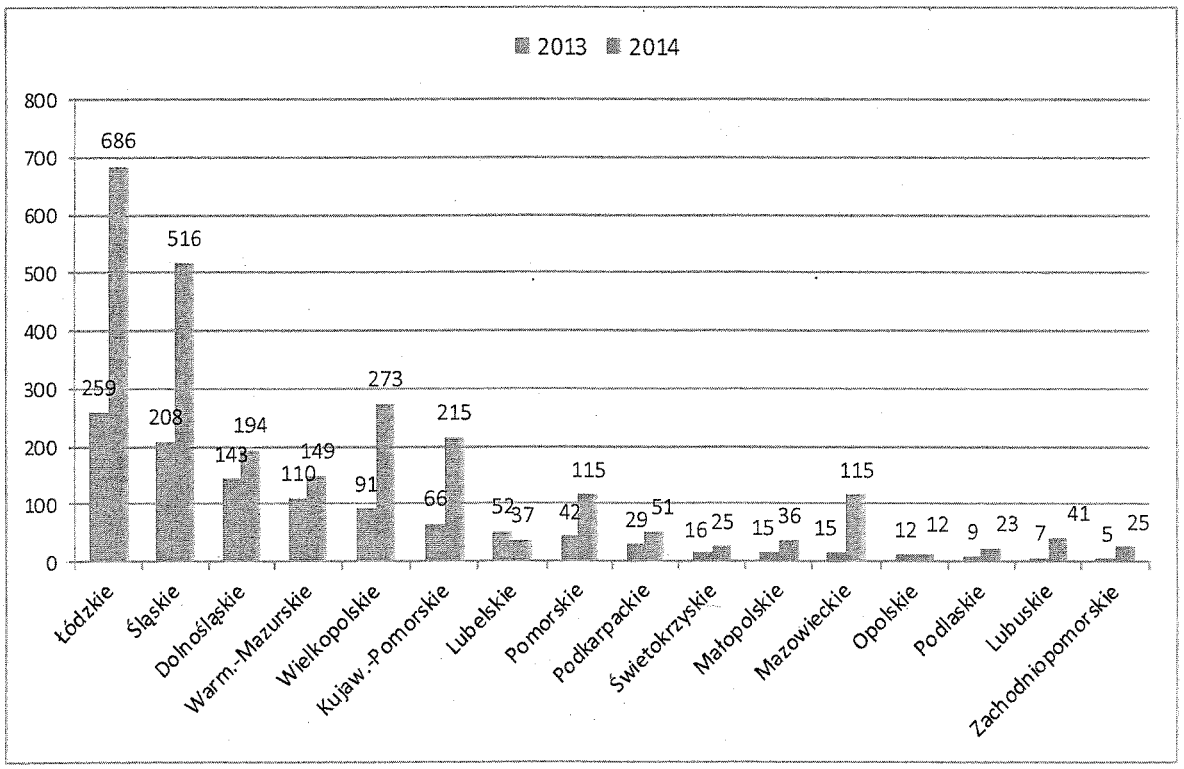


Źródło: Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 - 2014.

Najwyższy odsetek zatruć NSP w 2014 roku dotyczy osób w przedziale wiekowym 19 – 24 lata 30% (wzrost ponad dwuipółkrotny w porównaniu do 2013 roku), następnie wśród 16 – 18 latków 23,5%. W przedziale wiekowym 30 – 39 lat 15,7%, wśród 25 – 29 latków 15,4% i 10,1% w przedziale wiekowym 13 – 15 lat.

Wykres 31 Przedstawia ilość zatruć dopalaczami, wymagających interwencji medycznych, w latach 2013 – 2014 z podziałem na województwa. W porównaniu do 2013 roku, w 2014 w województwie dolnośląskim odnotowano 26,3 % wzrost zatruć NSP.

Wykres 31. Liczba zatruć i podejrzeń zatruć NSP w podziale na województwa.

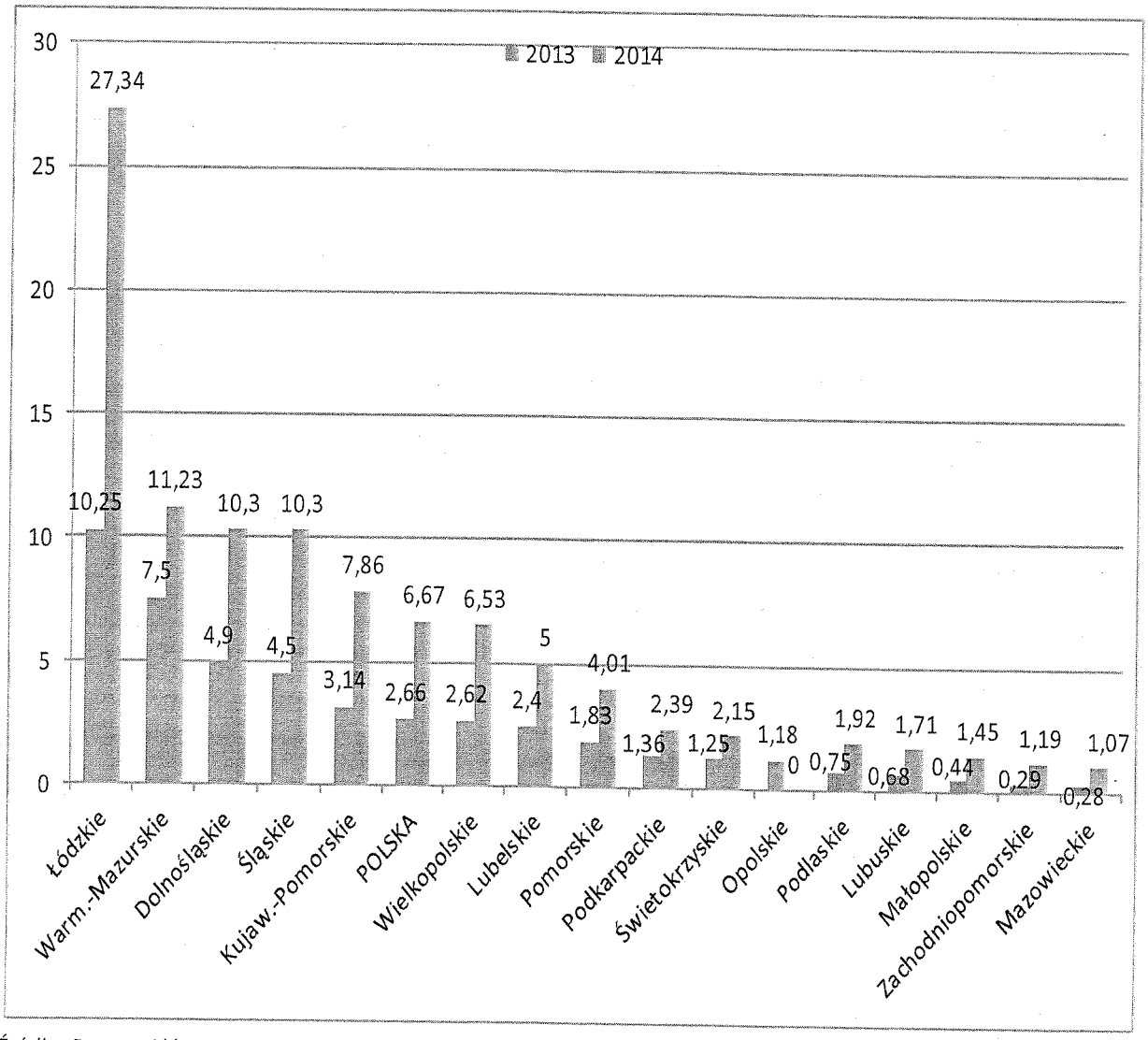


Źródło: Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 - 2014.

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

32, w 2014 r. wynosił 6,67/100 tys. mieszkańców i byt 2,45 razy większy w porównaniu do roku 2013 (wskaźnik = 2,66).

Wykres 32. Wskaźnik zatruć NSP na 100 tyś mieszkańców.



Źródło: Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 - 2014.

Wskaźnik dla województwa dolnośląskiego w 2014 roku wyniósł 10,3 i przewyższa wskaźnik krajowy półtorakrotnie.

Wzrost liczby zgłoszonych przypadków może być spowodowany faktem zwiększenia zażywania tych substancji w związku ze zwiększającą się każdego roku obecnością na rynku nowych, zidentyfikowanych i jeszcze niezidentyfikowanych środków psychoaktywnych. Jest wysoce prawdopodobne, ze substancje te wykazują znacznie silniejsze działanie na organizm (działanie psychotyczne i somatyczne), co może być również przyczyny zwiększania się liczby interwencji medycznych, a także większej liczby zgonów „w miejscu zdarzenia" mogących mieć związek z użyciem środka zastępczego[9].

[9] Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych 2013 – 2014.

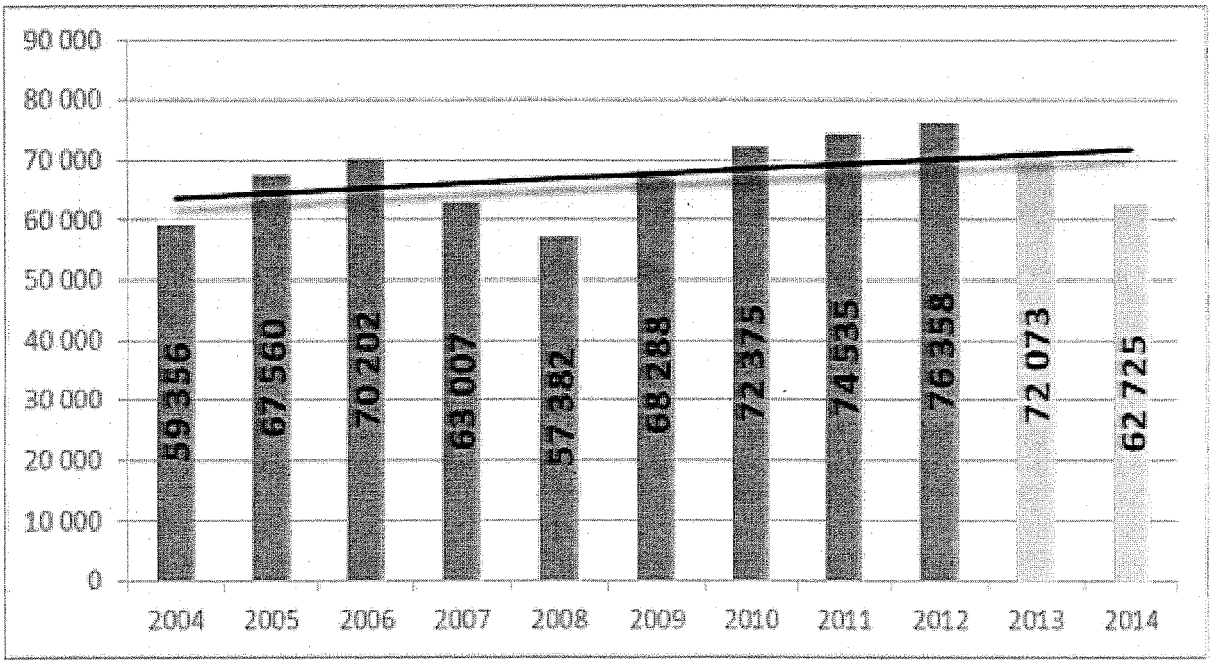
5. Przestępczość narkotykowa.

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

W 2013 roku Policja stwierdziła 72 073 przestępstw, co oznacza spadek w stosunku do roku poprzedniego. Najwięcej przestępstw wykryto w województwie wielkopolskim (12 211, 17% wszystkich stwierdzonych). Na drugim miejscu było województwo mazowieckie (10 134, 14%), a na trzecim - śląskie (10 115, 14%). W województwie dolnośląskim odnotowano 6 328 przestępstw, co stanowi 8,8% wszystkich przestępstw.

W 2014 roku Policja stwierdziła 62 725 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku (wykres 33). W porównaniu do poprzedniego roku nastąpił spadek stwierdzonych przestępstw narkotykowych o 13%.

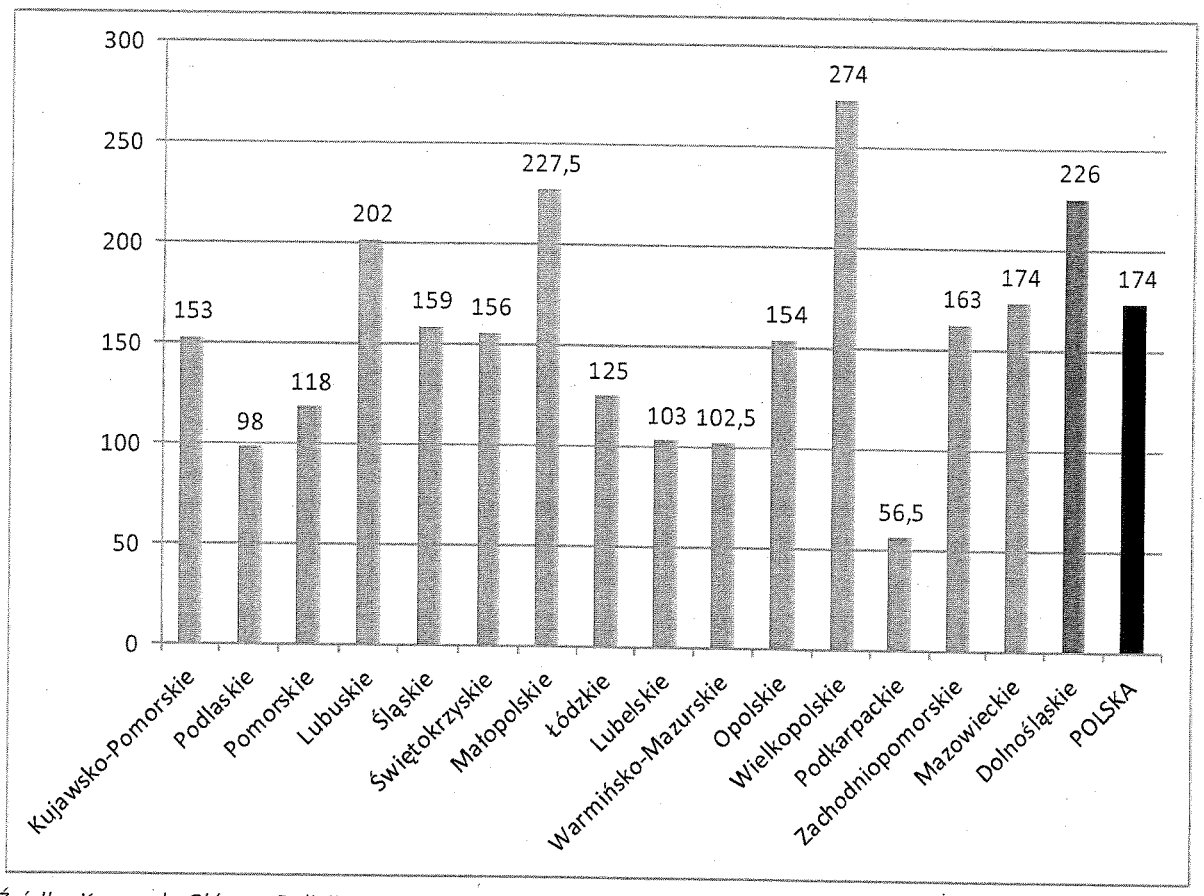
Wykres 33. Liczba stwierdzonych przestępstw narkotykowych w latach 2004–2014.



Źródło: Raport o stanie bezpieczeństwa w Polsce, MSW 2015.

Biorąc pod uwagę wskaźnik na 100 tyś. osób, województwo dolnośląskie w 2014 roku było na 3 miejscu (226), zaraz za województwem małopolskim (227,5) i wielkopolskim (274). Najmniejszy odsetek przestępstw odnotowano w województwie podkarpackim (56,5). Analizując dane dotyczące przestępstw w województwie dolnośląskim należy odnotować, że najwięcej przestępstw stwierdzono z art. 62 (posiadanie) 64,2%, następnie z art. 58 (udzielanie) - 17,1%. W skali całego kraju najwięcej przestępstw odnotowano z art. 62.

Wykres 34. Wskaźnik liczby przestępstw w 2014 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku - wg województw (wskaźnik na 100 tys.).



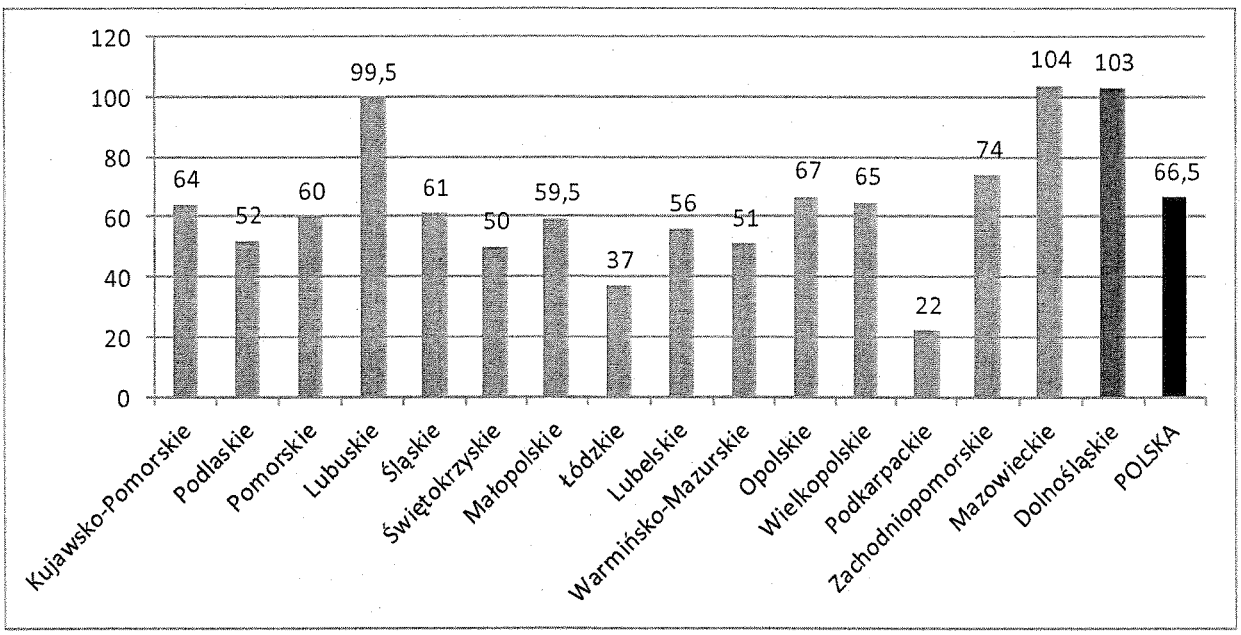
Źródło: Komenda Główna Policji.

Przyjrzymy się liczbie podejrzanych, która jest mniejsza od liczby przestępstw, ponieważ jeden podejrzany mógł popełnić więcej niż jeden czyn karalny. W 2014 roku podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii było 25 647, co oznacza niewielki wzrost w stosunku do roku 2013. Najwięcej osób zarejestrowano w województwie mazowieckim (5 303 osób, 20,7% wszystkich podejrzanych), następnie w województwie dolnośląskim (3 004, 11,7%).

W czołówce pozostało również województwo śląskie z liczbą 2 808 podejrzanych, co stanowi 10% wszystkich podejrzanych. Najmniej przypadków rejestrujemy w województwie podkarpackim (470 osoby, 2%), podlaskim (618), świętokrzyskim (633) oraz opolskim (671).

W liczbach bezwzględnych województwo dolnośląskie jest na drugim miejscu. Taki sam wynik otrzymujemy przeliczając liczby podejrzanych na 100 tysięcy (103). Na czele rankingu uplasowało się województwo mazowieckie (wskaźnik 104) a na trzeciej pozycji - lubuskie (99,5). Najmniejsze wskaźniki odnotowało województwo podkarpackie (22), łódzkie (37) oraz świętokrzyskie (50). Wskaźnik dla Polski wynosi 66,5 osób podejrzanych na 100 tys. W strukturze osób podejrzanych w województwie dominowały osoby z artykułu 62 (84,9%). Jest to nieco wyższy odsetek niż średnia ogólnopolska (76,9%).

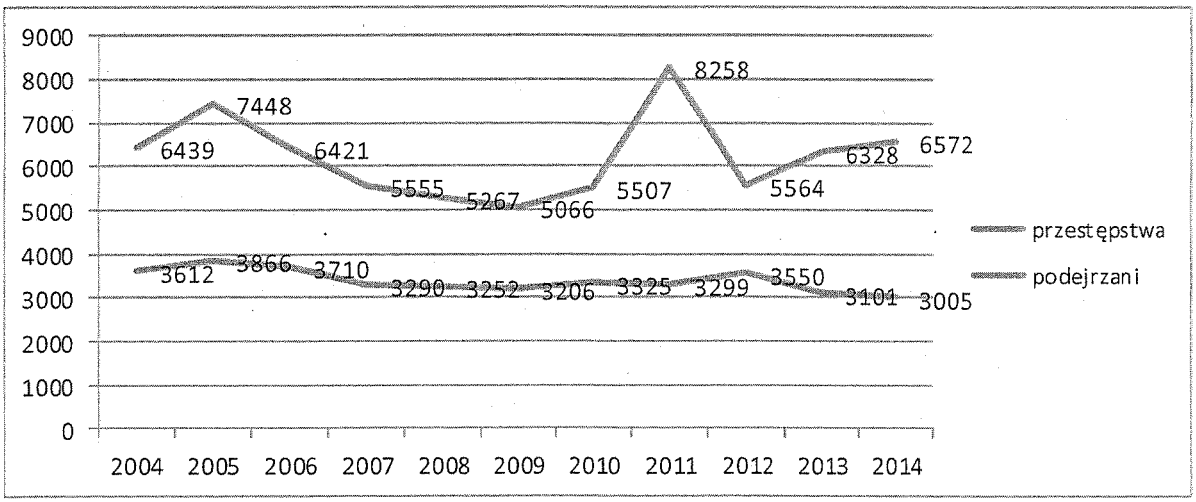
Wykres 35. Wskaźnik podejrzanych w 2014 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku - wg województw (wskaźnik na 100 tys.) (dla Polski: 66,5).



Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2014, GUS 2015.

Analizując dynamikę przestępczości narkotykowej (wykres 36) rejestrujemy znaczący wzrost stwierdzonych przestępstw w roku 2011. Od 2012 roku poziom przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stopniowo wzrasta. Odnotowujemy tendencję spadkową osób podejrzanych od 2012 roku.

Wykres 36. Liczba przestępstw i podejrzanych w województwie dolnośląskim latach 2004-2014 z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku.

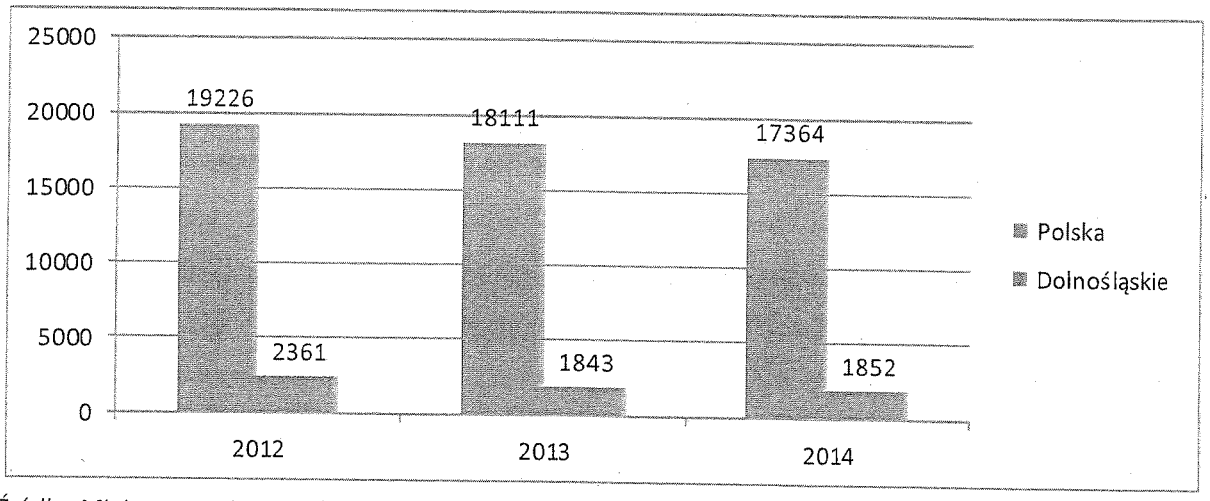


Źródło: Komenda Główna Policji.

Sprawy karne za naruszenie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są rozpatrywane przez sądy rejonowe właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Dane z Ministerstwa Sprawiedliwości o prawomocnych wyrokach skazujących w Polsce i województwie dolnośląskim zaprezentowano na wykresie 37. Znaczący spadek skazanych prawomocnie z ustawy odnotowano w województwie w 2013r. (w porównaniu do poprzedniego roku spadek wyniósł 21,9%). Na karę

pozbawienia wolności skazano 11 155 osób w 2014 roku, z tego prawie 81,5% otrzymało karę w zawieszeniu.

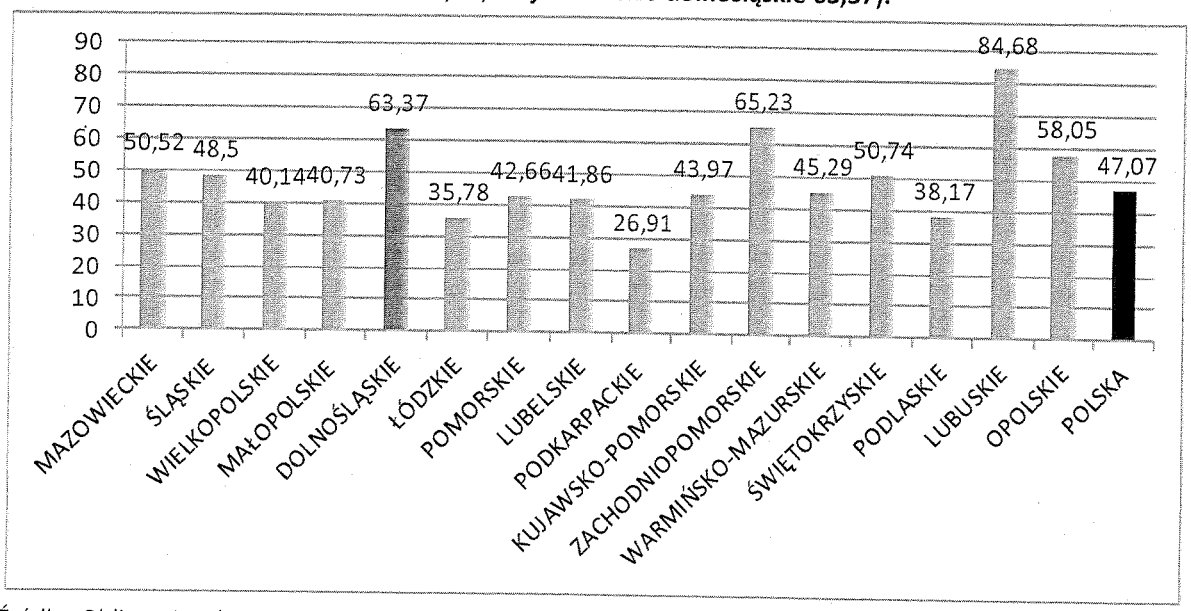
Wykres 37. Skazani prawomocnie w latach 2012-2014 z ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku oraz przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku.



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

W celu porównania sytuacji pomiędzy województwami (wykres 38), dane z 2014 roku zostały przeliczone według wskaźnika na 100 tysięcy. Największy wskaźnik został zanotowany w województwie lubuskim (84,68). Kolejno ze wskaźnikiem (65,23) województwo zachodniopomorskie, dolnośląskie, (63,37) oraz opolskie (58,05). Najniższe wskaźniki zarejestrowano w województwie podkarpackim (26,91), łódzkim (35,78), podlaskim (38,17). W przypadku obydwu wskaźników województwo dolnośląskie pozostaje w czołówce.

Wykres 38. Wskaźnik skazanych prawomocnie w 2014 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wg województw (średnia dla Polski 47,07; województwo dolnośląskie 63,37).

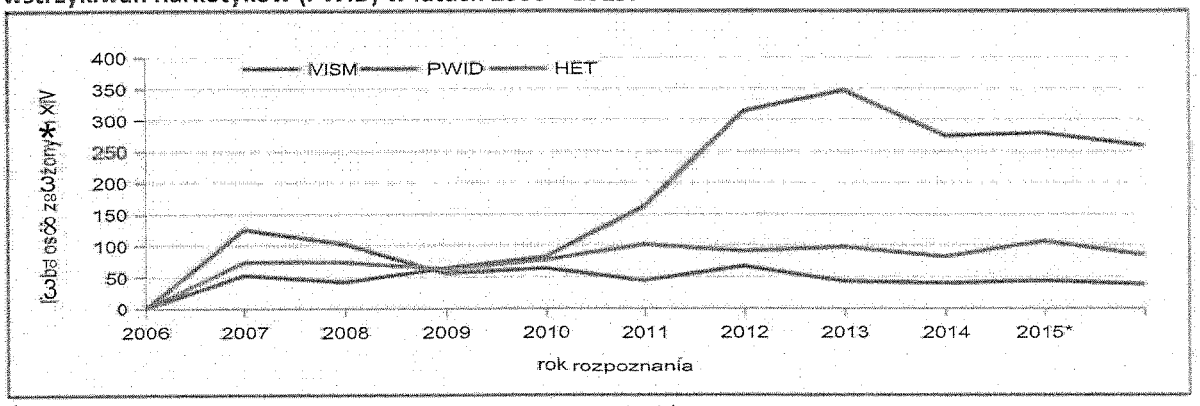


Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2014 r., GUS 2015.

6. Choroby zakaźne związane z narkotykami.

W Polsce epidemię HIV, zgodnie z wytycznymi WHO[10], nadal uważa się za epidemię skoncentrowaną w dwóch grupach kluczowych: osób wstrzykujących narkotyki (PWID - people who inject drugs) i mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), to jednak podział ten powinien być traktowany z rozwagą, ponieważ w ostatnich latach nastąpił wyraźny spadek liczby osób zakażonych w wyniku wstrzykiwania narkotyków, a nastąpił wzrost liczby osób zakażonych na drodze kontaktów seksualnych, w tym również w wyniku kontaktów heteroseksualnych. W latach 2006-2007 rejestrowano średnio około 115 osób wstrzykujących narkotyki zakażonych HIV, natomiast w latach 2013 – 2015 średnia liczba osób rejestrowanych zakażonych HIV tą drogą nie przekracza 50 nowych zakażeń.

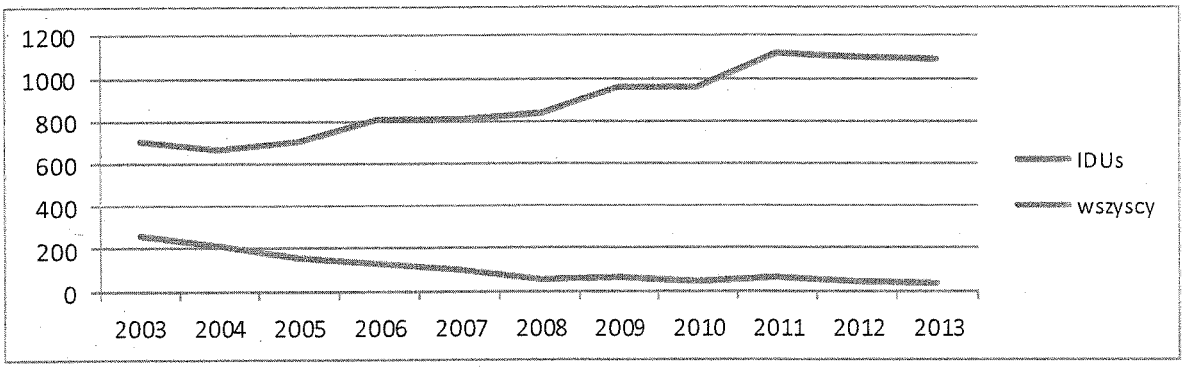
Wykres 39. Liczba osób zakażonych HIV na drodze kontaktów seksualnych (MSM i HET) oraz na drodze wstrzykiwań narkotyków (PWID) w latach 2006 – 2015.



Źródło: Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016.

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

Wykres 40. Liczba nowych zakażeń HIV, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2003-2013 - dane ogólnopolskie.

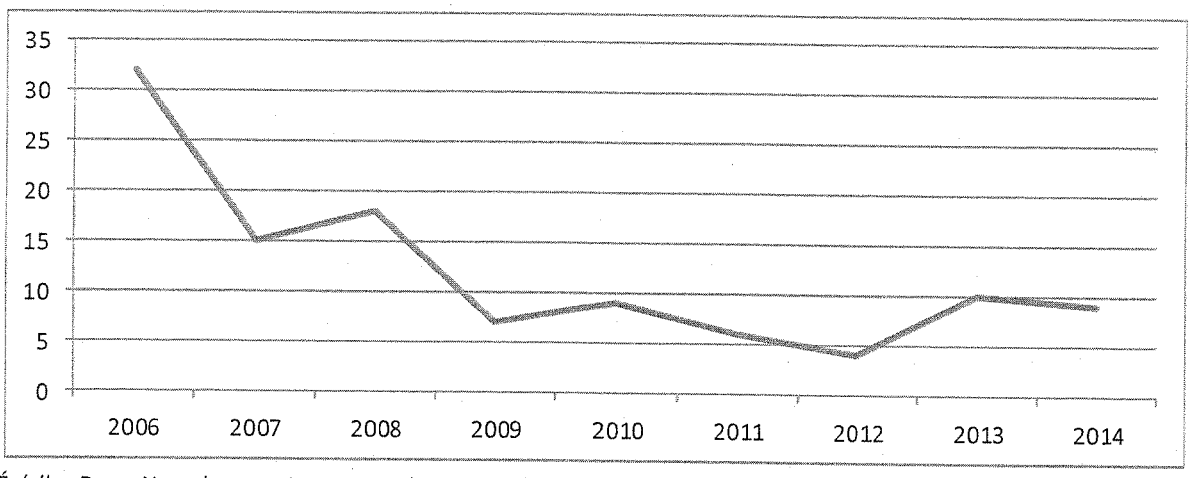


Źródło: Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues. Warsaw, National Bureau for Drug Prevention.(2014).

[10] Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016.

Analizując ten wskaźnik dla województwa dolnośląskiego, również odnotowujemy tendencję spadkową w latach 2006-2009, a od roku 2010 utrzymuje się na podobnym poziomie (wykres 41).

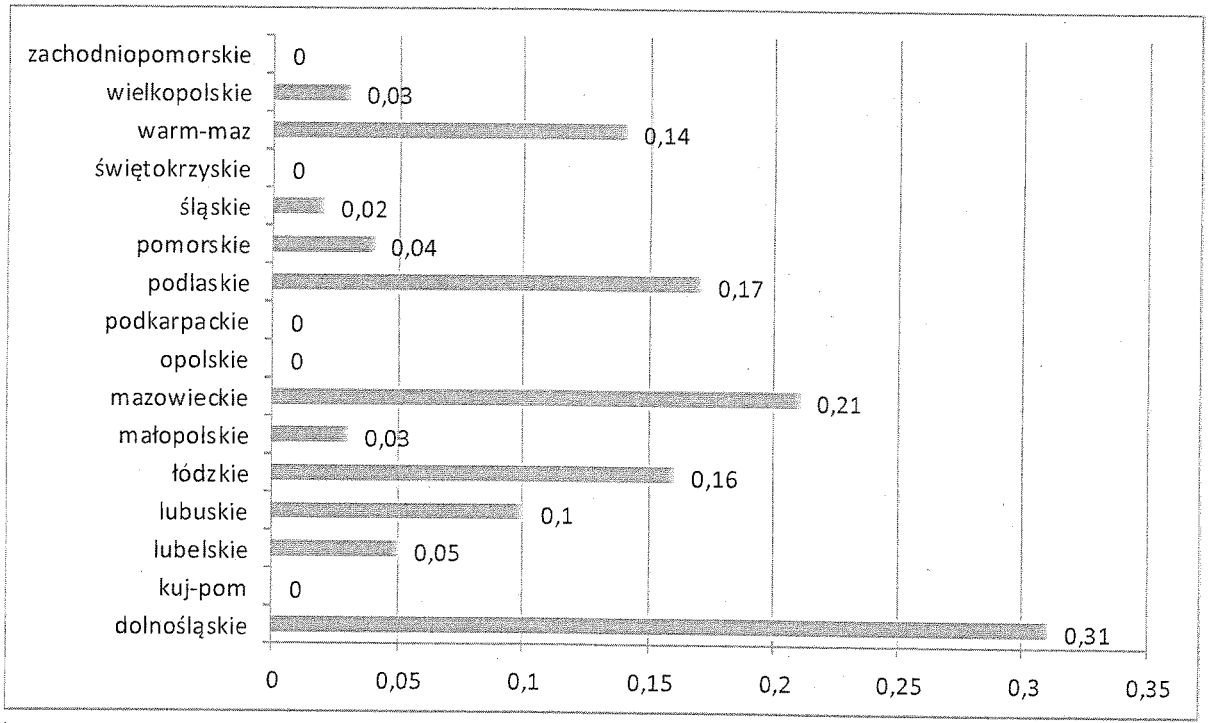
Wykres 41. Liczba nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2006-2014 w województwie dolnośląskim.



Źródło: Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Porównując dane z roku 2014 dla województwa dolnośląskiego z innymi województwami, zauważyć można najwyższy w kolejności wskaźnik nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników na 100 tys. mieszkańców (0,31) na dolnym śląsku.

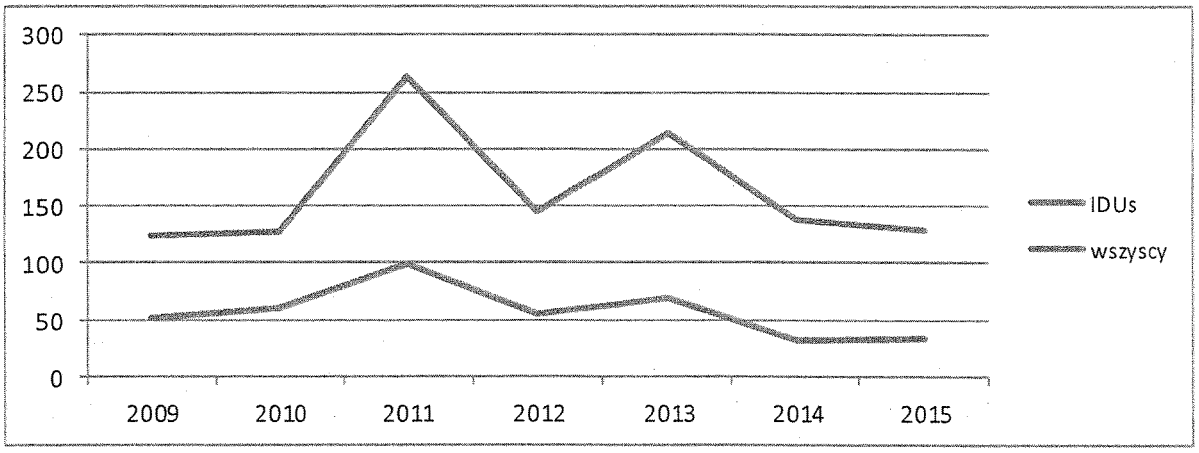
Wykres 42. Liczba nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2014 roku (wskaźniki na 100 tys. wg miejsca zamieszkania).



Źródło: Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues. Warsaw, National Bureau for Drug Prevention.(2015).

Dane ogólnopolskie dotyczące nowych zachorowań na AIDS świadczą o fluktuacji trendu na przestrzeni lat 2009-2013. Od roku 2014 dane prezentują trend spadkowy zarówno w grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków, jak również odnośnie wszystkich przypadków zachorowań (wykres 43).

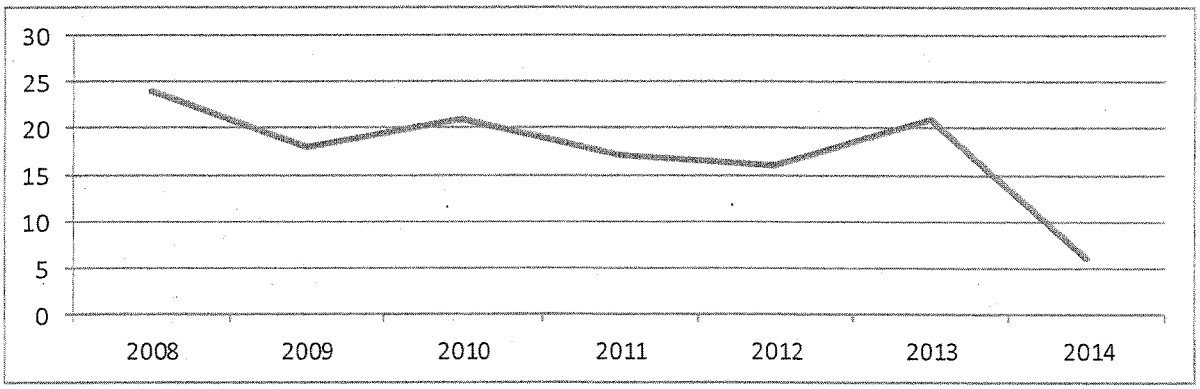
Wykres 43. Liczba nowych zachorowań na AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2009-2015 - dane ogólnopolskie.



Źródło: Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego używających narkotyków drogą iniekcji utrzymuje się na podobnym poziomie w latach 2008 - 2013. W roku 2014 w województwie dolnośląskim odnotowano spadek - (6) nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

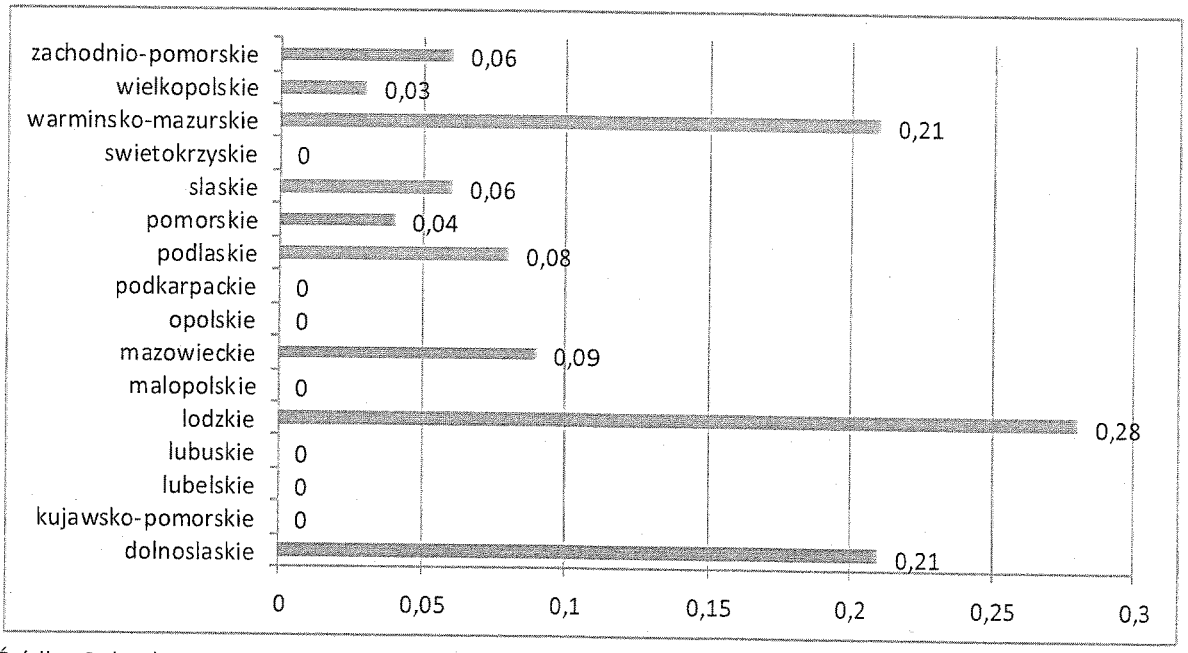
Wykres 44. Liczba nowych zachorowań na AIDS w województwie dolnośląskim wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2008 - 2014.



Źródło: Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues. Warsaw, National Bureau for Drug Prevention.(2015).

Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców dla województwa dolnośląskiego dotyczący nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków osiągnął w 2014 roku wartość 0,21, lokując Dolny Śląsk w czołówce (wykres 45).

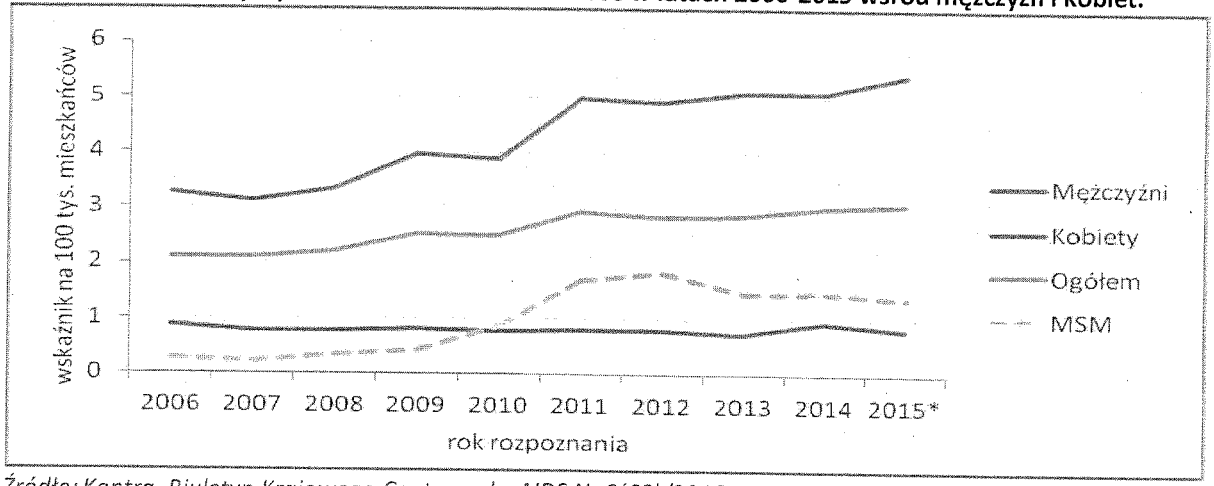
Wykres 45. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2014 (wskaźniki na 100 tyś. mieszkańców wg miejsca zamieszkania).



Źródło: Poland: New Development, Trends and in-depth information on selected issues. Warsaw, National Bureau for Drug Prevention.(2015).

Od roku 2010 można zaobserwować stały wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV. Wzrost ten dotyczy wyłącznie mężczyzn, liczba nowo wykrywanych zakażeń wśród kobiet utrzymuje się na tym samym poziomie (wykres 46).

Wykres 46. Nowo wykrywane zakażenia HIV w Polsce w latach 2006-2015 wśród mężczyzn i kobiet.



Źródło: Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016.

Na przestrzeni ostatnich lat, nastąpił wyraźny wzrost liczby mężczyzn zakażonych poprzez kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), zwłaszcza między rokiem 2009-2011, gdzie zanotowano wzrost liczby osób zakażonych o 283%. W latach 2005 - 2009 średnia liczba osób zakażonych w tej grupie wynosiła 60 osób/rok, podczas gdy w kolejnych latach notowano już średnio około 273 nowych przypadków zakażenia HIV w grupie MSM w ciągu roku. Najwięcej zakażonych mężczyzn zdiagnozowano

w roku 2012 – 348 nowych osób zakażonych HIV, co stanowi 70,6% wszystkich zarejestrowanych zakażeń HIV ze znaną drogą zakażenia, rozpoznanych w tym roku. W roku 2015 zakażenia wśród MSM stanowiły 67,3% wszystkich zakażeń ze znaną drogą transmisji wirusa. Zakażenia w wyniku ryzykownych kontaktów heteroseksualnych stanowią ¼ wszystkich zakażeń ze znaną drogą zakażenia wirusem. Średnia liczba zakażeń w tej grupie osób wzrosła też w ostatnich latach tj. 2010 - 2015 i utrzymuje się na poziomie 94 przypadków/rok[11].

Należy tu zaznaczyć, że liczba wykrywanych zakażeń zależy nie tylko od liczby nowych zakażeń (szerzenia się epidemii), lecz także od efektywności testowania w kierunku HIV. W 2014 r. wykonano ogółem co najmniej 1,603,348 testów przesiewowych w kierunku zakażenia HIV obywateli polskich, tj. 42 testów na 1000 mieszkańców w kierunku zakażenia HIV obywateli polskich, a po wykluczeniu testów wykonywanych rutynowo u kandydatów na dawców krwi, około 9 testów na 1000. Liczba wykonanych testów przesiewowych w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV była wyższa o 2% niż w roku 2013 (12% wyższa niż w roku 2012), ale wciąż pozostała na niskim poziomie w porównaniu z innymi krajami europejskimi[12]. Ogółem częstość wykrywania HIV u obywateli polskich wyniosła 0,8 na 1000 badań. Liczba ta jest głównie wynikiem badań kandydatów na dawców krwi. Wykluczając tę grupę częstość wykrywania zakażeń HIV wyniosła 4,2 na 1000 badań. Najwyższą częstość odnotowano wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM - men who have sex with men) - 7,9%, więźniów - 3,7% oraz osób wstrzykujących narkotyki (PWID - people who inject drugs) - 3,0%. W porównaniu do 2013 r. wartość tego wskaźnika znacznie wzrosła w przypadku MSM (z 5,8%) oraz w przypadku więźniów (z 0,6%), natomiast w przypadku osób wstrzykujących narkotyki, wskaźnik ten pozostał na tym samym poziomie. Ogółem w 2014 r. rozpoznano zakażenie HIV u 1 157 osób (3,01 na 100 000) tj. o 49 przypadków więcej niż w roku 2013 oraz o ponad 20% więcej niż wyniosła mediana za lata 2008-2012[13].

[11] Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS Nr 2(68)/2016.
[12] Przegląd Epidemiologiczny 2016;70(2)
[13] Ibidiem.

VI. Uzależnienia behawioralne.

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

Tego typu zachowania, mimo że dotyczą czynności regularnych (przystosowawczych), stają się kompulsyjne, co oznacza, że bardzo trudno jest nad nimi zapanować i prowadzą one do negatywnych konsekwencji dla jednostki i jej otoczenia. Celem tych zachowań, wykonywanych w sposób patologiczny, jest nie tyle uzyskanie przyjemności, co obniżenie negatywnego afektu – złego samopoczucia, obniżonej samooceny, ponurego nastroju. Kategoria zaburzeń niezwiązanych z przyjmowaniem substancji, którą można utożsamić z uzależnieniami behawioralnymi, została formalnie utworzona w klasyfikacji DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) oraz w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w części dotyczącej zachowań kompulsywnych (F63)[14].

Patologiczny Hazard

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

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

Zarówno ESPAD 2015 jak i badania CBOS „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych" z 2015 r., zawierały pytania dotyczące uczestnictwa w grach o charakterze hazardowym.

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

Dane z tabeli 23 (ESPAD 2015) sugerują, że ok. 22% młodzieży ma za sobą doświadczenia w gry na pieniądze. Wśród gimnazjalistów takie doświadczenia zebrało 18,7% badanych, zaś w starszej kohorcie - 25,1% badanych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 6,9% gimnazjalistów i 8,6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Tabela 23. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać - województwo dolnośląskie.

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

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

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

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

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

W ramach badań CBOS „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych, a używaniem substancji psychoaktywnych" z 2015 r., pytano respondentów, w jakie gry oraz jak często grali w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (tabela 24). W porównaniu do 2012 roku, w 2014 warto zwrócić uwagę na ponad 6% wzrost zaangażowania respondentów w gry liczbowe Totalizatora Sportowego, prawie 10% wzrost w zdrapki i ponad 5% w Loterie/konkursy SMS-owe.

Tabela 24. Rozkład gier i zaangażowanie w populacji generalnej w latach 2012 i 2014.

	2012 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy grał(a) Pan(i) w jakieś gry na pieniądze? Proszę wskazać wszystkie gry, w które Pan(i	2014 Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczyłe(a)ś w grach losowych lub loteriach, gdzie można wygrać pieniądze?		
		grał w ciągu ostatnich 12 miesięcy	ani razu nie grał w ciągu ostatnich 12 miesięcy	trudno powiedzieć, odmowa odpowiedzi
Gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	20,5%	26,8%	73,1%	0,1%
Zdrapki	3,7%	13,3%	86,5%	0,2%
Loterie/konkursy SMS-owe	2,1%	7,4%	92,5%	0,1%
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	1,0%	4,5%	94,8%	0,7%
Zakłady bukmacherskie poza Internetem	0,8%	2,4%	97,4%	0,2%
Karty prywatnie (poza kasynem i poza Internetem)	0,7%	2,8%	96,8%	0,3%
Gry i zakłady (bez względu na rodzaj) w Internecie	0,6%	1,1%	98,8%	0,2%
Gry w kasynie (poza Internetem) - ruletka, karty i inne	0,4%	0,8%	98,9%	0,4%
Wyścigi konne lub innych zwierząt - na torze	0,1%	0,5%	99,4%	0,1%
Inne	0%	0,8%	98,8%	0,4%
Nie gram i nie grałe(a)m w ciągu ostatnich 12 miesięcy w żadne gry na pieniądze	70,65%	65,8%		

Źródło: CBOS „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych", Warszawa 2015.

Według danych z 2014 roku (tabela 25), w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, co trzeci Polak w wieku 15+ grał w jakieś gry na pieniądze (34,2%). W porównaniu z wynikami uzyskanymi w 2012 roku, struktura popularności poszczególnych gier nie uległa zmianie – Polacy najczęściej grają w gry liczbowe Totalizatora Sportowego (26,8%), a w dalszej kolejności w zdrapki(13,3%), loterie/konkursy SMS-owe (7,4%) oraz na automatach (4,5%).

Szczegółowe dane o częstości grania pokazują, że najwięcej tak zwanych *heavy userów*, czyli osób, które grają codziennie lub kilka razy w tygodniu, jest wśród grających w gry Totalizatora Sportowego (3,8%), grających na automatach (1,4%) oraz w zdrapki (1,0%) – to są dane ilustrujące zasięg zjawiska *heavy users* w skali całego społeczeństwa (tabela 12). W sumie 7,1% Polaków w wieku 15+, to osoby grające w jakąkolwiek grę na pieniądze codziennie lub kilka razy w tygodniu (co najmniej dwa razy).

Tabela 25. Rozkład częstotliwości zaangażowania w gry hazardowe.

2014 Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczyłe(a)ś w grach losowych lub, gdzie można wygrać pieniądze?							
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz/2-3 razy w miesiącu	raz/kilka razy w roku	ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	trudno powiedzieć, odmowa odpowiedzi	Ogółem
automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	0,8%	0,6%	0,8%	2,3%	94,8%	0,7%	100,0%
gra w kasynie (poza Internetem) - ruletka, karty i inne)	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	98,9%	0,4%	100,0%
zakłady bukmacherskie poza Internetem	0,4%	0,4%	0,6%	1,0%	97,4%	0,2%	100,0%
karty prywatnie (poza kasynem i poza Internetem)	0,4%	0,4%	0,9%	1,2%	96,8%	0,3%	100,0%
gry i zakłady bez względu na rodzaj w Internecie	0,2%	0,1%	0,3%	0,5%	98,8%	0,2%	100,0%
wyścigi konne lub innych zwierząt - na torze	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	99,4%	0,1%	100,0%
gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	0,5%	3,3%	9,5%	13,4%	73,1%	0,1%	100,0%
uczestnictwo w loterii lub innych grach poprzez wysłanie SMS	0,6%	0,1%	1,4%	5,3%	92,5%	0,1%	100,0%
Zdrapki	0,2%	0,8%	3,8%	8,5%	86,5%	0,2%	100,0%
inna gra	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%	98,8%	0,4%	100,0%

Źródło: CBOS „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych", Warszawa 2015.

Internet i gry video

W kwestionariuszu ESPAD zawarto również pytania dotyczące korzystania z Internetu. Do takiej aktywności w ciągu ostatnich 7 dni przed badaniem przyznało się 96,9% gimnazjalistów i 95,5% uczniów z wyższego poziomu nauczania. Korzystanie z Internetu nie jest istotnie zróżnicowane ze względu na dzień

tygodnia – uczniowie z obu poziomów nauczania podobnie często korzystają z Internetu w dni robocze, jak i w czasie weekendu. W obu grupach dniem stosunkowo największej aktywności jest poniedziałek (86,4% uczniów młodszych i 88,2% uczniów starszych), a najmniejszej – niedziela (odpowiednio 80,8% i 81,7%).

Tabela 26. Czas korzystania z internetu w typowym dniu w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem.

Poziom klasy		Nie korzystał	Pół godziny lub mniej	Ok. 1 godz.	Ok. 2-3 godz.	Ok. 4-5 godz.	6 godz. i więcej
III klasy gimnazjum	typowy dzień roboczy	2,7	6,5	18,6	37,0	18,4	16,8
	typowy dzień weekendowy	3,0	5,3	11,8	25,8	27,1	27,1
II klasy szkół ponad-gimnazjalnych	typowy dzień roboczy	3,2	5,5	19,6	36,4	21,6	13,7
	typowy dzień weekendowy	3,3	6,9	12,9	29,2	23,8	23,8

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

W tabeli 26 przedstawiono czas korzystania z internetu w typowym dniu roboczym i weekendowym w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem. Analiza typowego dnia roboczego młodszej kohorty ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, która korzysta z Internetu 2-3 godzin dziennie (37,0%), nieco mniej osób poświęca na tą aktywność około 1 godziny (18,6%). Natomiast w przypadku typowego dnia weekendowego, najliczniejsza jest frakcja korzystająca około 4-5 godzin lub ponad 6 godzin (27,1%), a na kolejnej pozycji znajduje się grupa osób, która poświęca na aktywność w Internecie około 2-3 godzin dziennie (25,8%). W starszej kohorcie w typowym dniu roboczym również największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z Internetu około 2-3 godzin (36,4%), jednak na drugim miejscu jest grupa osób, która korzysta z Internetu około 4-5 godzin dziennie (21,6%). W trakcie weekendu najliczniejsza jest frakcja korzystająca około 2-3 godzin dziennie (29,2%), na drugiej pozycji znajduje się grupa osób, która poświęca na aktywność w Internecie ok. 4-5 godzin lub ponad 6 godzin dziennie (23,8%). Większa ilość czasu wolnego w weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z internetu.

Porównanie Województwa Dolnośląskiego i kraju ogółem pod względem liczby godzin w czasie typowego dnia w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem, w których uczniowie korzystali z poszczególnych usług w internecie nie ujawnia istotnych różnic między analizowanymi obszarami. Ta prawidłowość dotyczy obu kohort. Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype (tabela 27). W młodszej grupie mniej więcej co trzeci badany twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, również co trzeci badany jest zdania, że jego rodzice uważają, że poświęca na tą aktywność za dużo czasu, a co szósty ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie jest podobnie, jeśli chodzi o przekonanie, że spędza się za dużo czasów w mediach społecznościowych. Natomiast nieco niższy odsetek osób uważa, że ich rodzice są przekonani, że spędzają za dużo czasu w tych mediach (26,0%), a także nieco niższy odsetek ma zły humor, gdy nie ma dostępu do tych mediów (12,5%).

Tabela 27. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype.

Poziom klasy		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
III klasy gimnazjum	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	13,2	19,2	19,5	28,4	19,7
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	6,4	10,5	12,6	30,2	40,3
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	14,9	17,5	16,2	20,9	30,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	15,1	20,1	19,4	28,3	17,2
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	4,1	8,4	14,0	31,4	42,1
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	10,9	15,1	11,8	29,1	33,1

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak: komputer, smartfon, konsola (tabela 28). W młodszej grupie 19,5% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tą aktywność za dużo czasu, 16,7% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,8% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są nieco niższe.

Tabela 28. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich jak: komputer, smartfon, konsola.

Poziom klasy		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
III klasy gimnazjum	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	7,3	9,4	12,2	23,0	48,1
	Zły humor jeśli brak możliwości grania	3,4	6,4	10,8	20,2	59,2
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	9,6	9,9	10,6	17,4	52,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	6,2	7,7	11,4	22,1	52,7
	Zły humor jeśli brak możliwości grania	2,2	3,9	7,9	20,3	65,7
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	6,3	9,4	7,0	17,5	59,8

Źródło: Katarzyna Charzyńska, Janusz Sierosławski, ESPAD 2015.

VII. Planowany program działań - obszary problemowe, zadania

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

Wyznaczone priorytety są również kompatybilne z załącznikiem do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 - 2020 oraz Strategią Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do roku 2020 przyjętą Uchwałą Nr XLVIII/649/2005 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 listopada 2005r. Zbiór celów i zadań zaplanowanych w programie na poziomie ogólnym umożliwia dostosowywanie podejmowanych działań do lokalnych potrzeb.

<table>
<tr><td colspan="2">Cel operacyjny:
Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem alkoholu, substancji psychoaktywnych i wiążącymi się z nimi zachowaniami ryzykownymi.</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. Profilaktyka i edukacja</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cel szczegółowy:
Określanie kierunków zmierzających do wspierania i rozwoju programów profilaktycznych oraz podnoszenie wiedzy ogółu społeczeństwa w zakresie problematyki uzależnień i profilaktyki HIV/AIDS.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">1. Profilaktyka uniwersalna</td><td>1. Prowadzenie działań edukacyjnych w tym kampanii społecznych do różnych grup docelowych (dzieci, młodzież, osoby dorosłe) na temat szkód społecznych i zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu i używania środków psychoaktywnych oraz HIV, AIDS, HBV, HCV.</td></tr>
<tr><td>2. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków psychoaktywnych i alkoholu oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie.</td></tr>
<tr><td>3.Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym.</td></tr>
<tr><td>4. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, dorosłych, w tym programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych, problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego (programy profilaktyki uniwersalnej).</td></tr>
<tr><td>5. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi</td></tr>
</table>

	i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.
2. Profilaktyka selektywna	1. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i narkotykowym.
	2. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktycznych i programów wczesnej interwencji rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i osób pracujących w tym zakresie.
	3. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków psychoaktywnych, alkoholu (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby itp.).
	4. Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem uzależnień.
3.Profilaktyka wskazująca	1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających alkoholu i środków psychoaktywnych w sposób szkodliwy, w tym w szczególności w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Wskaźniki:

1. Liczba wspartych programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej, wskazującej
2. Liczba wspartych lub zorganizowanych kampanii, inicjatyw
3. Liczba uczestników programów
4. Liczba realizatorów programów

2. Działalność szkoleniowa

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

1. Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, używania środków psychoaktywnych oraz profilaktyki HIV i AIDS.
2. Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków psychoaktywnych i alkoholu kierowanych szczególnie do jednostek samorządu terytorialnego i przedstawicieli organizacji pozarządowych.
3.Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz używających środki psychoaktywne (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja).
4. Rozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień.

5. Podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym i używających środków psychoaktywnych w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych.	
Wskaźniki: 1. Liczba przeprowadzonych konferencji, narad, szkoleń 2. Liczba uczestników konferencji, narad, szkoleń 3. Liczba osób kształcących się w procesie certyfikacji	
3. Działania medyczne, redukcja szkód i reintegracja społeczna.	
Cel szczegółowy: Zwiększenie działań terapeutycznych i psychologicznych dla osób uzależnionych oraz zwiększenie aktywności w kierunku włączania społecznego osób uzależnionych.	
1. Działania medyczne i redukcja szkód wynikających z uzależnień	1.Rozwijanie programów terapeutycznych skierowanych do problemowych użytkowników i osób uzależnionych oraz ich rodzin.
	2.Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków.
	3.Wspieranie rozwoju placówek lecznictwa odwykowego, zakup sprzętu, wyposażenia oraz modernizacja istniejących i nowopowstałych placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków i współuzależnionych.
	4.Rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków psychoaktywnych i alkoholu.
	5.Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród używających szkodliwie i uzależnionych od środków psychoaktywnych, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych.
	6. Wspieranie zadań wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia i współuzależnienia.
	7. Wspieranie programów leczenia substytucyjnego.
	8. Wspieranie działalności środowisk abstynenckich.
	9. Reedukacja osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu oraz środków psychoaktywnych.
	10. Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.
2. Wspieranie rozwoju programów reintegracji społecznej	1 Poszerzanie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem w tym dla osadzonych w zakładach karnych i opuszczających te zakłady.
	2. Współdziałanie w zakresie rozwoju systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez współtworzenie ośrodków przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym tzw. Centrów Integracji Społecznej.
	3. Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych po zakończeniu leczenia odwykowego.

Wskaźniki: 1. Liczba zrealizowanych programów 2. Liczba uczestników programów 3. Liczba realizatorów programów 4. Liczba wspartych placówek 5. Liczba wspartych zadań
4. Badania i monitoring.
Cel szczegółowy: Określanie skali zjawiska problemów uzależnień na terenie województwa dolnośląskiego.
1. Zlecanie do realizacji badań ankietowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej przeprowadzane co 4 lata zgodnie z metodologią zalecaną przez Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.
2. Zlecanie do realizacji badań i analiz jakościowych i ilościowych na poziomie lokalnym i wojewódzkim.
3. Realizacja corocznych monitoringów wojewódzkich.
4.Współpraca na poziomie ogólnopolskim i międzynarodowym.
Wskaźniki: 1. Liczba zleconych lub zrealizowanych badań 2. Liczba zebranych raportów i badań

Przewodniczący Sejmiku
Województwa Dolnośląskiego
Paweł Wróblewski