

Załącznik do uchwały II/19/14
Sejmiku Województwa Wielkopolskiego
z dnia 22 grudnia 2014 roku

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
W POZNANIU

DEPARTAMENT ZDROWIA
WYDZIAŁ PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
DLA WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
NA LATA 2015 - 2019**

POZNAŃ
LISTOPAD 2014

SPIS TREŚCI	strona
Wstęp	3
1. Podstawy prawne rozwiązywania problemów związanych z narkotykami i narkomanią	4
2. Charakterystyka zjawiska narkomanii i trendów w Województwie Wielkopolskim	4
3. Założenia merytoryczne programu	13
3.1 Profilaktyka problemów związanych z używaniem narkotyków	14
3.2 Leczenie, rehabilitacja, reintegracja społeczna i ograniczenie szkód zdrowotnych	15
3.3 Badania i monitoring	17
3.4 Partnerzy samorządu województwa w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	18
4. Zasady finansowania programu oraz sposób realizacji jego zadań	18
4.1 Harmonogram	18
4.2 Finansowanie	19
4.3 Monitorowanie	19

Wstęp

Problem używania nielegalnych substancji psychotropowych i konsekwencji z tym faktem związanych dotyczy większości społeczeństw współczesnego świata. Ponieważ używanie narkotyków jest najczęściej zjawiskiem nielegalnym i ukrywanym, stąd jest rzeczą utrudnioną obserwowanie zarówno zmieniających się wzorów ich używania, jak i nowo pojawiających się niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych. Narkomania powoduje stały wzrost problemów społecznych. Stwarza zagrożenia i obniża ogólny poziom zdrowia społeczeństwa.

Możliwości efektywnego radzenia sobie z tym zjawiskiem, jak i wieloma innymi problemami społecznymi należy poszukiwać przede wszystkim na szczeblu lokalnym. Dzieje się tak dlatego, że to lokalnie działające instytucje, osoby czy organizacje pozarządowe są w stanie trafnie określić charakter problemu, jego skalę oraz podjąć adekwatne środki zaradcze.

Cel ogólny Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016¹, jakim jest ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych, realizowany jest w pięciu obszarach, z których jeden stanowią badania i monitoring. Stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie narkotyków dostarczyć winno podstaw do planowania konkretnych działań oraz przesłanek do oceny ich skuteczności.

Istotnym argumentem na rzecz zapobiegania narkomanii na szczeblu lokalnym jest możliwość budowania koalicji instytucji, osób i organizacji współpracujących w przygotowaniu lokalnej strategii i biorących odpowiedzialność za jej realizację.²

Terapia uzależnień pozwala na łagodzenie skutków i obciążeń, jakie ponosi społeczeństwo z powodu narkotyków, ale przede wszystkim jest realną szansą na uzyskanie poprawy zdrowia, na zdrowienie i wyzdrowienie, dla osób uzależnionych. Obecny stan wiedzy uprawnia do stwierdzenia, że choć uzależnienie jest chroniczną, nawracającą chorobą, to poprzez terapię możemy ją kontrolować. Z jednej strony możemy stwierdzić, że leczenie uzależnień jest skuteczne i stale poprawia swą efektywność. Z drugiej warto zauważyć, że zaniechanie oferty terapeutycznej pociąga za sobą skutki takie jak wzrost zjawisk przemocy i przestępczości, osłabienie generalnego stanu zdrowia, osłabienie stanu rodziny i wiele innych negatywnych

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. Nr 78 poz. 428)

² B. Bukowska, Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, KBPN Warszawa 2007

skutków społecznych, a w efekcie wzrost kosztów społecznych, w tym wzrost nakładów na leczenie i pomoc społeczną.

1. Podstawy prawne rozwiązywania problemów związanych z narkotykami i narkomanią

- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa;
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- Ustawa z dnia z dnia 24 kwietnia 2003 o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 - 2016;
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015.

2. Charakterystyka zjawiska narkomanii i trendów w Województwie Wielkopolskim

W celu dokonania oceny zjawiska występowania problemów związanych z narkotykami i narkomanią przeprowadzane są różnego rodzaju badania w populacji generalnej, głównie ankietowe. Wyniki tych badań, głównie dzięki powtarzalności pomiarów, pozwalają na poznanie występujących tendencji w badanych zjawiskach oraz przyczyniają się do kształtowania polityki regionalnej w zakresie zwalczania narkomanii.

Poniżej przedstawione zostaną wyniki badań prowadzonych na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego. Obejmowały one badania ankietowe zarówno młodzieży szkolnej, jak i dorosłych mieszkańców województwa wielkopolskiego. Dodatkowy aspekt badawczy wprowadza ponadto nowatorska metoda szacowania konsumpcji środków odurzających, przeprowadzana na podstawie analizy chromatograficznej wód ściekowych.

Badanie ESPAD 2011

W październiku 2012 roku na terenie województwa wielkopolskiego odbyło się badanie w środowisku młodzieży szkolnej w oparciu o metodologię europejskich badań ankietowych ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), które stanowiło kontynuację ogólnopolskich badań realizowanych w 2011 roku na zlecenie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Audytoryjne badania ankietowe wykonano na reprezentatywnej próbie 1.110 uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz 1.258 uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat). Badaniu poddawano wszystkich obecnych w tym czasie uczniów, niezależnie od roku urodzenia. Wśród gimnazjalistów 47,3% stanowiły dziewczęta, zaś 52,7% – chłopcy, natomiast w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych – odpowiednio 52,8% oraz 47,2%.

Sporządzony raport³ uwzględnił używanie przez młodzież wszelkiego rodzaju substancji psychoaktywnych – legalnych (alkohol, tytoń, leki przeciwbólowe i nasenne, substancje wziewne) oraz nielegalnych (narkotyki, w tym dopalacze). Dla potrzeb niniejszego opracowania przedstawiono zagadnienia dotyczące substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń.

Wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (22,2%) a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (16,2%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz (42,8%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ulokowały się na drugim miejscu (20,8%). Wśród gimnazjalistów na trzecim miejscu znalazły się substancje wziewne (9,8%), a na kolejnych miejscach: LSD lub inne halucynogeny (6,2%), kokaina (6,2%), amfetamina (6,1%) oraz ecstazy (5,8%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajduje się amfetamina 7,4%, a na kolejnych miejscach: substancje wziewne (6,4%), kokaina (5,0%) oraz LSD lub inne halucynogeny (4,9%). Wśród gimnazjalistów co najmniej trzyprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze: grzyby halucynogenne (5,1%), polska heroina (5,0%), heroina (4,2%), sterydy anaboliczne (4,2%) oraz crack (3,3%), zaś wśród starszych uczniów grzyby halucynogenne (4,1%) oraz ecstazy (3,4%). W przypadku przetworów konopi oraz leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie, zaś do doświadczeń z substancjami wziewnymi częściej przyznawała się młodzież ze szkół gimnazjalnych.

GHB (kwas γ -hydroksymasłowy), nowy w Polsce narkotyk, używany był kiedykolwiek w życiu przez 2,3% młodszych uczniów i 1,0% starszej młodzieży. Substancja ta była używana przez odsetek badanych, który niewiele odbiega od odsetka respondentów przyznających się do używania nieistniejącego środka – relewinu. Należy także zwrócić uwagę na bardzo niskie, mieszczące się w wąskim przedziale (od 3,4% do 1,8%) rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach. Szczególny niepokój powinny budzić natomiast dość znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (9,0% w młodszej kohorcie i 10,6% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na zwiększone ryzyko szkód zdrowotnych w wyniku efektu synergicznego, jaki pojawia się zwłaszcza przy łączeniu alkoholu z psychoaktywnymi lekami.

Porównanie wyników uzyskanych w województwie wielkopolskim i w całym kraju (*vide* tabela 1) nie pokazuje większych różnic w rozpowszechnieniu eksperymentowania z substancjami. Jedynie w przypadku używania przez uczniów szkół ponadgimnazjalnych marihuany i haszyszu oraz leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza daje się zaobserwować znaczące różnice – większy odsetek uczniów w województwie wielkopolskim deklarował takie zachowania, niż miało to miejsce na poziomie kraju w 2011 roku.

Przeprowadzone badania wykazały, iż rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależne jest od płci. Związek między używaniem substancji a płcią występuje na obu poziomach nauczania. Chłopcy częściej deklarują próby używania przetworów konopi oraz grzybów halucynogennych, ponadto w gimnazjach także sterydów anabolicznych. Eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt. Także łączne przyjmowanie leków z alkoholem występuje częściej wśród dziewcząt, niż wśród chłopców.

Rozpowszechnienie eksperymentowania z substancjami pozostaje na zbliżonym poziomie wśród chłopców z województwa wielkopolskiego i ich rówieśników z poziomu całego kraju. Jedynie w przypadku marihuany i haszyszu w młodszej kohorcie odnotowujemy

³ J. Sierosławski, M. Jabłońska, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie wielkopolskim w 2012 r.”, IPIŃ, Warszawa 2012.

niewiele niższe odsetki używających w województwie wielkopolskim, zaś w starszej – wyższe. Wśród dziewcząt również jedynie w starszej kohorcie odsetki eksperymentujących z marihuaną i haszyszem, a także z lekami uspokajającymi i nasennymi bez przepisu lekarza, są wyższe w województwie wielkopolskim, niż były średnio w kraju w 2011 roku.

Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież kiedykolwiek w życiu – porównanie badań ogólnopolskich (2011) i wielkopolskich (2012)

Rodzaj substancji	III klasy gimnazjum		II klasy szkół ponadgimnazjalnych	
	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)
Marihuana lub haszysz	22,2	24,3	42,8	37,3
Substancje wziewne	9,8	8,7	6,4	5,6
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	16,2	15,5	20,8	16,8
Amfetamina	6,1	4,6	7,4	8,3
LSD lub inne halucynogeny	6,2	3,3	4,9	3,9
Crack	3,3	2,1	2,1	1,8
Kokaina	6,2	3,3	5,0	3,9
Relevin	2,4	2,1	0,9	1,8
Heroina	4,2	1,3	2,9	1,2
Ecstasy	5,8	3,0	3,4	5,0
Grzyby halucynogenne	5,1	3,1	4,1	3,5
GHB	2,3	1,2	1,0	1,2
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	3,4	1,8	1,8	1,4
Alkohol razem z tabletkami	9,0	5,8	10,6	7,5
Sterydy anaboliczne	4,2	2,7	2,3	3,2
Polska heroina (kompot)	5,0	2,4	2,6	2,0

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: J. Sierosławski, M. Jabłońska, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie wielkopolskim w 2012 r.”, IPIŃ, Warszawa 2012

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (*vide* tabela 2). W badaniu z 2011 roku lista substancji, których używanie w tym zakresie czasowym podlegało badaniu, została znacznie skrócona. Pozostały na niej tylko przetwory konopi, substancje wziewne i ecstasy. Wg wielkopolskich badań z roku 2012, pierwszą z tych substancji używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 17,9% uczniów z młodszej grupy i 33,9% – ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 5,5% gimnazjalistów i 3,0% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś ecstasy 4,3% uczniów z pierwszej grupy i 2,2% – z drugiej.

Tabela 2. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w czasie ostatnich 12 miesięcy – porównanie badań ogólnopolskich (2011) i wielkopolskich (2012)

Rodzaj substancji	III klasy gimnazjum		II klasy szkół ponadgimnazjalnych	
	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)
Marihuana lub haszysz	17,9	20,1	33,9	28,5
Substancje wziewne	5,5	4,6	3,0	2,2
Ecstasy	4,3	2,2	2,2	3,1

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: J. Sierosławski, M. Jabłońska, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie wielkopolskim w 2012 r.”, IPIŃ, Warszawa 2012.

Podobnie, jak w przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, w starszej kohorcie używanie tych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy jest bardziej rozpowszechnione w województwie wielkopolskim, niż było na terenie całego kraju w 2011 roku. W młodszej kohorcie wynik dla Wielkopolski jest niższy, niż średnia ogólnopolska w 2011 roku. Używanie substancji wziewnych lub ekstazy pozostaje na zbliżonym poziomie. Łatwy do zaobserwowania jest także związek między aktualnym używaniem substancji a płcią. Podobnie jak w przypadku eksperymentowania występuje ono częściej wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni, na pewno używają jej co najmniej raz na miesiąc. Badania w Wielkopolsce wykazały, iż 12,1% uczniów klas trzecich gimnazjów i 19,6% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używa marihuany lub haszyszu co najmniej raz w miesiącu. Analogiczne odsetki dla substancji wziewnych wynoszą 3,6% u gimnazjalistów oraz 1,4% u uczniów szkół ponadgimnazjalnych, zaś dla ekstazy – 2,7% oraz 0,8%. Odnotowano także większy odsetek młodzieży z obydwu grup, używającej przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju. Zagadnienia te zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w czasie ostatnich 30 dni – porównanie badań ogólnopolskich (2011) i wielkopolskich (2012)

Rodzaj substancji	III klasy gimnazjum		II klasy szkół ponadgimnazjalnych	
	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)
Marihuana lub haszysz	12,1	10,5	19,6	15,0
Substancje wziewne	3,6	2,8	1,4	1,4
Ecstasy	2,7	1,5	0,8	1,6

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: J. Sierosławski, M. Jabłońska, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie wielkopolskim w 2012 r.”, IPIŃ, Warszawa 2012

Częste używanie marihuany lub haszyszu wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, zarówno chłopców, jak i dziewcząt, jest bardziej rozpowszechnione w województwie wielkopolskim, niż było na terenie całego kraju w 2011 roku.

W trakcie badania poruszono także zagadnienie używania leków bez przepisu lekarza. 10,0% młodzieży młodszej i 11,5% młodzieży starszej ma doświadczenia z lekami uspokajającymi i nasennymi przyjmowanymi w celach leczniczych. W tej grupie wyróżnić trzeba frakcję około 2% badanych, którzy te uzależniające leki przyjmowali przez trzy tygodnie lub dłużej. Wedle wyników badań nie ma znaczących różnic między Wielkopolską i całym krajem w rozmiarach używania leków z przepisu lekarza.

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu dopalaczy skłoniła do wprowadzenia do ankiety ESPAD kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami. Zgodnie z oczekiwaniami niemal wszyscy badani słyszeli o dopalaczach (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 88,6%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 92,1%). Jednak tylko 14,5% badanych z pierwszej grupy i 17,4% badanych z drugiej grupy było kiedykolwiek w sklepie z dopalaczami. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów dopalaczy są jeszcze niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 8,3%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 10,0%). Wedle wyników badań nie ma znaczących różnic między województwem wielkopolskim i całym krajem na żadnym z trzech poziomów kontaktów z dopalaczami.

Podstawowym miejscem zakupu dopalaczy były sklepy z tymi substancjami (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 6,2%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 8,1%). Za pośrednictwem internetu takich zakupów dokonywało tylko 2,4% badanych w pierwszej i 1,4% badanych w drugiej grupie. Wyniki te również nie pokazują większych różnic między województwem wielkopolskim i całym krajem odnośnie najbardziej popularnych miejsc zakupu dopalaczy.

9,1% gimnazjalistów i 13,0% uczniów szkół ponadgimnazjalnych przyznało się do używania dopalaczy chociaż raz w życiu – *vide* tabela 4. Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 6,2%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 4,8%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 4,1% badanych z pierwszej grupy i 1,8% z drugiej grupy. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności dopalaczy w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami jesienią 2010 roku.

Tabela 4. Używanie dopalaczy przez młodzież – porównanie badań ogólnopolskich (2011) i wielkopolskich (2012)

Rodzaj substancji	III klasy gimnazjum		II klasy szkół ponadgimnazjalnych	
	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)	Wielkopolskie (2012)	Polska (2011)
Kiedykolwiek w życiu	9,1	10,5	13,0	15,8
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	6,2	7,1	4,8	9,0
W czasie 30 dni przed badaniem	4,1	2,5	1,8	2,2

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: J. Sierosławski, M. Jabłońska, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie wielkopolskim w 2012 r.”, IPIŃ, Warszawa 2012

Porównanie odsetków badanych z województwa wielkopolskiego i z terenu całego kraju pokazuje ogólną tendencję niższego rozpowszechnienia używania dopalaczy w Wielkopolsce niż było notowane w 2011 roku średnio w kraju.

Badanie populacji ogólnej

W listopadzie 2012 roku na reprezentatywnej 400-osobowej próbie dorosłych mieszkańców województwa wielkopolskiego przeprowadzono badanie „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz używania narkotyków wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego”, w którym zastosowano metodę bezpośrednich standaryzowanych wywiadów kwestionariuszowych przeprowadzanych przez ankieterów w domach respondentów. Struktura demograficzna próby odpowiadała strukturze lokalnej społeczności – kobiety stanowiły 52,0% badanych, mężczyźni zaś 48,0%.

Ze sporządzonego przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego raportu⁴ wynika, iż mieszkańcy województwa wielkopolskiego wykazują się dużą znajomością nazw poszczególnych środków odurzających. Do najbardziej znanych narkotyków należą marihuana (95,3%) oraz haszysz (83,6%), a także amfetamina (87,3%), kokaina (88,1%) i heroina (88%). Na kompot w analizowanym kontekście wskazało ponad 62% badanych, zaś na środki wziewne – 66,6%. Zaledwie 1,3% badanych wskazała na znajomość fikcyjnego narkotyku o nazwie „astrolit”, co świadczy o wysokim stopniu wiarygodności odpowiedzi respondentów.

Chęć spróbowania któregoś ze środków odurzających, niezależnie od tego, czy faktycznie do tego doszło, wyraził co piąty badany (21,3%) – w grupie tej przeważają mężczyźni (22% w stosunku do 19,9% kobiet). Chęć spróbowania jakiegoś narkotyku w

⁴ Raport z badania „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz używania narkotyków wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego”, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2013.

grupie osób pijących alkohol wyraziło 84,3%, a więc znacznie więcej niż wśród abstynentów (57,3%). Najwyższy odsetek respondentów, którzy udzielili pozytywnej odpowiedzi na to pytanie, odnotowano w grupie pijących ponad 12 litrów 100% alkoholu rocznie – 24%.

Najbardziej popularnym narkotykiem (z punktu widzenia jego używania) wśród mieszkańców województwa okazała się marihuana. W ciągu życia przynajmniej raz sięgnęło po nią 17,0% badanych, po amfetaminę – 1,6% respondentów, podobnie było w przypadku amfetaminy – 1,6%, ecstasy – 1,7%, kokainy – 0,8% oraz środków wziewnych – 0,7%.

Odsetek mężczyzn i kobiet, którzy używali marihuany, był podobny i kształtował się na poziomie odpowiednio 18,8% i 15,4%. W przypadku ecstasy odsetek mężczyzn używających był nieco wyższy (3%), niż w przypadku kobiet (0,4%), zaś w przypadku kokainy – odpowiednio 1,7% i 0%.

Najwyższy odsetek osób używających marihuany odnotowano w najmłodszej badanej grupie tj. wśród 18-29 latków – ponad 1/3 (36,9%). Wraz z wiekiem odsetki używających spadają:

- z 26,3% wśród 30-39 latków do 17,7% wśród 40-49 latków;
- z 17,7% w grupie 40-49 latków do 1,8% wśród 50-64 latków;
- do 0% w grupie osób w wieku 65 i więcej lat.

W ciągu ostatnich 12 miesięcy marihuany używał średnio co dwudziesty mieszkaniec województwa (4,6%). W grupie mężczyzn odsetek ten wynosił 5,3%, zaś wśród kobiet – 4%. Największą grupę używających w tym czasie odnotowano wśród respondentów w wieku 18-29 lat (13,6%), wśród osób z wykształceniem wyższym (11,3%) i badanych o najwyższych dochodach, tj. powyżej 3.000 zł (8,9%). Nie odnotowano różnic pomiędzy odsetkiem używających marihuany (w ostatnich 12 miesiącach) wśród osób, których wynik w teście CAGE był pozytywny (3,8% sięgających po marihuanę) oraz osób, których wynik był negatywny – 4,7% używających.

Badanych zapytano także o zażywanie poszczególnych narkotyków kiedykolwiek w życiu. Najwyższe odsetki zaobserwowano w przypadku marihuany i haszyszu, do których zażywania przyznało się 9,1% badanych. Znacznie niższe odsetki badanych przyznały się do zażywania narkotyków twardych, takich jak amfetamina (2,4%), grzyby halucynogenne (1,8%), LSD oraz ecstasy (po 1,3%). Wśród respondentów nie odnotowano natomiast przypadków sięgania po narkotyki wstrzykiwane, sterydy anaboliczne oraz GHB.

Zażywanie marihuany (haszyszu) ponaddwukrotnie częściej od kobiet deklarowali mężczyźni (13,5% w stosunku do 5,4%). W młodszych grupach wiekowych: 18-29 latków oraz 30-39 latków, kontakt z marihuaną miała blisko jedna piąta badanych (18,5-19,7%). Zażywanie marihuany jest też domeną osób o wykształceniu średnim i wyższym (10,4-13,5%), pracujących oraz uczących się (14,4-14,7%), o stosunkowo wysokim dochodzie gospodarstwa domowego, niewierzących, bądź wierzących, ale niepraktykujących.

Zażywanie marihuany jest też silnie powiązane z dużą znajomością nazw narkotyków (13,7% osób znających ponad 10 nazw narkotyków sięgnęło kiedykolwiek po marihuanę) oraz wysokim poziomem spożycia alkoholu (wśród osób pijących ponad 12 litrów czystego spirytusu rocznie aż 25,2% sięgnęło kiedykolwiek po marihuanę).

Co więcej, przejście wczesnej (przed 18. rokiem życia) inicjacji alkoholowej wyraźnie rzutuje na odsetki zażywających ten środek – aż 22,6% spośród osób, które miały pierwsze kontakty z alkoholem w młodym wieku, sięgnęło także po narkotyki – dlatego tak ważne jest, by kompleksowe działania profilaktyczne były kierowane do młodzieży od wczesnych lat, niwelując ryzyko sięgania po kolejne substancje uzależniające.

Nowatorska metoda szacowania konsumpcji środków odurzających

Oszacowanie ilości spożywanej substancji odurzających oraz osób, których to spożycie dotyczy, dokonuje się obecnie w oparciu o badania ankietowe, wywiady

kwestionariuszowe, statystyki policyjne itd. Nie są to jednak metody obiektywne. Podjęte przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu badania⁵ stanowią alternatywną i bardziej obiektywną metodę oszacowania konsumpcji środków odurzających przez badaną społeczność. Oparte są one o wyniki badań przeprowadzonych na początku XXI wieku m.in. we Włoszech. Głównym założeniem do przeprowadzenia tej nowoczesnej metody badań jest wykorzystanie próbek wód ściekowych w formie tzw. wpływów do oczyszczalni ścieków, niepoddanych jeszcze procesowi oczyszczenia, jako niosących szereg substancji wydalanych przez organizm ludzki, w tym środków odurzających i ich metabolitów. Metoda ta uwzględnia jednakże element niedoszacowania, albowiem część badanych substancji może ulec degradacji zanim dotrze do oczyszczalni.

Analiza ilościowa substancji odurzających wykonana została w okresie od czerwca 2009 roku do grudnia 2010 roku, za wyjątkiem analizy THC, która (z powodu technicznych problemów związanych z przygotowaniem próbki) prowadzona była tylko do grudnia 2009 roku. Próbki zostały poddane analizie pod kątem występowania amfetaminy, metamfetaminy, MDMA, MDA, THC oraz kokainy. W przypadku MDA oraz kokainy sygnały od tych substancji znajdowały się poniżej granicy oznaczalności, a nawet poniżej granicy wykrywalności.

Zawarte w poniższej tabeli dane przedstawiają wyniki przeprowadzonej analizy dla aglomeracji poznańskiej oraz oszacowania liczby osób stosujących poszczególne substancje odurzające. Zastosowano tutaj założenie, że typową dawką amfetaminy i metamfetaminy jest 30 mg, MDMA i kokainy – 100 mg oraz kanabinoidów w formie wypalanej zawierającej 14% THC – 125 mg.

Tabela 5. Liczba osób zażywających dziennie typowe dawki narkotyków w przeliczeniu na 1.000 osób (wg średnich wartości).

Okres	Amfetamina	Metamfetamina	MDMA	THC
czerwiec 2009	0,0073	0,0241	0,0047	6,1512
lipiec 2009	0,0093	0,0266	0,0047	6,4091
sierpień 2009	0,0100	0,0257	0,0034	5,7219
wrzesień 2009	0,0083	0,0237	0,0035	4,9964
październik 2009	0,0077	0,0243	0,0037	5,4028
listopad 2009	0,0077	0,0226	0,0048	5,0282
grudzień 2009	0,0129	0,0266	0,0048	5,6019
styczeń 2010	0,0063	0,0185	0,0039	-
luty 2010	0,0049	0,0183	0,0038	-
marzec 2010	0,0070	0,0186	0,0050	-
kwiecień 2010	0,0062	0,0137	0,0039	-
maj 2010	0,0130	0,0125	0,0042	-
czerwiec 2010	0,0118	0,0099	0,0031	-
lipiec 2010	0,0047	0,0089	0,0022	-
sierpień 2010	0,0050	0,0099	0,0025	-
wrzesień 2010	0,0048	0,0109	0,0027	-
październik 2010	0,0086	0,0154	0,0021	-
listopad 2010	0,0145	0,0138	0,0030	-
grudzień 2010	0,0153	0,0137	0,0023	-

Źródło: J. Kłos, P. Nowicki, „Oszacowanie liczby osób zażywających substancje odurzające w oparciu o badania środowiskowe zanieczyszczenia wód w Poznaniu”, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2011

W 2012 roku Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu podjął długofalową współpracę z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, rozpoczętą przekazaniem Uniwersytetowi dotacji ze środków Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na zakup chromatografu cieczowego z potrójnym spektrometrem masowym. Zaplanowano

⁵ J. Kłos, P. Nowicki, „Oszacowanie liczby osób zażywających substancje odurzające w oparciu o badania środowiskowe zanieczyszczenia wód w Poznaniu”, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2011.

następnie szereg analiz wód ściekowych dla poszczególnych miast Wielkopolski. W 2012 roku dokonano dwukrotnych pobranych próbek wód z oczyszczalni ścieków miasta Kalisza, Konina i Wągrowca. W wyniku przeprowadzonych analiz chemicznych⁶ we wszystkich analizowanych próbkach ścieków oznaczono zawartość amfetaminy i metamfetaminy, jak również w większości próbek MDMA (ecstasy). W badanych próbkach ścieków nie wykryto obecności MDA ani MDEA (zawartości tych związków były poniżej poziomu oznaczalności), także nie potwierdzono w ściekach obecności kokainy, ponieważ nie oznaczono jej głównego metabolitu (tj. benzyloekgoniny – zawartość była poniżej poziomu oznaczalności). Analizując zawartość amfetaminy i metamfetaminy w ściekach, należy stwierdzić, że najwyższe zawartości tych substancji, w nanogramach na 1 litr (dm³), stwierdzono w ściekach pochodzących z oczyszczalni w Wągrowcu (w obu terminach pobrania ścieków), natomiast najniższe zawartości obu związków stwierdzono w ściekach pochodzących z oczyszczalni z Kalisza.

Zawartość amfetaminy w ściekach pochodzących z Wągrowca była od 2,5 do 8 razy większa, niż w ściekach pochodzących z Kalisza i odpowiednio od 1,6 do 7,2 razy większa, niż w ściekach pochodzących z obu oczyszczalni w Koninie. Podobnie zawartość metamfetaminy w ściekach pochodzących z Wągrowca była od 7,8 do 11 razy większa, niż w ściekach pochodzących z Kalisza i odpowiednio od 1,9 do 10,8 razy większa, niż w ściekach pochodzących z obu oczyszczalni w Koninie. Największa liczba dawek amfetaminy (za standardową dawkę amfetaminy przyjęto 30 mg) na 1 dzień na 1.000 osób w Wągrowcu wyniosła od 5,6 do 10,4, w lewobrzeżnym Koninie była nieco niższa: 3,7-8,6. Natomiast najniższe wartości uzyskano w próbkach pochodzących z Kalisza (2,3-4,1) oraz z prawobrzeżnego Konina (3,0-3,3).

Liczba dawek metamfetaminy (za standardową dawkę amfetaminy przyjęto 30 mg) na 1 dzień na 1.000 osób wyniosła: 0,076-0,097 dla Wągrowca, 0,023-0,039 dla lewobrzeżnego Konina, 0,048-0,059 dla prawobrzeżnego Konina oraz 0,017-0,018 dla Kalisza.

Szczegółowe szacunki użycia środków odurzających dla poszczególnych miast zawarto w poniższych tabelach. W roku 2014 realizowane zostały dalsze badania ścieków z terenu Piły, Szamotuł, Leszna, Grodziska Wielkopolskiego, Gniezna, Słupcy, Kościana, Ostrowa Wielkopolskiego. Poniższa tabela przedstawia wszystkie uzyskane wyniki.

Tabela 6. Szacunki użycia środków odurzających dla byłych miast wojewódzkich i wybranych miast powiatowych – wyniki pilotażowych badań prowadzonych w latach 2012-2014

Oczyszczalnia ścieków	Data poboru próbki	Ilość dawek / dzień / 1.000 osób ⁷ (wartości średnie ± odchylenie standardowe)			
		Amfetamina	Metamfetamina	MDMA	Kokaina
Konin, lewobrzeżna oczyszczalnia ścieków	24.09.2012 (poniedziałek)	3,6560 ± 0,5091	0,0227 ± 0,0063	0,0070 ± 0,0045	
	01.10.2012 (poniedziałek)	8,5629 ± 1,0977	0,0392 ± 0,0066	poniżej poziomu oznaczalności	
Konin, prawobrzeżna oczyszczalnia ścieków	24.09.2012 (poniedziałek)	2,9638 ± 0,3143	0,0475 ± 0,0025	0,0375 ± 0,0016	
	01.10.2012 (poniedziałek)	3,3197 ± 1,2885	0,0591 ± 0,0068	poniżej poziomu oznaczalności	
Kalisz	26.11.2012 (poniedziałek)	4,0966 ± 0,5112	0,0181 ± 0,0009	poniżej poziomu oznaczalności	
	03.12.2012 (poniedziałek)	2,3307 ± 0,4526	0,0156 ± 0,0016	0,0234 ± 0,0015	
Wągrowiec	26.11.2012 (poniedziałek)	5,6208 ± 0,06727	0,0757 ± 0,0057	0,0156 ± 0,0011	

⁶ Wyniki analiz zawarto w raporcie Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu „Oznaczenie substancji odurzających w ściekach wybranych miast Wielkopolski. Szacowanie konsumpcji środków odurzających przez mieszkańców Konina, Kalisza i Wągrowca”, Poznań 2013; oprac. niepubl.

⁷ za typowe dawki przyjęto: amfetamina – 30 mg, metamfetamina – 30 mg, MDMA – 100 mg.

Oczyszczalnia ścieków	Data poboru próbek	Ilość dawek / dzień / 1.000 osób ⁷ (wartości średnie ± odchylenie standardowe)			
		Amfetamina	Metamfetamina	MDMA	Kokaina
	03.12.2012 (poniedziałek)	10,3780 ± 1,2265	0,0968 ± 0,0104	0,0035 ± 0,0004	
Piła	13.01.2014 (poniedziałek)	26,743 ± 0,126	0,040 ± 0,002	0,566 ± 0,019	0,432 ± 0,042
	15.01.2014 (środa)	25,515 ± 0,873	0,047 ± 0,002	0,246 ± 0,021	0,115 ± 0,042
	17.01.2014 (piątek)	82,012 ± 0,516	0,053 ± 0,006	0,156 ± 0,015	0,661 ± 0,063
Szamotuły	13.01.2014 (poniedziałek)	18,115 ± 0,894	0,032 ± 0,002	1,062 ± 0,053	0,312 ± 0,041
	15.01.2014 (środa)	4,898 ± 0,114	0,037 ± 0,004	0,037 ± 0,002	0,106 ± 0,030
	17.01.2014 (piątek)	13,146 ± 0,285	0,055 ± 0,010	0,031 ± 0,002	0,412 ± 0,021
Leszno	20.01.2014 (poniedziałek)	16,827 ± 0,666	0,331 ± 0,021	0,179 ± 0,005	0,420 ± 0,019
	22.01.2014 (środa)	8,283 ± 0,107	0,244 ± 0,009	0,048 ± 0,010	0,134 ± 0,032
	24.01.2014 (piątek)	8,082 ± 0,030	0,233 ± 0,006	0,159 ± 0,019	0,205 ± 0,041
Grodzisk Wielkopolski	20.01.2014 (poniedziałek)	15,550 ± 0,384	0,063 ± 0,003	0	5,437 ± 0,100
	22.01.2014 (środa)	12,346 ± 0,051	0,089 ± 0,003	0,040 ± 0,001	1,072 ± 0,049
	24.01.2014 (piątek)	13,368 ± 0,143	0,124 ± 0,003	0	0,005 ± 0,0002
Gniezno	29.09.2014 (poniedziałek)	2,857 ± 0,167	0,026 ± 0,003	0,119 ± 0,014	0,425 ± 0,024
	01.10.2014 (środa)	2,492 ± 0,127	0,072 ± 0,012	0,011 ± 002	0,070 ± 0,003
	03.10.2014 (piątek)	2,234 ± 0,120	0,037 ± 0,004	0,008 ± 0,002	0,114 ± 0,004
Słupca	29.09.2014 (poniedziałek)	7,651 ± 0,638	0,012 ± 0,001	0,032 ± 0,004	0,062 ± 0,005
	01.10.2014 (środa)	9,277 ± 0,655	0,019 ± 0,003	0,062 ± 0,003	0,019 ± 0,005
	03.10.2014 (piątek)	6,867 ± 0,263	0,011 ± 0,002	0,103 ± 0,004	0,083 ± 0,005
Kościan	06.10.2014 (poniedziałek)	13,724 ± 0,230	0,007 ± 0,001	0,005 ± 0,001	0,028 ± 0,002
	08.10.2014 (środa)	8,889 ± 0,266	0,004 ± 001	0,002 ± 0,000	0,050 ± 0,001
	10.10.2014 (piątek)	7,890 ± 0,201	0,003 ± 0,000	0,004 ± 0,000	0,005 ± 0,001
Ostrów Wielkopolski	06.10.2014 (poniedziałek)	12,250 ± 0,189	0,089 ± 0,009	0,480 ± 0,019	0,321 ± 0,022
	08.10.2014 (środa)	5,871 ± 0,031	0,056 ± 0,004	0,049 ± 0,003	0,131 ± 0,007
	10.10.2014 (piątek)	8,663 ± 0,259	0,044 ± 0,002	0,105 ± 0,006	0,033 ± 0,001

Źródło: opracowanie własne, na podstawie raportów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: „Oznaczenie substancji odurzających w ściekach wybranych miast Wielkopolski. Szacowanie konsumpcji środków odurzających przez mieszkańców Konina, Kalisza i Wągrowca”, Poznań 2013; oprac. niepubl., „Oznaczenie substancji odurzających w ściekach wybranych miast Wielkopolski. Szacowanie konsumpcji środków odurzających przez mieszkańców Piły, Szamotuł, Leszna i Grodziska Wielkopolskiego”, Poznań 2014; oprac. niepubl. i „Oznaczenie substancji odurzających w ściekach wybranych miast Wielkopolski. Szacowanie konsumpcji środków odurzających przez mieszkańców Gniezna, Słupcy, Kościana i Ostrowa Wielkopolskiego”, Poznań 2014; oprac. niepubl.

Konsekwencje zdrowotne i społeczne

W 2012 roku zaobserwowano w Polsce kolejny spadek liczby zakażeń wirusem HIV – odnotowano 1.085 przypadków zgłoszonych – o 10 osób mniej, niż w 2011 roku. Proporcjonalnie większy spadek zakażeń HIV miał miejsce w Wielkopolsce, bo aż o 21 przypadków mniej, z 92 przypadków w roku 2011 do 71 w roku 2012, osiągając tym samym poziom zakażeń zbliżony do odnotowanego w 2010 roku.

Wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach 39 osób w całej Polsce zostało w 2012 roku zakażonych wirusem HIV (w 2011 roku – 58), z czego w Wielkopolsce – 4 osoby (w 2011 roku – 2 osoby).

Nowych zachorowań na AIDS odnotowano w 2012 roku w całej Polsce 147 (w poprzednim roku – 170 przypadków), z czego w Wielkopolsce odpowiednio 9 i 16. Wskaźnik zachorowań na AIDS wśród użytkowników iniekcyjnych był odpowiednio niższy: w 2012 roku w Polsce zarejestrowano 53 przypadki (Wielkopolska: 1), a w 2011 roku 56 (Wielkopolska: 3)⁸.

Narkomania jest także jednym z powodów przyznawania rodzinom pomocy społecznej. W 2012 roku 3.373 rodzin skorzystało w Polsce z takiej pomocy (w Wielkopolsce – 255); liczba osób w tych rodzinach to odpowiednio 5.208 oraz 388. Odnosząc te dane do problemu alkoholizmu zauważyć można, że ponad 26-krotnie większa liczba rodzin korzysta z pomocy społecznej z powodu uzależnienia członka rodziny od alkoholu, niż narkotyków – w Wielkopolsce różnica ta jest nieznacznie wyższa od średniej krajowej i wyższa niż w roku poprzednim⁹.

3. Założenia merytoryczne programu

Cel główny programu:

Ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych narkomanii na terenie województwa.

Na poziomie programu wojewódzkiego cel ten realizowany będzie w trzech obszarach działania:

1. profilaktyka;
2. leczenie, rehabilitacja, reintegracja społeczna i ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych;
3. badania i monitoring.

Czwarty obszar dotyczący ograniczenia podaży realizowany będzie przez struktury rządowe (głównie policję). Struktury rządowe odpowiedzialne będą również za kolejny obszar związany z współpracą międzynarodową.

⁸ Dane CINN KBPN, rejestrowane wg miejsca zamieszkania.

⁹ Dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej – Sprawozdanie MPiPS-03-R za 2012 rok.

3.1. Profilaktyka problemów związanych z używaniem narkotyków

Cel ogólny: zwiększenie poziomu wiedzy na temat epidemiologii i problemów związanych z narkomanią w województwie oraz zmniejszenie popytu na narkotyki

Cele szczegółowe i zadania:

- podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku

Zadania:

- opracowanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych z zakresu profilaktyki narkomanii;
 - prowadzenie działalności informacyjnej głównie poprzez media;
 - uaktualnienie i publikowanie danych dotyczących używania środków psychoaktywnych, epidemiologii i upowszechnianie informacji nt. działania placówek profilaktycznych;
 - udział w kampaniach edukacyjnych nt. problematyki narkomanii (m.in. organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ministerstwo Zdrowia np. z okazji Międzynarodowego Dnia Przeciwdziałania Narkomanii) oraz inicjowanie kampanii wojewódzkich.
- podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną

Zadania:

- organizowanie szkoleń w zakresie profilaktyki narkomanii i podnoszenie kwalifikacji osób realizujących zadania profilaktyczne (policji, nauczycieli, pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych, osób prowadzących rodzinne domy dziecka, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, funkcjonariuszy więziennych, straży miejskiej, liderów młodzieżowych);
 - wspieranie szkoleń rozwijających umiejętności zawodowe realizatorów programów profilaktycznych;
 - wspieranie szkoleń na temat konstruowania programów profilaktycznych, opartych na podstawach naukowych;
 - wspieranie superwizji osób realizujących działania profilaktyczne.
- wspieranie rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej

Zadania:

- wsparcie finansowe i merytoryczne programów profilaktycznych na wszystkich poziomach edukacji, w szczególności programów, które uzyskały rekomendację Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Ministerstwa Edukacji Narodowej lub Instytutu Psychiatrii i Neurologii;
- wsparcie finansowe i merytoryczne programów profilaktyki narkomanii adresowanych do rodziców;

- wsparcie oferty pozaszkolnych zajęć dla dzieci i młodzieży;
 - wsparcie finansowe i merytoryczne dla Regionalnego Centrum Profilaktyki Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży przy tworzeniu oferty szkoleniowej.
- wsparcie rozwoju programów profilaktyki selektywnej i wskazującej Programy adresowane do całej populacji młodzieży nie sprawdzają się wobec tych, którzy już spróbowali. Konieczne jest tworzenie specyficznej oferty programowej dla osób tzw. podwyższonego ryzyka.

Zadania:

- wsparcie dla programów profilaktycznych adresowanych do osób z grupy zwiększonego ryzyka (dla tych, którzy są po inicjacji narkotykowej), w tym programów wczesnej interwencji, adresowanych do młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie środków odurzających oraz programów profilaktyki selektywnej w miejscach o zwiększonym narażeniu na kontakt z narkotykami – klubu, dyskoteki, imprezy masowe;
- wsparcie programów realizowanych przez świetlice socjoterapeutyczne i ogniska wychowawcze;
- wsparcie inicjatyw w zakresie pomocy psychologicznej i prawnej rodzinom, w których występuje problem narkomanii oraz towarzyszącej jej przemocy w rodzinie;
- wzmocnienie merytoryczne oraz rozwój usług terapeutycznych oferowanych przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTUW);
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, instytucjami opiekuńczo-wychowawczymi dla dzieci i młodzieży oraz rodzinnymi domami dziecka.

3.2. Leczenie, rehabilitacja, reintegracja społeczna i ograniczenie szkód zdrowotnych

Cel ogólny: poprawa jakości życia osób używających narkotyków szkodliwie i osób uzależnionych oraz wzrost skuteczności leczenia, rehabilitacji, reintegracji społecznej.

Cele szczegółowe i zadania:

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków

Zadania:

- wsparcie programów kierowanych do specyficznych grup odbiorców np. kobiet, matek z dziećmi, ofiar przemocy;
- upowszechnianie informacji na temat placówek i programów dla osób uzależnionych;

- rozwój i modernizacja istniejących na terenie województwa placówek leczenia uzależnień oraz inicjowanie powstawania nowych placówek;
 - finansowanie programów pomocy terapeutycznej w placówkach leczenia uzależnień np. w formie powierzenia.
- zwiększenie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków

Zadania:

- inicjowanie i wspieranie stacjonarnych i ulicznych programów wymiany igieł i strzykawek;
 - inicjowanie i wspieranie programów profilaktyki HIV, HIV, HCV wśród osób uzależnionych;
 - inicjowanie programów niskoprogowych.
- zapewnienie dostępności leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów

Zadania:

- wspieranie istniejących i inicjowanie nowych programów leczenia substytucyjnego;
 - wspieranie szkoleń na temat leczenia substytucyjnego.
- wspieranie organizacji szkoleń dla personelu zatrudnionego w placówkach prowadzących leczenie, rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków oraz innych grup zawodowych mających styczność z osobami uzależnionymi od narkotyków

Zadania:

- dofinansowanie szkoleń w zakresie specjalisty terapii uzależnienia i instruktora terapii uzależnień, realizowanych zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - dofinansowanie szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe dla kadry ośrodków leczenia uzależnień;
 - dofinansowanie superwizji pracy terapeutów uzależnień;
 - dofinansowanie szkoleń w zakresie problematyki narkomanii podnoszących kwalifikacje innych grup zawodowych mających styczność z osobami uzależnionymi od narkotyków;
 - zmobilizowanie lekarzy i pielęgniarek do udziału w szkoleniach z zakresu problemów narkotykowych.
- zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych

Zadania:

- wspieranie hosteli dla osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych;
- wspieranie centrów integracji społecznej.

3.3. Badania i monitoring

Cel ogólny: zapewnienie informacji dla prowadzenia racjonalnej i akceptowanej społecznie polityki wobec narkomanii na terenie Województwa Wielkopolskiego oraz wsparcie analityczne realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Cele szczegółowe, zadania:

- monitorowanie epidemiologiczne problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa

Zadania:

- zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii, w tym zgłaszalności do leczenia oraz korzystania z innych rodzajów pomocy i wsparcia, zgonów związanych z narkotykami, zakażenia HIV i HCV wśród osób używających narkotyków w iniekcji, ceny narkotyków, notowania przez policję w związku z używaniem;
 - prowadzenie i inicjowanie badań ankietowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej dotyczących problemów narkotyków i narkomanii, przeprowadzane, co cztery lata;
 - kontynuacja badań prowadzonych wspólnie z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, wykorzystujących próbki wód ściekowych w formie tzw. wpływów do oczyszczalni ścieków niepoddanych jeszcze procesowi oczyszczania, jako niosących szereg substancji wydalanych przez organizm ludzki, w tym środków odurzających i ich metabolitów;
 - zbieranie i analizowanie danych dotyczących nowych trendów używania środków zastępczych;
 - zbieranie i analizowanie danych o przypadkach udzielenia świadczeń zdrowotnych w następstwie użycia środków zastępczych;
 - oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków, w tym opatów, realizowane co cztery lata.
- monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa

Zadania:

- badania ankietowe w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej, przeprowadzane, co cztery lata.

- rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii na terenie województwa, współpraca w tym zakresie z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Zadania:

- opracowanie corocznego raportu wojewódzkiego z monitorowania problemu narkotyków i narkomanii;
- wsparcie szkoleń podnoszących kwalifikacje osób zaangażowanych w prowadzenie monitoringu lokalnego;
- udział Eksperta Wojewódzkiego Województwa Wielkopolskiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii w pracach Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (które współpracuje z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii).

3.4. Partnerzy samorządu województwa w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Krajowe Centrum ds. AIDS Ministerstwa Zdrowia,
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Wielkopolski Urząd Wojewódzki,
- samorządy gminne i powiatowe,
- instytucje oświatowe, w tym Wielkopolskie Kuratorium Oświaty w Poznaniu,
- instytucje pomocy społecznej,
- Policja (Wydziały Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Wojewódzkiej Policji i Komend Powiatowych),
- Kościół Katolicki i inne związki wyznaniowe,
- organizacje pozarządowe: fundacje i stowarzyszenia działające na rzecz rozwiązywania problemów uzależnień,
- Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz inne uczelnie wyższe,
- Izba Celna,
- Służba Więzienna,
- placówki leczenia uzależnień.

4. Zasady finansowania programu oraz sposób realizacji jego zadań.

Zarząd Województwa Wielkopolskiego określi stosowną uchwałą sposób i realizację programu.

4.1. Harmonogram

Wojewódzki Program ma charakter ramowy i może ulec modyfikacji w trakcie jego realizacji w przypadku nowelizacji zapisów ustawy

o przeciwdziałaniu narkomanii. Realizacja Programu wymaga corocznie szczegółowego określenia zadań w harmonogramie, który przyjmować będzie stosowną uchwałą Zarząd Województwa Wielkopolskiego.

4.2. Finansowanie

Finansowanie realizacji poszczególnych zadań, wynikających z harmonogramu określa preliminarz wydatków opracowany na dany rok, zgodny z projektem budżetu Województwa Wielkopolskiego w dziale 851 – Ochrona zdrowia, w rozdziale 85153 – Zwalczanie narkomanii.

4.3. Monitorowanie

Informacja o wykorzystaniu środków i realizacji zadań zawartych w harmonogramie na dany rok, przedstawiana będzie Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego, po wcześniejszym przedłożeniu jej Zarządowi Województwa Wielkopolskiego w formie rocznego sprawozdania finansowego. Ponadto corocznie Sejmikowi Województwa Wielkopolskiego w terminie do 31 marca danego roku, przedstawiony zostanie raport z realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego w roku poprzedzającym ww. opracowanie.