

**UCHWAŁA Nr XIV /275 /19  
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO  
Z DNIA 20 GRUDNIA 2019 ROKU**

**w sprawie: uchwalenia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii  
dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024**

Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz. U. z 2019 r., poz. 512 ze zm.) w związku z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r., poz. 852), Sejmik Województwa Wielkopolskiego uchwała, co następuje:

**§ 1**

Uchwała się Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Wielkopolskiego.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UZASADNIENIE**  
**DO UCHWAŁY NR XIV /275 / 19**  
**SEJMIKU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO**  
**Z DNIA 20 GRUDNIA 2019 ROKU**

**w sprawie: uchwalenia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii**  
**dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024**

Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii są realizowane w postaci Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Wojewódzki Program stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

W związku z faktem, iż zmianie uległy podstawy prawne, dotyczące realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, wynikające z uchwalenia Ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r. (DZ. U. z 2018 r. poz. 1492 ze zm.) i przyjęcia Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 - 2020 (DZ.U. poz. 1492) oraz wygaśnięciem z dniem 1 stycznia 2020 roku Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2015 – 2019, wymagane jest uchwalenie nowego Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024, w którym dostosowane zostaną cele operacyjne do zapisów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który wchodzi w skład Narodowego Programu Zdrowia.

Wobec powyższego uchwalenie Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024 jest zasadne.

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO  
W POZNANIU

DEPARTAMENT ZDROWIA

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII  
DLA WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO  
NA LATA 2020 - 2024**

POZNAŃ  
GRUDZIEŃ 2019

<b>SPIS TREŚCI</b>	strona
Wstęp	3
1. Podstawy prawne rozwiązywania problemów związanych z narkotykami i narkomanią	5
2. Charakterystyka zjawiska narkomanii i trendów w Województwie Wielkopolskim	5
3. Założenia merytoryczne programu	26
3.1 Cel strategiczny - zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych	26
3.2. Cel strategiczny - rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii	27
3.3 Cel strategiczny – profilaktyka	28
3.4 Cel strategiczny – redukcja szkód, rehabilitacja, reintegracja społeczna	29
3.5 Cel strategiczny – monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych	31
4. Partnerzy samorządu województwa w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	31
5. Zasady finansowania programu oraz sposób realizacji jego zadań	32
5.1. Harmonogram	32
	32
5.2. Finansowanie	
5.3. Monitorowanie	32

## Wstęp

Używanie narkotyków jest zjawiskiem znanym już od bardzo dawna. Wraz z rozwojem cywilizacji nieustannie pojawiają się różnorodne, nowe substancje uzależniające. Obok środków psychoaktywnych coraz częściej zagrożeniem stają się uzależnienia behawioralne. Współczesny człowiek sięga po narkotyki chcąc oderwać się od codzienności, odprężyć się lub zwiększyć swoją aktywność, aby podołać codziennym wyzwaniom. Szuka też coraz bardziej ekstremalnych, często bardzo niebezpiecznych doznań. Dla wielu osób, substancje psychoaktywne wydają się być panaceum na troski życia codziennego. Niepokojącym jest fakt, że obniża się średnia wieku, w którym młody człowiek sięga po środki psychoaktywne i to, że zjawisko narkomanii generuje bardzo wysokie koszty społeczne i ekonomiczne.

Narkomania to jedna z poważniejszych chorób współczesnego społeczeństwa. To zjawisko wielowymiarowe, które pociąga za sobą liczne konsekwencje, wśród których najdotkliwsze są szkody zdrowotne, jak infekcje, zatrucia organizmu czy depresja. Narkomania charakteryzuje się przymusem zażywania środków odurzających. Jest rozpatrywana również w kontekście gospodarczym, prawnym czy też kulturowym. Istnieje kilka umownych poziomów intensywności kontaktu z narkotykami, rozpoczynając od inicjacji, a na zaawansowanym uzależnieniu kończąc.

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.

Narkomania to katastrofa dla życia człowieka uzależnionego oraz dla jego rodziny i najbliższych. Katastrofa, która jednak nie w każdym przypadku musi być klęską. Z katastrof ludzie wychodzą cało i rozpoczynają nowe życie. Temu, żeby takich szczęśliwych przypadków było jak najwięcej, a owych życiowych „katastrof” jak najmniej – służą działania profilaktyczne, podejmowane przez rząd, samorządy, instytucje, organizacje. 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.

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.<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup> B. Bukowska, Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, KBPN Warszawa 2007

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 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**

Program przeciwdziałania narkomanii realizuje się, w myśl ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (art. 9 ust. 1), przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej. Zadania określone ustawą realizowane są przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego, a także inne podmioty zaangażowane w przeciwdziałanie narkomanii jak również rodziny osób uzależnionych. Zgodnie z ww. ustawą, organ wykonawczy samorządu województwa opracowuje projekt Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, uwzględniając kierunki i rodzaje działań określone w Narodowym Programie Zdrowia oraz wskazane w ustawie. Wojewódzki Program stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

- 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;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020.

## **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.

### **Badanie ESPAD 2015<sup>1</sup>**

W listopadzie i grudniu 2015 r. w ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17

<sup>1</sup> Badanie ESPAD, które będzie kontynuacją poprzednich badań, jest obecnie w trakcie realizacji – w listopadzie br. przeprowadzone zostały badania ankietowe, obecnie trwa opracowanie raportu. Po jego otrzymaniu Departament Zdrowia dokona aktualizacji Programu

lat) Województwa Wielkopolskiego. Badania ESPAD podjęto w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy.

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 w Badaniu miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była jednak również próba identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono zatem takie kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym jak psychologicznym, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem. Badanie poprowadzono w 112 klasach szkolnych: 56 z poziomu gimnazjalnego i 56 z poziomu ponadgimnazjalnego. Zrealizowana próba uczniów Województwa Wielkopolskiego liczyła 1096 uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 1181 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Wśród gimnazjalistów 51,1% stanowiły dziewczęta, zaś 48,9% - chłopcy. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych było 44,1% chłopców oraz 55,9% dziewcząt. Sporządzony raport<sup>1</sup> 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.

## **Używanie innych substancji psychoaktywnych**

Do szerokiej grupy innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych należą takie substancje legalne jak leki przeciwbólowe i nasenne czy substancje wziewne oraz szeroka gama substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu substancje, których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo. W języku publicystyki substancje te często nazywane są narkotykami. Dane z tabeli 2 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (17,5%) a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (14,8%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz (39,0%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ulokowały się na drugim miejscu (22,2%). Wśród gimnazjalistów na trzecim miejscu znalazły się substancje wziewne (10,7%), a na czwartym leki przeciwbólowe przyjmowane w celu odurzania się (6,2%). W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajduje się amfetamina (7,0%), a na czwartym substancje wziewne (6,8%). Wśród gimnazjalistów, co najmniej trzyprocentowe

<sup>1</sup> J. Sierosławski, M. Jabłońska, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie wielkopolskim w 2015 r.”, IPIŃ, Warszawa 2015.



rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze: LSD lub inne halucynogeny (3,4%), kokaina (3,3%), amfetamina (3,1%) oraz ecstasy (3,0%).

**Tabela 1. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	17,5	25,0
	Substancje wziewne	10,7	11,2
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	14,8	17,0
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	6,2	7,4
	Amfetamina	3,1	5,3
	Metamfetamina	2,2	3,6
	LSD lub inne halucynogeny	3,4	5,5
	Crack	1,4	2,6
	Kokaina	3,3	4,4
	Relevin	1,0	2,1
	Heroina	1,9	3,1
	Ecstasy	3,0	3,9
	Grzyby halucynogenne	2,3	3,3
	GHB	0,9	2,1
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,0	3,0
	Alkohol razem z tabletkami	4,5	5,7
	Sterydy anaboliczne	2,2	3,1
Polska heroina (kompot)	1,8	3,4	
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	39,0	43,0
	Substancje wziewne	6,8	7,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	22,2	17,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	5,9	6,7
	Amfetamina	7,0	7,1
	Metamfetamina	2,1	3,9
	LSD lub inne halucynogeny	5,0	5,2
	Crack	1,3	1,5
	Kokaina	3,6	4,3
	Relevin	0,7	1,2
	Heroina	0,9	1,8
	Ecstasy	4,2	4,0
	Grzyby halucynogenne	2,4	3,2
	GHB	0,7	1,1
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,5	2,0

Alkohol razem z tabletkami	6,9	7,3
Sterydy anaboliczne	1,1	2,3
Polska heroina (kompot)	1,4	2,0

Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu, co najmniej 3% badanych, jest podobna i obejmuje takie środki jak: leki przeciwbólowe w celu odurzania się (5,9%), LSD lub inne halucynogeny (5,0%), kokaina (3,6%), oraz ecstasy (4,2%). W przypadku większości substancji podobne lub wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie.

GHB, nowy w Polsce narkotyk, używany był kiedykolwiek przez 0,9% młodszych uczniów i 0,7% starszej młodzieży. Niskim rozpowszechnieniem charakteryzują się także crack oraz heroina. W starszej kohorcie heroina była używana kiedykolwiek przez 0,9% badanych, a crack przez 1,3%. Są to odsetki niewiele odbiegające od odsetka respondentów, którzy przyznali się do używania nieistniejącego środka – relewinu (0,7%). W młodszej grupie odsetek badanych, którzy zadeklarowali używanie kiedykolwiek w życiu heroiny (1,9%) lub cracku (1,4%) był podobny, jak w starszej kohorcie. Także frakcja użytkowników relewinu (1,0%) okazała nie odbiegać znacząco od analogicznej frakcji starszych uczniów.

Należy także zwrócić uwagę na relatywnie wysokie rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach (2,7% wśród gimnazjalistów i 3,3% w starszej grupie).

Szczególny niepokój powinny budzić dość znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (4,5% w młodszej kohorcie i 6,9% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych.

Porównanie wyników uzyskanych w Województwie Wielkopolskim i w całym kraju sugeruje niższe rozpowszechnienie eksperymentowania z substancjami w województwie, zwłaszcza przetworów konopi wśród gimnazjalistów.

Dane z tabel 2 i 3 pokazują, że rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależne jest od płci.

**Tabela 2. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród chłopców**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	21,9	29,5
	Substancje wziewne	10,5	11,2
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	8,0	11,0
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	3,6	4,7
	Amfetamina	4,4	5,9
	Metamfetamina	3,6	3,9
	LSD lub inne halucynogeny	4,6	6,1
	Crack	2,3	2,9
	Kokaina	3,6	4,9
	Relevin	1,6	2,5

	Heroina	3,3	3,5
	Ecstasy	5,2	4,4
	Grzyby halucynogenne	4,0	4,3
	GHB	1,7	2,5
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,7	3,5
	Alkohol razem z tabletkami	3,1	4,6
	Sterydy anaboliczne	4,0	4,0
	Polska heroina (kompot)	3,1	4,0
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	43,7	48,8
	Substancje wziewne	8,1	7,4
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	12,5	10,5
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	4,4	4,4
	Amfetamina	8,2	8,3
	Metamfetamina	3,5	5,1
	LSD lub inne halucynogeny	7,4	6,2
	Crack	2,5	2,0
	Kokaina	5,4	5,2
	Relevin	1,0	1,6
	Heroina	1,7	2,4
	Ecstasy	6,4	5,4
	Grzyby halucynogenne	4,2	5,2
	GHB	1,6	1,7
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	3,3	2,4
	Alkohol razem z tabletkami	7,4	6,0
Sterydy anaboliczne	2,1	4,1	
Polska heroina (kompot)	2,5	2,4	

**Tabela 3. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	13,5	20,6
	Substancje wziewne	10,7	11,1
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	20,7	22,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	8,0	10,0
	Amfetamina	2,0	4,7
	Metamfetamina	0,9	3,3
	LSD lub inne halucynogeny	2,4	4,8
	Crack	0,6	2,1
	Kokaina	3,1	3,8

	Relevin	0,6	1,8
	Heroina	0,7	2,6
	Ecstasy	1,1	3,4
	Grzyby halucynogenne	0,7	2,2
	GHB	0,2	1,6
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,5	2,4
	Alkohol razem z tabletkami	6,0	6,6
	Sterydy anaboliczne	0,6	2,2
	Polska heroina (kompot)	0,7	2,7
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	35,5	37,9
	Substancje wziewne	5,8	7,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	29,7	24,6
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	6,9	8,7
	Amfetamina	6,1	6,1
	Metamfetamina	1,1	2,8
	LSD lub inne halucynogeny	3,1	4,3
	Crack	0,3	1,1
	Kokaina	2,1	3,6
	Relevin	0,5	0,8
	Heroina	0,3	1,3
	Ecstasy	2,6	2,8
	Grzyby halucynogenne	0,9	1,5
	GHB	0,0	0,6
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,8	1,7
	Alkohol razem z tabletkami	6,6	8,5
	Sterydy anaboliczne	0,3	0,7
	Polska heroina (kompot)	0,6	1,6

Chłopcy częściej deklarują próby używania większości substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi. Rozpowszechnianie eksperymentowania z lekami uspokajającymi i nasennymi wśród dziewcząt jest ponad dwukrotnie wyższe niż wśród chłopców. Także próby łączenia alkoholu z tabletkami spotyka się tak samo często wśród dziewcząt, jak wśród chłopców. Jedynie wśród młodszych uczniów łączenie tych dwóch substancji jest nadal częstsze w przypadku dziewcząt.

Rozpowszechnienie eksperymentowania z substancjami pozostaje na zbliżonym poziomie wśród chłopców ze starszej kohorty Województwa Wielkopolskiego i ich rówieśników w całym kraju. Jedynie w przypadku marihuany i haszyszu odnotowujemy zdecydowanie mniejsze rozpowszechnione prób ich używania w Województwie Wielkopolskim niż średnio w kraju.

Chłopcy z młodszej kohorty województwa lokują się znacznie niżej od średniej krajowej w zakresie eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, natomiast

podobnie jak ich rówieśnicy z próby ogólnopolskiej deklarowali używanie kiedykolwiek w życiu większości innych substancji.

W grupie dziewcząt stwierdzić trzeba brak większych różnic między Województwem Wielkopolskim i całym krajem w zakresie prób używania substancji. Znaczącymi odstępstwami od tej prawidłowości jest znacznie niższe rozpowszechnienie doświadczeń z marihuana lub haszyszem wśród wielkopolskich gimnazjalistek oraz wyższe rozpowszechnienie używania leków uspokajających i nasennych wśród uczennic wielkopolskich szkół ponadgimnazjalnych.

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 została wzbogacona w stosunku do badania z 2011 r. o nowe środki (tabela 4). Dane zawarte w tabeli pokazują, że przetwory konopi używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 14,2% uczniów z młodszej grupy i 28,0% - ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 4,9% gimnazjalistów i 3,0% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś ekstazy – 1,8% uczniów z pierwszej grupy i 3,1% - z drugiej. Rozpowszechnienie aktualnego używania nowych na liście substancji, takich jak amfetamina, metamfetamina, kokaina i crack w młodszej kohorcie jest bardzo niskie – nie osiąga 3,0%. W starszej kohorcie poziom 3,0% przekracza tylko amfetamina (4,7%).

Podobnie jak w przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, używanie tych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy jest nieznacznie mniej rozpowszechnione w Województwie Wielkopolskim niż na terenie całego kraju w młodszej kohorcie. Wśród starszych uczniów tylko aktualne używanie przetworów konopi zdarza się w Województwie Wielkopolskim rzadziej niż średnio w kraju.

**Tabela 4. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
II klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	14,2	19,2
	Substancje wziewne	4,9	5,9
	Ekstazy	1,8	2,9
	Amfetamina	2,1	3,7
	Metamfetamina	1,4	3,0
	Kokaina	2,1	3,2
	Crack	1,1	2,1
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	28,0	31,5
	Substancje wziewne	3,0	2,4
	Ekstazy	3,1	2,4
	Amfetamina	4,7	4,2
	Metamfetamina	1,5	2,6
	Kokaina	2,4	2,5
	Crack	1,0	1,0

Łatwy do zaobserwowania jest związek między aktualnym używaniem substancji a płcią (tabele 5 i 6).

**Tabela 5. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
II klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	18,8	22,4
	Substancje wziewne	5,0	6,1
	Ecstasy	2,9	3,4
	Amfetamina	2,7	4,0
	Metamfetamina	2,3	3,2
	Kokaina	2,9	3,6
	Crack	1,7	2,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	33,8	37,3
	Substancje wziewne	4,2	3,1
	Ecstasy	5,0	3,5
	Amfetamina	6,6	5,1
	Metamfetamina	2,3	3,6
	Kokaina	3,7	3,1
	Crack	2,1	1,4

**Tabela 6. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród dziewcząt**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
II klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	9,9	16,0
	Substancje wziewne	4,7	5,6
	Ecstasy	0,7	2,4
	Amfetamina	1,6	3,3
	Metamfetamina	0,5	2,7
	Kokaina	1,5	2,8
	Crack	0,6	1,8
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	23,5	26,3
	Substancje wziewne	2,0	1,8
	Ecstasy	1,5	1,5
	Amfetamina	3,2	3,4
	Metamfetamina	0,9	1,7
	Kokaina	1,4	1,9

	Crack	0,2	0,6
--	-------	-----	-----

Podobnie jak w przypadku eksperymentowania aktualne używanie przetworów konopi występuje 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, 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 używają 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 6,9% uczniów klas trzecich gimnazjów i 14,1% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używa marihuany lub haszyszu, co najmniej raz w miesiącu (tabela 7). Analogiczne odsetki dla substancji wziewnych wynoszą – 2,1% u gimnazjalistów oraz 1,5% u uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

**Tabela 7. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	6,9	10,3
	Substancje wziewne	2,1	3,4
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	14,1	15,4
	Substancje wziewne	1,5	1,4

W Województwie Wielkopolskim w młodszej kohorcie odnotowujemy mniejszy odsetek młodzieży używającej przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju. W starszej kohorcie natomiast nie obserwujemy różnic. Częste używanie przetworów konopi zróżnicowane jest ze względu na płeć – chłopcy w większym odsetku niż dziewczęta sięgają często po te substancje (tabele 8 i 9).

**Tabela 8. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	9,2	12,8
	Substancje wziewne	2,5	3,9
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	18,7	20,9
	Substancje wziewne	1,9	2,1

**Tabela 9. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród dziewcząt**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Marihuana lub haszysz	4,6	7,7
	Substancje wziewne	1,8	2,9
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Marihuana lub haszysz	10,5	10,6
	Substancje wziewne	1,2	0,8

Należy zauważyć, że odsetki często używających konopi wśród chłopców w klasach trzecich gimnazjów osiągnęły dość wysoki poziom 9,2%, a w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych – 18,7%.

Częste używanie marihuany lub haszyszu przez gimnazjalistów jest mniej rozpowszechnione w Województwie Wielkopolskim niż na terenie całego kraju zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt.

Przetwory konopi jako najbardziej rozpowszechnione substancje nielegalne mogły stać się przedmiotem głębszych analiz skierowanych na identyfikację wzoru intensywnego używania. Wśród młodzieży szkolonej odsetki użytkowników innych substancji są zbyt małe, aby grupa bardziej intensywnych użytkowników była dostatecznie liczna. W próbie analizy intensywnego używania przetworów konopi posłużono się pytaniami zaczerpniętymi z dwóch testów.

Pierwszy z nich to test przesiewowy skonstruowany w Polsce do identyfikacji wśród nastolatków sięgających po tę substancję (Okulicz-Kozaryn, Sierosławski, 2007). Skrócona wersja tego testu przeznaczona do badań ankietowych składa się z czterech pytań, na które odpowiedzieć można tylko „tak” lub „nie”. Każde z pytań dotyczy występowania określonego symptomu w czasie ostatnich 12 miesięcy. Badanie walidacyjne testu przesiewowego PUM zrealizowane w 2003 r. wykazało, że wśród nastolatków wystąpienie 2 lub więcej symptomów świadczy o problemowym używaniu marihuany.

Drugim testem zastosowanym w tym badaniu jest test służący do identyfikowania nadużywania przetworów konopi (Cannabis Abuse Screening Test – CAST). Test ten został opracowany w Francji przez zespół badaczy z Francuskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (Beck & Legleye 2003). Test składa się z sześciu pytań o częstotliwość występowania poszczególnych symptomów nadużywania przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy, na które odpowiada się przy użyciu pięciopunktowej skali od „nigdy” do „bardzo często”.

Test ten nie był walidowany w Polsce, stąd też jego wyniki należy traktować z ostrożnością.

Rozkłady odpowiedzi na pytanie pierwszego testu pokazują, że 5,6% uczniów z klas młodszych i 12,3% uczniów starszych samodzielnie dokonywało zakupu marihuany (tabela 10.). W przypadku 4,0% gimnazjalistów oraz 7,0% uczniów szkół ponadgimnazjalnych palenie jest nie tylko elementem życia towarzyskiego, ale zdarza się też w samotności. Warto zauważyć, że z powodu używania marihuany lub haszyszu 3,5% badanych z młodszej kohorty oraz 4,4 starszej chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy nie poszło do szkoły lub spóźniło się do niej. Często odczuwana



potrzeba palenia marihuany stała się udziałem 3,5% badanych z młodszej grupy oraz 4,9% ze starszej.

Rozpowszechnienie symptomów problemowego używania marihuany w gronie uczniów gimnazjów, jak również szkół ponadgimnazjalnych, Województwa Wielkopolskiego kształtuje się na poziomie zbliżonym do średniej krajowej.

**Tabela 10. Symptomy problemowego używania marihuany- test przesiewowy PUM**

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Nie pójście lub spóźnienie się do szkoły z powodu marihuany	3,5	5,3
	Częsta potrzeba użycia marihuany	3,5	5,6
	Samodzielny zakup marihuany	5,6	9,6
	Palenie konopi samotnie	4,0	6,7
	Pozytywny wynik testu (co najmniej 2 symptomy)	4,1	7,0
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Nie pójście lub spóźnienie się do szkoły z powodu marihuany	4,4	5,4
	Częsta potrzeba użycia marihuany	4,9	4,8
	Samodzielny zakup marihuany	12,3	13,0
	Palenie konopi samotnie	7,0	7,3
	Pozytywny wynik testu (co najmniej 2 symptomy)	7,0	7,6

Pozytywny wynik testu przesiewowego, czyli potwierdzenie co najmniej 2 symptomów, uzyskało 4,1% gimnazjalistów oraz 7,0% uczniów ze starszej kohorty. Porównanie wyników uzyskanych w Województwie Wielkopolskim z wynikami ogólnopolskimi wskazuje niższe rozpowszechnienie problemowego używania marihuany wśród gimnazjalistów oraz na brak różnic w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Jak wynika z danych zestawionych w tabeli 11. najczęściej zgłaszanym symptomem zaczerpniętym z drugiego testu było palenie przedpołudniem (5,8% uczniów młodszych i 11,7% uczniów starszych). W młodszej kohorcie na drugim miejscu znalazły się bezowocne próby ograniczenia używania marihuany lub haszyszu (4,1%), a na trzecim – problemy z pamięcią po paleniu (3,8%).

W starszej kohorcie na drugim miejscu znalazły się palenie samotne oraz problemy z pamięcią po paleniu (oba po 7,4%).

Symptomy problemowego używania przetworów konopi jako występujące często były deklarowane przez uczniów z obu poziomów nauczania w bardzo ograniczonym zakresie.

**Tabela 11. Symptomy problemowego używania przetworów konopi - test przesiewowy CAST (Województwo Wielkopolskie)**

Poziom klasy		Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
III klasy gimnazjum	Palenie przedpołudniem	94,2	3,3	1,9	0,1	0,5
	Palenie samotnie	96,7	1,9	0,7	0,4	0,3
	Problemy z pamięcią po paleniu	96,2	1,6	0,9	0,5	0,8
	Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	97,0	1,1	0,8	0,6	0,6
	Bezowocne próby ograniczenia używania	95,9	1,2	0,7	0,8	1,3
	Problemy z powodu używania	98,2	0,8	0,5	0,3	0,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Palenie przedpołudniem	88,3	6,9	3,1	0,9	0,8
	Palenie samotnie	92,6	4,2	2,2	0,6	0,3
	Problemy z pamięcią po paleniu	92,6	3,7	2,3	0,6	0,8
	Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	95,0	2,5	0,9	0,8	0,9
	Bezowocne próby ograniczenia używania	94,5	1,6	1,5	0,9	1,5
	Problemy z powodu używania	97,1	1,5	0,8	0,3	0,4

Porównanie wyników uzyskanych w Województwie Wielkopolskim z wynikami ogólnopolskimi nie ujawnia większych różnic w grupie gimnazjalistów, z wyjątkiem palenia przed południem, które deklarowała mniejsza frakcja badanych z województwa niż z całego kraju. W starszej grupie wyniki dla województwa nie odbiegają znacząco od ogólnopolskich.

**Tabela 12. Symptomy problemowego używania przetworów konopi - test przesiewowy CAST (Polska)**

Poziom klasy		Nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Raczej często	Bardzo często
III klasy gimnazjum	Palenie przedpołudniem	90,9	4,7	2,4	0,7	1,3
	Palenie samotnie	93,6	3,3	1,6	0,7	0,9
	Problemy z pamięcią po paleniu	94,0	2,8	1,8	0,7	0,7
	Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	95,0	2,1	0,9	1,0	1,0
	Bezowocne próby ograniczenia używania	95,0	1,7	1,1	0,8	1,3
	Problemy z powodu używania	96,7	1,4	0,8	0,5	0,7
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Palenie przedpołudniem	86,7	7,3	3,9	0,9	1,3
	Palenie samotnie	91,5	4,4	2,1	0,7	1,2
	Problemy z pamięcią po paleniu	90,7	4,9	2,3	1,1	1,0
	Przyjaciele lub krewni mówili żeby ograniczyć używanie	93,6	3,2	1,6	0,8	0,9
	Bezowocne próby ograniczenia używania	93,4	2,6	1,6	1,0	1,4
	Problemy z powodu używania	95,8	2,2	1,2	0,5	0,4

Leki uspokajające i nasenne używane w celach niemedycznych to druga pod względem rozpowszechnienia substancja wśród młodzieży szkolnej. Jak przekonują dane z tabeli 13 zjawisko używania leków uspokajających i nasennych w celach innych niż medyczne ma szerszy zakres niż używanie ich wedle przepisu lekarza w celach leczniczych.

Dane z tabeli 13 pokazują, że 12,6% młodzieży młodszej i 12,5% młodzieży starszej ma doświadczenia z lekami uspokajającymi i nasennymi przyjmowanymi w celach leczniczych. W tej grupie wyróżnić trzeba około trzy-czteroprocentową frakcję badanych, którzy te leki przyjmowali przez trzy tygodnie lub dłużej.

Wedle wyników badań nie ma znaczących różnic między Województwem Wielkopolskim i całym krajem, co do rozpowszechnienia używania leków z przepisu lekarza.

**Tabela 13. Używanie leków z przepisu lekarza**

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Nie, nigdy	87,4	88,6
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	8,6	8,3
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	4,0	3,1
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Nie, nigdy	87,5	89,1
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	8,9	7,7
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	3,6	3,2

Dane z tabel 14 i 15 sugerują, iż używanie leków uspokajających i nasennych w celach medycznych jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Jest tak w obu kohortach, podobnie jak miało to miejsce w przypadku używania tych leków w celach niemedycznych.

**Tabela 14. Używanie leków z przepisu lekarza wśród chłopców**

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Nie, nigdy	90,9	92,0
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	6,4	6,2
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	2,7	1,8
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Nie, nigdy	91,9	92,1

nazjalnych	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	5,4	6,0
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	2,7	1,9

**Tabela 15. Używanie leków z przepisu lekarza wśród dziewcząt**

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Nie, nigdy	84,5	85,4
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	10,6	10,3
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	4,9	4,3
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Nie, nigdy	84,0	86,4
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	11,7	9,3
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	4,3	4,3

### **Problem „dopalaczy”**

Problem „dopalaczy” (smart drugs, legal highs) pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce zaczął narastać w ostatnich latach. Problem dopalaczy rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „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 wrywkowa, zarówno na wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym. Brak nawet precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. Dopalacze w zasadzie cieszą się statusem legalności – jednak obrót nimi odbywa się na zasadach pewnego wybiegu, stanowi omięcie prawa. W Polsce dopalacze jeszcze do października 2010 r. sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane bywają jako kładzielka, sole do kąpeli, odświeżacze powietrza, itp.

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane wedle nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa ryzyko powikłań. 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 zatrucia, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też trudności w niesieniu pomocy osobom, które przedawkowały dopalacze ze względu na trudny do określenia obraz toksykologiczny. Z drugą falą takich przypadków mieliśmy do czynienia w 2015 r.

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia do ankiety już w 2011 r. kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami.

W Województwie Wielkopolskim 7,4% badanych z pierwszej grupy i 6,9% badanych z drugiej grupy było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy” są nieco niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 4,7%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 5,8%). Dane o źródłach zakupów dopalaczy zestawiono w tabeli 16.

Podstawowym miejscem zakupu „dopalaczy” były sklepy z tymi substancjami (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 2,4%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 2,1%). Za pośrednictwem internetu takich zakupów dokonywało 1,1% badanych w pierwszej i 1,1% badanych w drugiej grupie.

**Tabela 16. Źródła zakupów dopalaczy**

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

Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 6,5% gimnazjalistów i 10,4% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (tabela 17). Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 4,4%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 4,8%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało 2,7% badanych z pierwszej grupy i 2,3% z drugiej grupy.

Używanie dopalaczy przez gimnazjalistów zdaje się być nieznacznie mniej rozpowszechnione w województwie niż średnio w kraju, natomiast w starszej kohorcie nie odbiega od wyników ogólnopolskich.

**Tabela 17. Używanie dopalaczy**

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

W tabeli 18 pokazano, pod jakimi postaciami dopalacze były używane w czasie ostatnich 12 miesięcy.

**Tabela 18. Używanie dopalaczy – postać substancji używanej w czasie ostatnich 12 miesięcy**

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
III klasy gimnazjum	Mieszanki ziołowe do palenia	6,6	9,5
	Proszek, kryształki, lub tabletki	1,4	3,2
	Płyn	0,4	1,4
	Inne	1,9	2,3
II klasy szkół ponad-gimnazjalnych	Mieszanki ziołowe do palenia	9,8	11,7
	Proszek, kryształki, lub tabletki	3,4	3,6
	Płyn	0,3	0,3
	Inne	2,4	2,3

Najczęściej dopalaczy używano w postaci mieszanki ziołowej do palenia (6,6% uczniów młodszych i 9,8% starszych). Dopulacze pod innymi postaciami były wykorzystywane znacznie rzadziej.

## Dostępność substancji psychoaktywnych

Aby zbadać dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych prosiliśmy respondentów o oszacowanie, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była przez dwie skrajne możliwości: „Niemożliwe” oraz „Bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Ocenie badanych poddano dostępność napojów alkoholowych, leków uspokajających i nasennych, substancji wziewnych oraz poszczególnych środków nielegalnych. Pełen rozkład odpowiedzi uczniów przedstawia tabela 19.

Należy zwrócić uwagę, że w ocenach respondentów poziom dostępności napojów alkoholowych jest wysoki. Uczniowie klas trzecich gimnazjów, a więc młodzież w wieku 15 lat, uznali za bardzo łatwe do zdobycia: piwo – 35,6%, wino – 28,3% i wódkę – 26,5%. Jedyne znacznie mniejszy odsetek tej grupy badanych uznał za niemożliwe do zdobycia piwo (7,6%), wino (11,5%) i wódkę (13,8%). Młodzież deklaruje podobny poziom dostępu do tytoniu. Za bardzo łatwy do zdobycie uznało go 32,7% gimnazjalistów, za niemożliwy do zdobycie – jedynie 6,2%. Można zauważyć, że większość badanych nie ma dużych trudności z dostępem do napojów alkoholowych i tytoniu, mimo że według polskiego prawa sprzedaż i podawanie używek nieletnim jest zabroniona.

Dostępność poszczególnych napojów alkoholowych i tytoniu w ocenach uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest znacznie wyższa, co nie powinno dziwić, bowiem badanym ze starszej grupy do pełnoletniości niewiele brakuje. Zgodnie z oczekiwaniami odsetki deklarujących łatwy dostęp największe są w przypadku tytoniu i piwa, a najmniejsze w przypadku wódki. Odpowiedź „Bardzo łatwe” padła w przypadku papierosów ze strony 60,0% starszej młodzieży, w przypadku piwa – 65,5% wina – 57,5% i wódki – 54,0%. Jedyne niewielki odsetek tej grupy badanych uznał za niemożliwe do zdobycia: tytoń – 2,5%, piwo – 2,0 %, wino – 3,8% i wódkę – 4,4%.

W przeważającej większości badani nie mieli problemów z oceną dostępności napojów alkoholowych. Nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie jedynie 5-10% uczniów gimnazjów i 2-6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Kwestia dostępu do leków uspokajających i nasennych okazała się trudniejsza do oceny. Na to pytanie odpowiedzi „Nie wiem” udzielił mniej więcej co ósmy badany. Dostęp do tych leków jest też zdaniem młodzieży trudniejszy. Bardzo łatwo byłoby je dostać 20,1% respondentów z młodszej grupy i 28,9% starszych uczniów, niemożliwe do zdobycia byłoby to dla 21,5% badanych w pierwszej grupie i dla 10,6% z drugiej.

**Tabela 19. Ocena dostępności poszczególnych substancji**

Poziom klasy		Nie możliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
III klasy gimnazjum	Papierosy	6,2	5,2	8,4	32,5	32,7	15,0
	Piwo	7,6	4,4	10,3	34,9	35,6	7,2
	Cydr	18,1	6,4	10,3	17,2	18,2	29,8
	Alcopops	21,0	7,5	10,4	9,1	9,8	42,2

	Wino	11,5	6,6	13,1	29,0	28,3	11,6
	Wódka	13,8	9,1	15,2	24,4	26,5	11,1
	Marihuana lub haszysz	26,3	14,4	15,0	19,8	11,8	12,7
	Amfetamina	39,6	16,7	12,5	9,8	4,6	16,8
	Metamfetamina	42,3	16,6	11,7	7,6	3,6	18,2
	Leki uspokajające lub nasenne	21,5	9,3	12,6	24,7	20,1	11,9
	Ecstasy	42,0	13,1	12,5	8,0	4,7	19,7
	Kokaina	39,4	15,7	12,2	9,8	5,4	17,4
	Crack	44,7	14,4	10,6	5,7	3,3	21,3
	Heroina	42,6	15,8	10,9	7,4	4,0	19,4
	Dopalacze	32,6	12,3	12,1	15,6	12,2	15,1
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Papierosy	2,5	1,0	2,9	26,1	60,0	7,5
	Piwo	2,0	1,4	2,5	25,1	65,5	3,4
	Cydr	7,0	1,9	5,4	19,7	45,3	20,6
	Alcopops	10,1	3,1	5,3	11,9	25,1	44,5
	Wino	3,8	1,6	5,5	25,6	57,5	6,1
	Wódka	4,4	2,6	7,4	26,2	54,0	5,3
	Marihuana lub haszysz	11,5	7,9	15,5	33,6	20,7	10,8
	Amfetamina	24,4	15,4	16,3	16,5	7,0	20,5
	Metamfetamina	26,5	16,3	18,3	11,6	4,5	22,9
	Leki uspokajające lub nasenne	10,6	6,6	11,6	29,3	28,9	12,9
	Ecstasy	24,7	13,1	16,6	16,1	7,4	22,2
	Kokaina	25,5	14,9	17,1	15,9	6,0	20,7
	Crack	27,8	15,5	17,5	9,0	2,8	27,4
	Heroina	27,6	16,6	17,7	9,4	4,4	24,2
	Dopalacze	18,6	10,0	14,0	21,6	17,0	18,8

Należy odnotować, że dostępność substancji nielegalnych oceniana jest niżej. Odsetki uczniów młodszych, którzy uważają je za niemożliwe do zdobycia wahają się od 26,3% w przypadku konopi indyjskich do 27,8% w przypadku heroiny. Odsetki młodzieży ze szkół gimnazjalnych stwierdzającej, że byłoby jej bardzo łatwo dostać poszczególne substancje wahają się od 11,8% w przypadku konopi indyjskich do 3,3% w przypadku cracku. W klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych badani w przypadku większości substancji nielegalnych w podobnym odsetku co młodszy uczniowie uznają je za bardzo łatwe do zdobycia. Odpowiedzi takich udzieliło w



odniesieniu do najbardziej dostępnych konopi 20,7% badanych i najtrudniej dostępnego cracku – 2,8% badanych.

W 2011 r. po raz pierwszy zapytaliśmy badanych jak oceniają dostępność dopalaczy. W 2015 r. 12,2% gimnazjalistów oraz 17,0% uczniów ze starszej kohorty uznało tę substancję za bardzo łatwą do zdobycia.

Na koniec trzeba zwrócić uwagę na bardzo wysokie odsetki badanych, którzy nie potrafili oszacować swoich możliwości w zakresie dostępu do substancji nielegalnych. Najmniej badanych miało trudności z oceną dostępu do marihuany i haszyszu, najwięcej z oceną dostępu do cracku. Te relatywnie wysokie odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedź „Nie wiem” wskazują na znaczą frakcję osób do tego stopnia nie zainteresowanych substancjami nielegalnymi, że nie potrafiących nawet wyobrazić sobie skali trudności w zdobyciu tego typu środków.

Wyniki badania ESPAD w Województwie Wielkopolskim z 2015 r. na tle wyników ogólnopolskich skłaniają do sformułowania kilku wniosków, a w ślad za nimi kilku rekomendacji.

Wielkopolska młodzież wedle wyników badania zrealizowanego w 2015 r. jawi się nadal jako zagrożona przez legalne substancje psychoaktywne, chociaż w mniejszym stopniu niż młodzież na poziomie kraju. Większość wskaźników dotyczących substancji nielegalnych także jest dość wysoka, chociaż znacznie niższa niż w przypadku substancji legalnych.

W kwestii używania narkotyków rozbudowa wymaga oferta dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych. Wielu z nich zapewne nie uda się przekonać do pełnej abstynencji, konieczne wydaje się zatem, podjęcie działań zmierzających do minimalizacji szkód, do jakich taki styl życia może prowadzić. Konieczna wydaje się także rozbudowa oferty wczesnej interwencji. W tym celu warto w szerszym zakresie skorzystać z takich programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii jak Candis lub Fred. Chodzi o to, aby zaoferować pomoc osobom nadużywającym substancji psychoaktywnych, już we wczesnej fazie tego procesu, zanim dojdzie do uzależnienia. Oferta ta powinna zawierać możliwość uzyskania pomocy także w placówkach, czy programach młodzieżowych, które niekoniecznie kojarzą się z leczeniem uzależnień.

Badanie ESPAD w Województwie Wielkopolskim pozwoliło na pomiar czynników ryzyka i czynników chroniących.

Jednym z podstawowych czynników ryzyka sięgnięcia przez nastolatka po substancje psychoaktywne jest ich wysoka dostępność. Brak dostępu do substancji ma walor chroniący. W Województwie Wielkopolskim odnotowano wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych oraz tytoniu i znacznie mniejszy – substancji nielegalnych, wśród których relatywnie wyższym poziomem wyróżniają się przetwory konopi. Wprawdzie wskaźniki dostępności przynajmniej części substancji psychoaktywnych w województwie są niższe od notowanych na poziomie kraju, to jednak nadal pozostaje wiele do zrobienia w tej materii.

Największe ryzyko po stronie podaży substancji stwarzają sytuacje propozycji. Osoby, które spotykają się z takimi propozycjami są narażone na zwiększone ryzyko. Wyniki badania sugerują, pod tym względem młodzież Województwa Wielkopolskiego również korzystnie odbiega od średniej ogólnopolskiej.

Jednym z czynników ryzyka po stronie popytu na substancje psychoaktywne jest obracanie się w kręgach użytkowników takich substancji. Zwłaszcza gdy kontakty

towarzyskie lub przyjacielskie ograniczają się do osób, które palą tytoń, piją alkoholu lub używają narkotyków ryzyko przejęcia takiego wzoru zachowań jest dość wysokie. W Województwie Wielkopolskim zdecydowana większość badanych ma wśród swoich przyjaciół osoby palące tytoń oraz osoby pijące napoje alkoholowe, a nawet upijające się. Więcej niż połowa młodzieży starszej młodzieży przyjaźni się z użytkownikami marihuany lub haszyszu. Osoby te eksponowane są dyfuzję wzorów kulturowych dalekich od standardów abstynencji.

Innym czynnikiem wpływającym na zachowania w obszarze substancji psychoaktywnych są przekonania o ryzyku konsekwencji zdrowotnych oraz innych szkód związanych z ich używaniem. Można założyć, iż w przypadku większości młodzieży przekonanie co do dużego ryzyka szkód w wyniku używania substancji będzie sprzyjać ich unikaniu, zaś przekonaniu o ich nieszkodliwości będzie sprzyjać podejmowaniu decyzji o sięganiu po nie. W tym sensie przekonania te stanowią mogą czynnikiem ryzyka, bądź być czynnikiem chroniącym. Młodzież Województwa Wielkopolskiego zdaje się prawidłowo identyfikować poziom zagrożenia związany z różnymi wzorami używania substancji psychoaktywnych, chociaż niepokój może budzić niedocenianie ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi.

Ważnym czynnikiem chroniącym młodzież przed piciem napojów alkoholowych są prawidłowe postawy rodzicielskie, a w szczególności brak przyzwolenia na picie napojów alkoholowych, przynajmniej do czasu osiągnięcia pełnoletności. Tylko niewiele ponad połowa gimnazjalistów i trochę ponad jedna czwarta uczniów szkół ponadgimnazjalnych spotyka się z takim bezwzględny zakazem ze strony swoich rodziców. Istotnym czynnikiem sprzyjającym używaniu substancji psychoaktywnych są oczekiwania wobec tych substancji. Młodzież z Województwa Wielkopolskiego, podobnie jak ich rówieśnicy w całym kraju spodziewają się raczej konsekwencji pozytywnych picia alkoholu i palenia marihuany niż skutków negatywnych. Takie wzory antycypacji stanowią istotny czynnik ryzyka używania substancji<sup>1</sup>.

### **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 raportu<sup>2</sup> 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

1 Departament Zdrowia dysponuje dodatkowo raportem z badań dotyczących używania środków psychoaktywnych przez dzieci i młodzież z terenu powiatu złotowskiego, które zostaną skonfrontowane z wynikami ESPAD za 2019 rok.

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

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 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, 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 (tzw. tabletki gwałtu).

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.

### **3. Założenia merytoryczne programu**

Cel główny programu:

Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych - ograniczenie używania i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych na terenie województwa.

Na poziomie programu wojewódzkiego cel ten realizowany będzie poprzez następujące cele strategiczne:

1. zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych;
2. rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii;
3. profilaktyka;
4. redukcja szkód, rehabilitacja, reintegracja społeczna
5. monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych.

#### **3.1. Cel strategiczny - zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych**

Cel operacyjny:

Działania informacyjne i edukacyjne

Opis działań:

3.1.1 edukacja zdrowotna: prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci,

młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia;

3.1.2 upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie.

Wskaźniki:

- liczba zrealizowanych działań edukacyjnych
- liczba i nakład materiałów informacyjno-edukacyjnych sfinansowanych przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego

Beneficjenci: społeczności lokalne, w szczególności dzieci, młodzież, rodzice i opiekunowie

### **3.2. Cel strategiczny - rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii**

Cel operacyjny:

Podnoszenie kwalifikacji oraz rozwój umiejętności zawodowych osób zaangażowanych w obszarze przeciwdziałania narkomanii

Opis działań:

3.2.1 prowadzenie doskonalenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą dotyczącego wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych oraz umiejętności podejmowania interwencji profilaktycznej;

3.2.2 szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych;

3.2.3 prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego.

Wskaźniki:

- liczba szkoleń na temat konstruowania, monitorowania strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz liczba odbiorców tych szkoleń;
- liczba szkoleń rozwijających umiejętności zawodowe pracowników pomocy społecznej, policji, straży miejskiej i innych grup zawodowych w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych;
- liczba działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania ww. problemów.

Beneficjenci: społeczności lokalne, różne grupy zawodowe, w szczególności takie jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy realizatorzy działań i programów związanych z problematyką narkomanii dorośli, w tym rodzice i opiekunowie, pedagodzy, nauczyciele, pracownicy poradni psychologiczno – pedagogicznych, przedstawiciele organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego.

### **3.3. Cel strategiczny – profilaktyka**

Cel operacyjny:

Rozwój profilaktyki uniwersalnej, selektywnej, wskazującej

Opis działań:

3.3.1 profilaktyka uniwersalna, w tym:

3.3.1.1. upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, osób dorosłych, w tym programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;

3.3.1.2 upowszechnianie oraz wdrażanie programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży;

3.3.2 profilaktyka selektywna, w tym:

3.3.2.1 wspieranie realizacji programów 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 odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby);

3.3.2.2 wspieranie realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny;

3.3.3 profilaktyka wskazująca, w tym:

3.3.3.1 wspieranie realizacji 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 środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Wskaźniki:

- liczba programów profilaktyki uniwersalnej adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz osób dorosłych;
- liczba programów rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą;
- liczba programów profilaktyki selektywnej realizowanych w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
- liczba programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, adresowanych do środowisk zagrożonych
- liczba programów profilaktyki wskazującej adresowanych do osób lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka.

Beneficjenci: dzieci i młodzież na wszystkich poziomach nauczania zagrożona uzależnieniem, dorośli, w tym rodzice i opiekunowie, pedagodzy, nauczyciele społeczności lokalne, różne grupy zawodowe.

### **3.4. Cel strategiczny – redukcja szkód, rehabilitacja, reintegracja społeczna**

Cel operacyjny:

Zwiększanie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych

Opis działań:

3.4.1 zwiększanie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych, w tym:

3.4.1.1 wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i

strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi - HIV, HBV i HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV);

3.4.1.2 rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;

3.4.1.3 rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;

3.4.1.4 wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych nowych substancji psychoaktywnych;

3.4.1.5 zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia.

Wskaźniki:

- liczba dofinansowanych programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;
- liczba dofinansowanych stacjonarnych i ulicznych programów wymiany igieł i strzykawek, programów profilaktyki HIV, HBV, HCV wśród osób uzależnionych;
- liczba dofinansowanych programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;
- liczba odbiorców ww. programów;
- liczba działań na rzecz wsparcia i rozwoju sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;
- liczba działań podjętych na rzecz rozwijania dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych;
- liczba działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych lub działań zwiększających dostępność do istniejących form wsparcia.

Beneficjenci: dzieci, młodzież i dorośli używający narkotyków szkodliwie i uzależnieni dorośli, w tym rodzice i opiekunowie dzieci i młodzieży używającej narkotyków szkodliwie i uzależnionej pedagodzy, nauczyciele, pracownicy poradni psychologiczno - pedagogicznych pracujący z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi używającymi narkotyków szkodliwie i uzależnionymi społeczności lokalne, różne grupy zawodowe realizatorzy działań i programów związanych z problematyką narkomanii.



### **3.5. Cel strategiczny – monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych**

Cel operacyjny:

Badania i monitoring problemu narkotyków i narkomanii

Opis działań:

3.5.1 realizacja badań ilościowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA;

3.5.2 zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii;

3.5.3 rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych.

Wskaźniki:

- liczba przeprowadzonych badań ankietowych w populacji generalnej oraz wśród młodzieży szkolnej w gminach i województwach przeprowadzane co cztery lata zgodnie z metodologią zalecaną przez Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii;
- liczba działań podjętych w zakresie zbierania i analizy danych na temat aktywności JST w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i nowe substancje psychoaktywne
- liczba działań podjętych na rzecz rozwoju i konsolidacji monitoringów wojewódzkich i lokalnych.

Beneficjenci: jednostki samorządu terytorialnego, jednostki administracji rządowej organizacje pozarządowe realizatorzy działań i programów związanych z problematyką narkomanii, instytucje i organizacje naukowe, badawcze, społeczne: krajowe i zagraniczne eksperci i specjaliści związani z problematyką narkomanii i problematyką HIV/AIDS media, społeczności lokalne.

## **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,
- Stacje sanitarno-epidemiologiczne,
- placówki leczenia uzależnień.

## **5. Zasady finansowania programu oraz sposób realizacji jego zadań**

Wojewódzki Program ma charakter ramowy i może ulec modyfikacji w trakcie jego realizacji np. w przypadku nowelizacji zapisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

### **5.1. Harmonogram**

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

### **5.2. 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.

### **5.3 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.