

UCHWAŁA NR XXXVII/470/06
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

z dnia 10 kwietnia 2006 roku

w sprawie „Programu przeciwdziałania narkomanii w województwie podlaskim na lata 2006-2008”

Na podstawie art. 18 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590, z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 153, poz. 1271, Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 116, poz. 1206), art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 94, poz. 788, Nr 164, poz. 1366, Nr 179, poz. 1487, Nr 180, poz. 1493) i art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485) uchwała się co następuje:

§ 1. Uchwała się „Program przeciwdziałania narkomanii w województwie podlaskim na lata 2006-2008”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Podlaskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Wojewódzkim Dzienniku Urzędowym.

**PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM
NA LATA 2006-2008**

Białystok 2006

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	3
Rozdział I Diagnoza problemów związanych z narkomanią w województwie podlaskim	4
1. Narkotyki w szkołach.....	4
2. Przestępczość związana z narkomanią.....	6
3. Zachorowania związane z narkomanią	10
4. Poradnictwo, terapia i readaptacja osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i zagrożonych uzależnieniem	13
Rozdział II Założenia, cele i zadania programu	23
1. Podstawowe założenia programu	23
2. Cel strategiczny programu	23
3. Cele operacyjne programu	23
Koordinacja programu, organy i instytucje odpowiedzialne oraz grupy docelowe	34

Wprowadzenie

Narkomania oznacza nadużywanie środków psychoaktywnych, potocznie – narkotyków, do jakich zaliczane są naturalne lub syntetyczne substancje, które – wprowadzone w określonej dawce do organizmu ludzkiego – oddziałują na ośrodkowy układ nerwowy, powodując między innymi zmiany świadomości, percepcji, nastroju.¹ Rozróżniamy narkotyki pochodzenia naturalnego, takie jak: opium, liście koki, konopie indyjskie czy grzyby halucynogenne oraz otrzymywane w laboratoriach chemicznych, do których należą: amfetamina, ecstasy czy LSD. Środki psychoaktywne mają zdolność wywoływania uzależnień oraz uszkodzania najważniejszych narządów człowieka. Uzależnienie fizyczne jest to przystosowanie organizmu do obecności określonego środka psychoaktywnego, zaś uzależnienie psychiczne oznacza potrzebę, pragnienie przyjmowania określonej substancji, brak której powoduje lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. Myśli i działania osoby uzależnionej koncentrują się wokół narkotyków, ich zdobywania i z nimi związanych doznań.

Narkomania niesie ze sobą poważne ryzyko dla zdrowia publicznego, szczególnie w kontekście chorób infekcyjnych (HIV, żółtaczka, choroby weneryczne, gruźlica). Ryzyko zgonu wśród narkomanów jest kilkakrotnie wyższe niż w porównywalnej wiekowo populacji generalnej. Ponadto narkomania jest ściśle związana z wieloma innymi problemami społecznymi, takimi jak ubóstwo, bezrobocie, prostytutka, przestępczość, bezdomność.

Globalizm spowodował w Polsce silny impuls do rozwoju narkomanii. Nastąpił wzrost podaży narkotyków i popytu na nie. Główną rolę odegrały czynniki związane z wielką zmianą społeczną, na które polityka wobec narkomanii miała niewielki wpływ. Podaż rosła wraz z rozwojem międzynarodowej wymiany handlowej, rosnącym ruchem turystycznym, otwarciem granic, postępującą wymienialnością złotego, rozwojem przestępczości zorganizowanej. Na popyt wpływ miała intensywna transmisja wzorów kulturowych, wśród których pojawiły się także wzory używania substancji psychoaktywnych. Popyt rósł wśród młodych ludzi szczególnie dotkniętych kryzysem transformacji, obserwujących upadek dotychczasowych wartości, bezradność pokolenia rodziców, brak perspektyw po ukończeniu szkoły.

Wyjaśnienia wymaga terminologia używana w programie. Przede wszystkim wskazać trzeba na termin narkotyk oraz związane z nim pojęcie narkomania. Pojęcie narkotyk rozumiane jest jako substancja psychoaktywna inna niż alkohol i tytoń. Obejmuje ono zatem substancje nielegalne, a także niektóre legalne, jak leki psychotropowe czy substancje wziewne (kleje, benzyny itp.) używane w celu odurzania się. Terminem narkotyk zastąpiono używane w ustawie pojęcie „środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych” ze względu na jego zwięzłość. Pojęcie narkomania używane jest zgodnie z przyjętą definicją w art. 4, pkt 11 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii².

¹ J. Zamecka, Narkomania [w:] Encyklopedia socjologii, W. Kwaśniewicz i in. (red.), t.2, Warszawa 1999, s.285.

² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485)

Rozdział I Diagnoza problemów związanych z narkomanią w województwie podlaskim

1. Narkotyki w szkołach

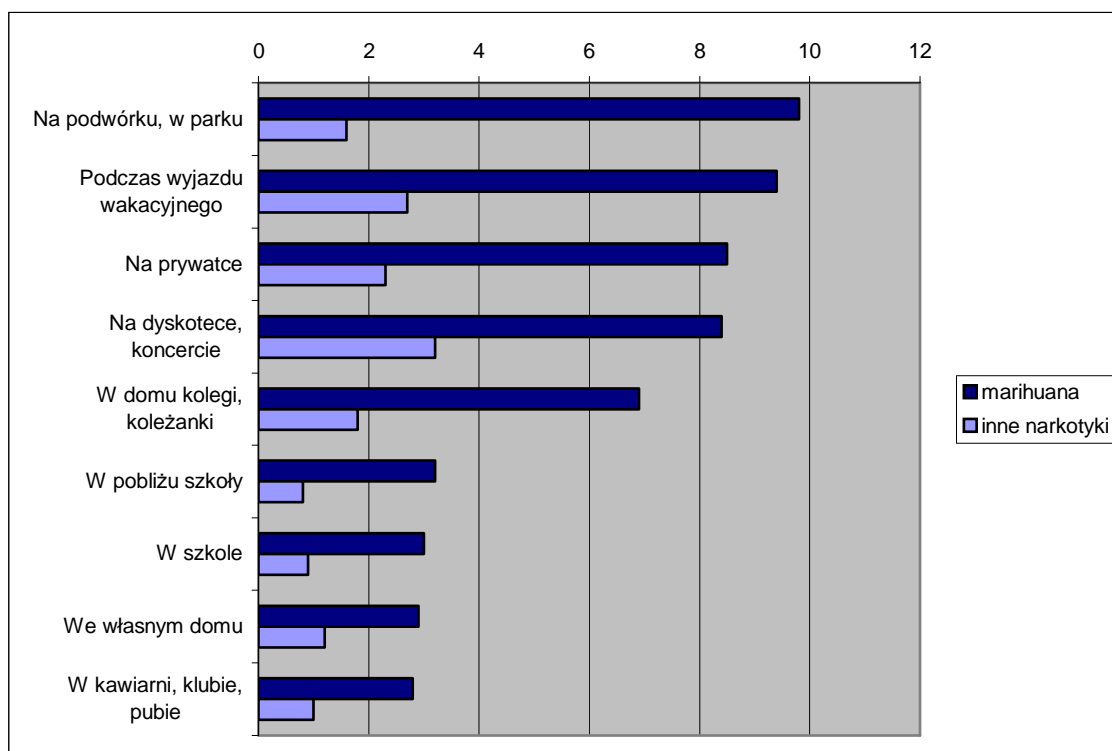
Popyt na narkotyki mierzy się rozpowszechnieniem ich konsumpcji. Źródłem danych na ten temat są głównie badania ankietowe prowadzone w szkołach, bowiem po narkotyki sięgają najczęściej ludzie młodzi. Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród młodzieży w wieku między 15 a 19 rokiem życia przez studentów i pracowników Instytutu Socjologii Uniwersytetu w Białymstoku³ do eksperymentowania z marihuaną przyznało się ok. 31,3% badanych, z haszyszem – 15,4%, z LSD – 3,9%, z amfetaminą – 8,6%, z heroiną – 1,6%, z ecstazy – 4,2%, z klejami lub rozpuszczalnikami – 4,8%, z polską heroiną („kompot”) – 2,1%. Co piąty młody badany używał leków uspakajających, nasennych lub pobudzających bez wiedzy i zgody lekarza (19,0%). Inicjację narkotykową przeszło około 30% badanych, ma ona miejsce już w gimnazjum. Najbardziej popularnym narkotykiem wśród młodzieży jest marihuana, uważana przez młodych ludzi za narkotyk „miękki”, czyli stosunkowo słaby. Jej stosowanie powoduje występowanie uzależnienia psychicznego, a w mniejszym stopniu fizycznego. Efektem używania jest osłabienie kontroli wewnętrznej oraz chęć sięgania po silniejsze środki.

Używanie substancji psychoaktywnych związane jest ze szczególnymi miejscami. Często jest to przestrzeń znajdująca się poza kontrolą osób dorosłych. Miejscami najczęstszego używania narkotyków są: wyjazdy wakacyjne, podwórko, prywatki, dyskoteki (wykres 1). Są to miejsca związane ze spędzaniem czasu wolnego i zabawą. W działaniach profilaktycznych wydaje się potrzebne „wychowywanie do czasu wolnego” oraz kształcenie umiejętności nawiązywania kontaktów i komunikowania bez używania środków „wspomagających”.

Niezmiernie ważnym, nowym i bardzo niebezpiecznym zjawiskiem w szkołach jest handel narkotykami. 31% badanych uczniów deklaruje, że w ich szkołach zdarzało się to zjawisko. Należy zauważyć, że odsetek młodzieży deklarującej występowanie zjawiska handlu narkotykami na terenie szkoły, zwiększa się wraz z czasem nauki. Od szacunkowo 20% w klasach pierwszych do 40% i więcej w klasach czwartych szkół ponadpodstawowych. Zjawisko to należy określić jako szeroko rozpowszechnione i masowe.

³ Młodzież Białegostoku wobec uzależnień i przemocy, pod red. A. Sadowskiego, Instytut Socjologii Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2003, s.49

Wykres 1. Miejsca najczęstszego używania narkotyków przez młodzież Białegostoku



Źródło: Młodzież Białegostoku wobec uzależnień i przemocy, pod red. A. Sadowskiego, Instytut Socjologii Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2003, s.54.

Wzrost zjawiska stykania się uczniów z handlem narkotykami w szkole można zaobserwować już po pierwszym roku nauki. W związku z tym podstawowe działania profilaktyczne powinny być przeprowadzane głównie w klasach pierwszych szkół ponadpodstawowych oraz jednocześnie w ostatnich klasach szkół podstawowych. Zjawisko handlu narkotykami nieco częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt, wyraźnie częściej pojawia się w środowisku szkół publicznych (31,7%) niż niepublicznych (19,4%), wśród uczniów zamieszkałych w Białymstoku (32,4%) oraz okolicznych małych miastach (32,9%) niż wśród uczniów na stałe zamieszkałych w okolicznych wsiach (24,8%).

Ponad jedna trzecia uczniów (32,7%) stwierdziła, że w szkole, do której uczęszczają, ma miejsce zjawisko zażywania narkotyków. Zjawisko to dotyczy częściej chłopców niż dziewcząt, częściej szkół publicznych niż niepublicznych, częściej uczniów na stałe zamieszkałych w Białymstoku niż w miejscowościach podmiejskich.

Zjawisko zażywania narkotyków przez uczniów wskazuje na niską skuteczność działań zapobiegawczych. Niezmiernie ważny jest właściwy dobór programów profilaktycznych, istotne jest również to, aby były one realizowane zarówno w szkole, jak i poza nią.

Działania profilaktyczne stwarzają młodemu człowiekowi okazję aktywnego gromadzenia pozytywnych doświadczeń, podnoszących jego zdolność do radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Niezbędne są zajęcia uczące dzieci i młodzież różnorodnych umiejętności społecznych, wzmacniające poczucie własnej wartości a także przedstawiające wartości, jakimi należy się w życiu kierować.

2. Przestępczość związana z narkomanią

W statystykach policyjnych dotyczących Podlasia, tendencję rosnącą, dotyczącą przestępstw wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, odnotowano głównie na przełomie lat 2002-2004. Liczba tych czynów oscyluje w granicy 1300-1500 przestępstw rocznie, co w porównaniu do lat wcześniejszych (1999-2001), gdzie ich liczba nie przekraczała 800 rocznie, stanowi istotny wzrost. Na taki stan rzeczy z pewnością ma wpływ zarówno nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii penalizująca posiadanie każdej, nawet nieznacznej ilości narkotyków, jak i doskonalenie warsztatu pracy samych policjantów, posiadających coraz lepsze rozpoznanie skali zjawiska, a przez to lepszą wykrywalność przestępstw.

Przestępczość narkotykową, według danych Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku, w województwie podlaskim w latach 2002 – 2004 przedstawia tabela 1. Liczba przestępstw naruszających przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2004 r. wynosiła 1231 i była o 3,1% większa w porównaniu do liczby przestępstw z roku 2003, ale mniejsza o 12,8% w stosunku do liczby popełnionych przestępstw w 2002 r. Zaznaczyć należy, iż pomimo wzrostu ogólnej liczby przestępstw narkotykowych stwierdzonych w 2004 r. w porównaniu do 2003 r. liczba czynów popełnionych przez nieletnich spadła o 70,1% (z 284 w 2003 r. do 85 w 2004 r.).

Najczęściej popełnianymi czynami przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii na terenie województwa podlaskiego w minionych latach były czyny klasyfikowane jako: posiadanie, udzielanie substancji narkotycznych w celu osiągnięcia korzyści, a także udzielanie. W przypadku czynów popełnionych przez nieletnich sytuacja przedstawiała się analogicznie.

Według danych Ministerstwa Sprawiedliwości liczba skazanych w ostatnich latach z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii systematycznie rośnie, co można zaobserwować w skali kraju jak i województwa podlaskiego (por. tab.2). Biorąc pod uwagę udział liczby skazanych z ustawy do liczby skazanych ogółem obserwujemy, również tendencję wzrostową. Na uwagę zasługuje fakt, że wskaźnik ten osiąga nieco wyższy poziom w kolejnych latach w województwie podlaskim w porównaniu ze wskaźnikiem dla całego kraju (por. wykres 2).

Tabela 1. Rodzaje przestępczości narkotykowej na terenie województwa podlaskiego w latach 2002-2004.

Kwalifikacja prawna	Lata	Przestępstwa stwierdzone ogółem	Czyny karalne nieletnich
art.48 ust. 1-2 posiadanie	2002	492	61
	2003	458	120
	2004	613	45
art.46 udzielanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowych	2002	456	26
	2003	408	80
	2004	280	12
art.45 udzielanie	2002	328	28
	2003	194	78
	2004	199	25
art.43 ust.3 wprowadzanie do obrotu znacznej ilości	2002	31	0
	2003	42	0
	2004	52	0
art.49 ust.1 uprawa maku	2002	39	0
	2003	35	3
	2004	46	1
art. 48 ust.3 posiadanie znacznej ilości	2002	19	0
	2003	22	2
	2004	17	2
art.43 ust.1-2 wprowadzanie do obrotu	2002	19	0
	2003	14	0
	2004	13	0
art.42 ust.3 przewożenie, wywożenie, przywożenie	2002	7	0
	2003	7	0
	2004	2	0
art.40 ust.1 wytwarzanie, przerabianie, przetwarzanie	2002	3	0
	2003	5	0
	2004	7	0
art. 41 ust.1 posiadanie przyrządów przeznaczonych do wytwarzania	2002	3	1
	2003	5	1
	2004	1	0
art.49 ust.2 zbiór mlecza makowego	2002	8	0
	2003	2	0
	2004	0	0
art.47 wytwarzanie, przetwarzanie, przerabianie, przewożenie i wywożenie prekursorów	2002	6	0
	2003	2	0
	2004	1	0
Suma	2002	1411	116
	2003	1194	284
	2004	1231	85

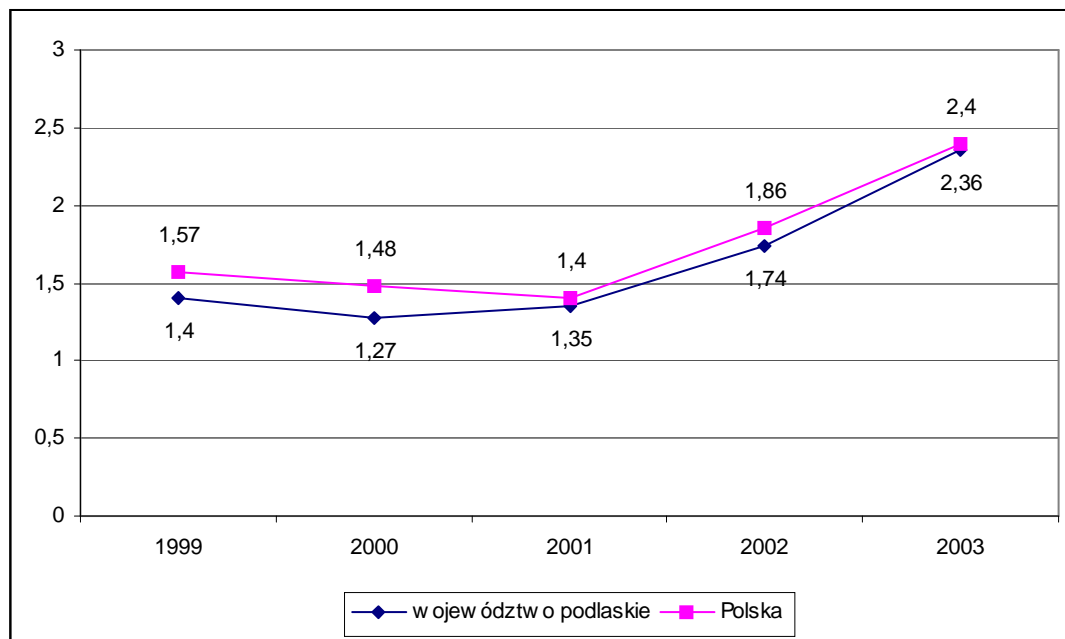
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Białymstoku

Tabela 2. Liczba skazanych prawomocnie przez sądy ogółem i skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w województwie podlaskim w latach 1999-2003

Lata	skazani ogółem		skazani z ustawy	
	w województwie podlaskim	w Polsce	w województwie podlaskim	w Polsce
1999	6 306	207 269	99	2 910
2000	6 635	222 468	98	2 833
2001	11 350	314 727	159	4 256
2002	12 766	364 961	238	6 364
2003	13 787	415 533	331	9 815

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości

Wykres 2. Udział (w %) liczby skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do liczby skazanych ogółem w latach 1999-2003



Źródło: Opracowanie własne

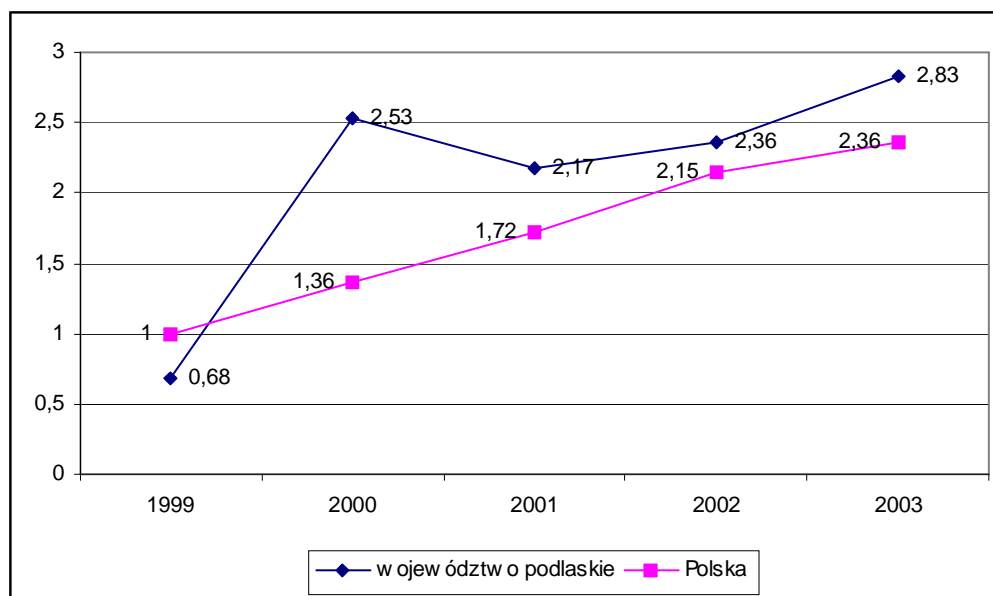
Na terenie województwa podlaskiego w latach 1999-2003 obserwujemy wzrost liczby prawomocnych orzeczeń z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wobec nieletnich (tabela 3). Średnie tempo wzrostu tego zjawiska w latach 2000 – 2003 wynosi dla województwa podlaskiego ok. 10%, a dla całego kraju ok.24%. Udział liczby nieletnich skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do ogólnej liczby skazanych nieletnich był w badanym okresie wyższy w województwie podlaskim w porównaniu do całej Polski (por. wykres 3).

Tabela 3. Liczba prawomocnych orzeczeń wobec nieletnich ogółem i z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 1999-2003

Lata	skazani ogółem		skazani z ustawy	
	w województwie podlaskim	w Polsce	w województwie podlaskim	w Polsce
1999	1 319	33 356	9	333
2000	1 385	34 544	35	470
2001	1 799	35 417	39	610
2002	1 584	35 742	37	767
2003	1 628	37 725	46	889

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości

Wykres 3. Udział (w %) liczby nieletnich skazanych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do liczby nieletnich skazanych ogółem w latach 1999-2003



Źródło: Opracowanie własne

Istotnych informacji dostarczają dane z Podlaskiego Oddziału Straży Granicznej dotyczące przemytu narkotyków i innych środków odurzających przez pas graniczny województwa podlaskiego. W 2001 r. udaremniono przemyt 37 198 tabletek anabolicznych, 3 090 tabletek Metadronu, 475 tabletek Samototroniny, 48 600 tabletek psychotropowych, 57 litrów prekursora grupy I-R BMK. Łączna wartość przemyconych towarów wynosiła 139 402 zł. W 2002 r. udaremniono przemyt 342,66 g amfetaminy oraz 8 873,15 g metamfetaminy na łączną kwotę 300 460 zł. W kolejnym 2003 r. funkcjonariusze udaremnili przemyt na rekordową kwotę 4 736 715 zł. Przemycane narkotyki to 6 kg amfetaminy, 40 000 tabletek ekstazy, 330 g marihuany oraz 300 g siarczanu amfetaminy. W 2004 r. funkcjonariusze Straży Granicznej realizując czynności operacyjno-rozpoznawcze ujawnili uprawę 143 krzaków konopi indyjskich, której szacunkowa wartość rynkowa została określona na 40 175 zł, w tym wartość konopi na 45 050 zł.

Analiza danych zawartych w corocznych sprawozdaniach dotyczących przestępczości „narkotykowej” na terenie województwa podlaskiego nie napawa optymizmem. Skuteczne przeciwdziałanie narkomanii, co jest podkreślane przez KWP w Białymstoku, nie jest zadaniem prostym, bowiem znaczna hermetyczność środowiska wiąże się ze znikomą zgłaszalnością przestępstw oraz niechęcią składania zeznań obciążających osoby handlujące narkotykami. W przypadku osób nieletnich używających narkotyki brak jest współpracy i zrozumienia problemu ze strony prawnych opiekunów, zwłaszcza w początkowej fazie uzależnienia. Przeszkodę w przeciwdziałaniu narkomanii stanowi również brak otwartości wielu szkół, które działając w myśl hasła „najważniejsze jest dobre imię szkoły” nie ujawniają wielu problemów narkotykowych. Policja podkreśla, że ma do czynienia z tzw. „macoszym” traktowaniem profilaktyki przez kadre szkół. Przejawia się to w organizowaniu co najwyżej raz w roku prelekcji na temat narkotyków wśród rodziców i nauczycieli.

KWP podkreśla, że na terenie Podlasia nadal nie istnieje zintegrowany system reagowania na zjawisko narkomanii, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Jako przyczyny takiego stanu rzeczy wymieniane jest brak zainteresowania problemem i lekceważenie narastającego zagrożenia narkomania – co ma swoje odbicie w braku wystarczających środków finansowych przeznaczonych na przeciwdziałanie narkomanii.

3. Zachorowania związane z używaniem narkotyków

Konsekwencją zażywania narkotyków jest postępujące dość w szybkim tempie skrajne wyniszczanie organizmu, prowadzące nawet do śmierci (młodzi narkomani rzadko dożywają 40 lat) oraz pogłębiająca się degradacja psychiczna i społeczna. Najgroźniejsze dla życia jest realne niebezpieczeństwo zarażenia się wirusem HIV wskutek nagminnego używania przez narkomanów niesterylnych igieł i strzykawek. W skali światowej narkomani stanowią drugą co do wielkości grupę pod względem ryzyka zachorowania na AIDS.

Sytuacja dotycząca problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków, do których należy zaliczyć przede wszystkim narażenie na zakażenie wirusem HIV i zachorowanie na AIDS, w województwie podlaskim w ostatnich latach nie jest alarmująca - zakażenia wirusem HIV mają tendencję spadkową, zaś zachorowania na AIDS pozostają na mniej więcej takim samym poziomie (por. tabela 4 i 5 oraz wykresy 4 i 5). Podobną sytuację obserwujemy w skali całego kraju, co jest pewnym sukcesem, ponieważ tendencje w tej dziedzinie nawet w krajach zachodnich są inne - wraz ze wzrostem używania narkotyków wzrasta liczba zakażonych, nosicieli wirusa HIV.

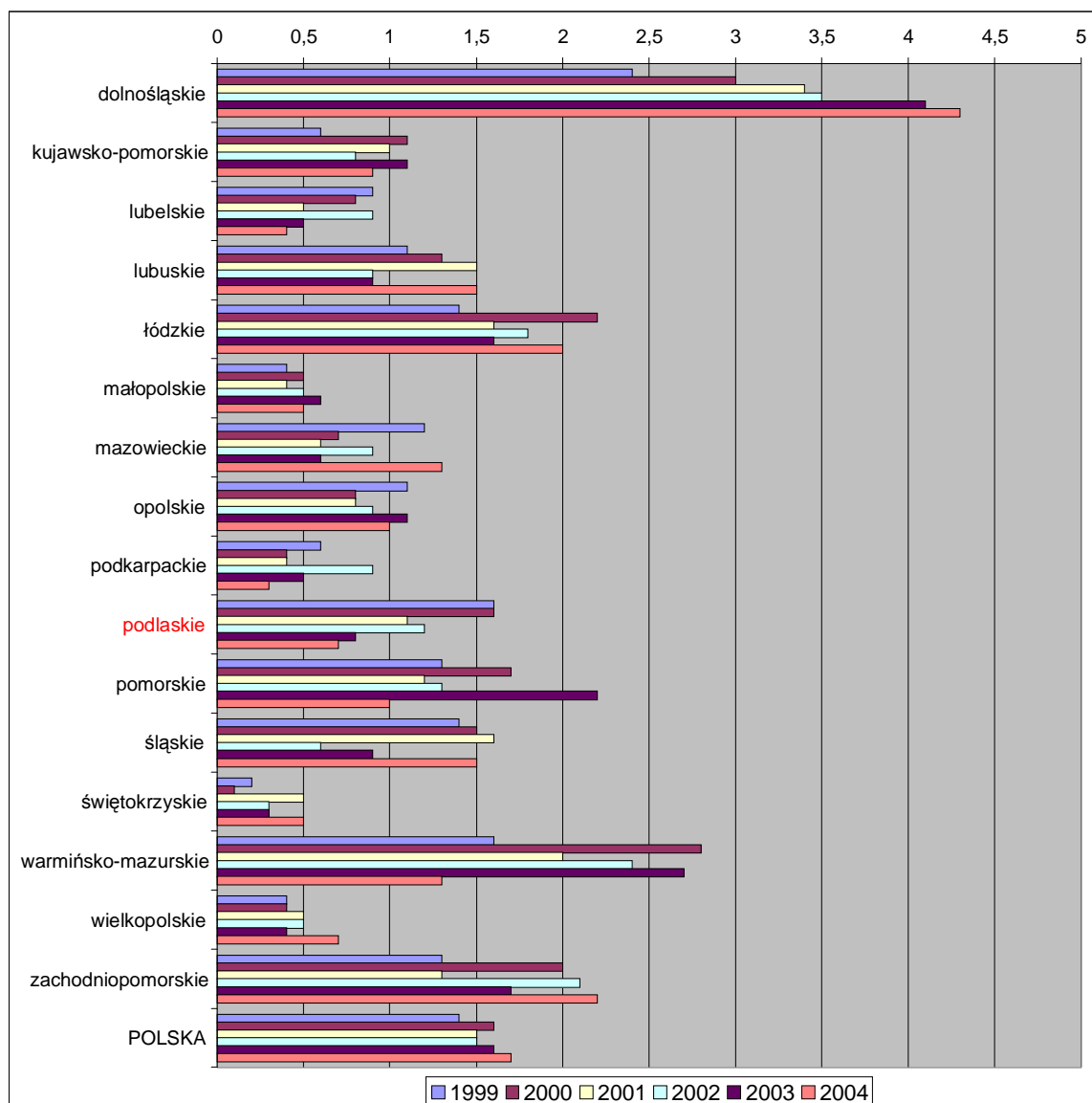
Tabela 4. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV w latach 1999-2004

Lata	Ogółem liczba osób		W tym narkomani		Wskaźnik zakażeń*	
	województwo podlaskie	Polska	województwo podlaskie	Polska	województwo podlaskie	Polska
1999	19	527	13	265	1,6	1,4
2000	20	630	11	333	1,6	1,6
2001	13	559	5	269	1,1	1,5
2002	15	574	3	180	1,2	1,5
2003	10	610	0	217	0,8	1,6
2004	9	656	5	184	0,7	1,7

* wskaźnik wszystkich zakażeń na 100 tys. mieszkańców

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Wykres 4. Wskaźnik wszystkich zakażeń wirusem HIV na 100 tys. mieszkańców w latach 1999-2004



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

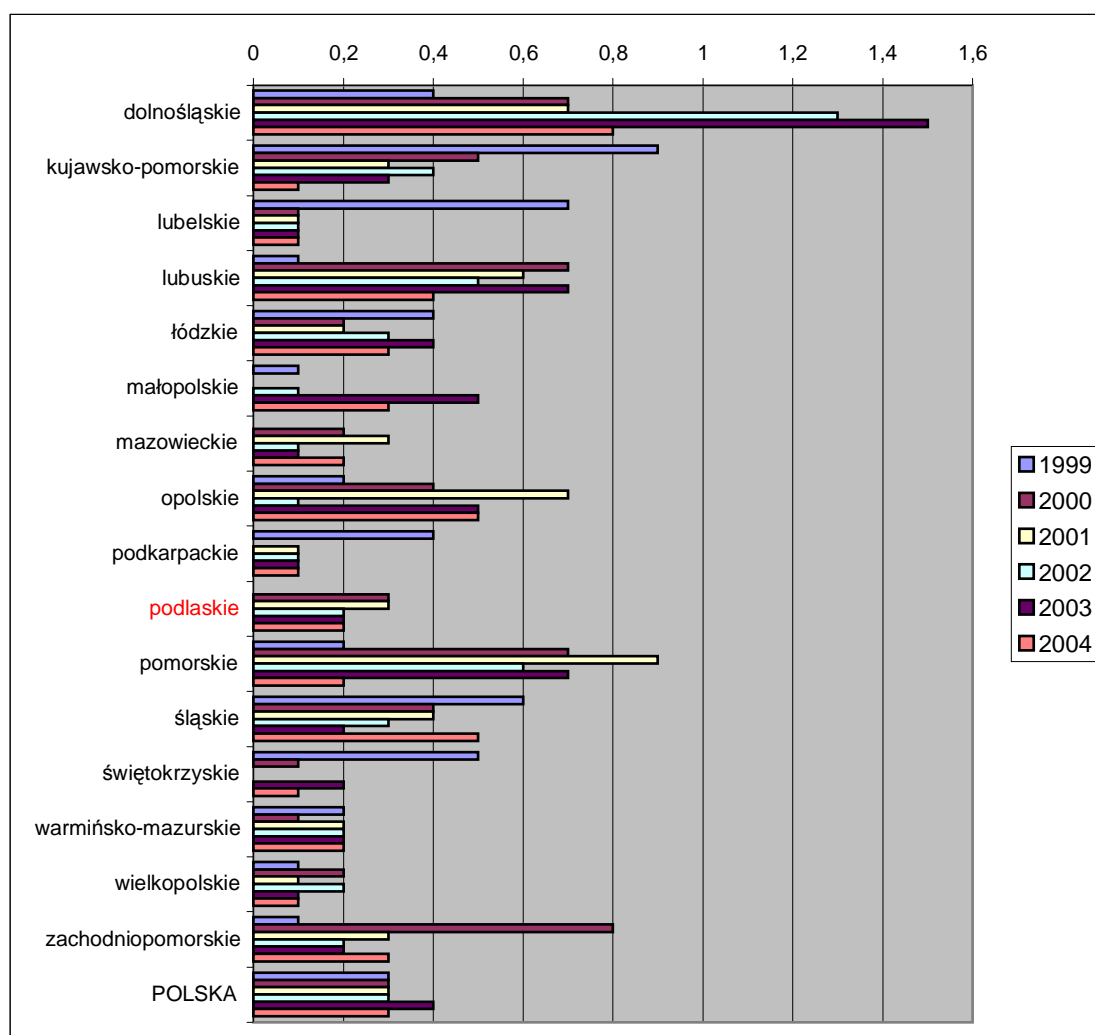
Tabela 5. Liczba nowych zachorowań na Aids w latach 1999-2004

Lata	Ogółem liczba osób		W tym narkomani		Wskaźnik zakażeń*	
	województwo podlaskie	Polska	województwo podlaskie	Polska	województwo podlaskie	Polska
1999	2	135	2	77	0	0,3
2000	3	121	0	62	0,3	0,3
2001	3	129	1	68	0,3	0,3
2002	2	116	1	65	0,2	0,3
2003	2	138	1	82	0,2	0,4
2004	3	118	2	50	0,2	0,3

* wskaźnik wszystkich zachorowań na 100 tys. mieszkańców

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Wykres 5. Wskaźnik wszystkich zachorowań na AIDS na 100 tys. mieszkańców w latach 1999-2004



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Zmiany we wzorach używania narkotyków w kierunku wzorów mniej destruktywnych rodzą nadzieję na ograniczenie rozmiarów konsekwencji zdrowotnych. Ich potwierdzeniem jest stabilizacja trendu nowych zakażeń HIV.

Narkoman pozostawiony bez pomocy nie jest w stanie samodzielnie kierować swoim życiem tak, by uniknąć zagrożeń zdrowotnych, ani nie jest w stanie sam podjąć leczenia. Racjonalne podejście do planowania systemowej opieki osób uzależnionych powinno odnosić się do trzech zasadniczych elementów:

- zmniejszenia śmiertelności z powodu przyjmowania substancje szkodliwych,
- poprawy jakości życia, w tym stanu zdrowia,
- skutków epidemiologicznych związanych z szerzeniem się niektórych chorób zakaźnych (HIV, WZW typu B, C, gruźlica itd.).

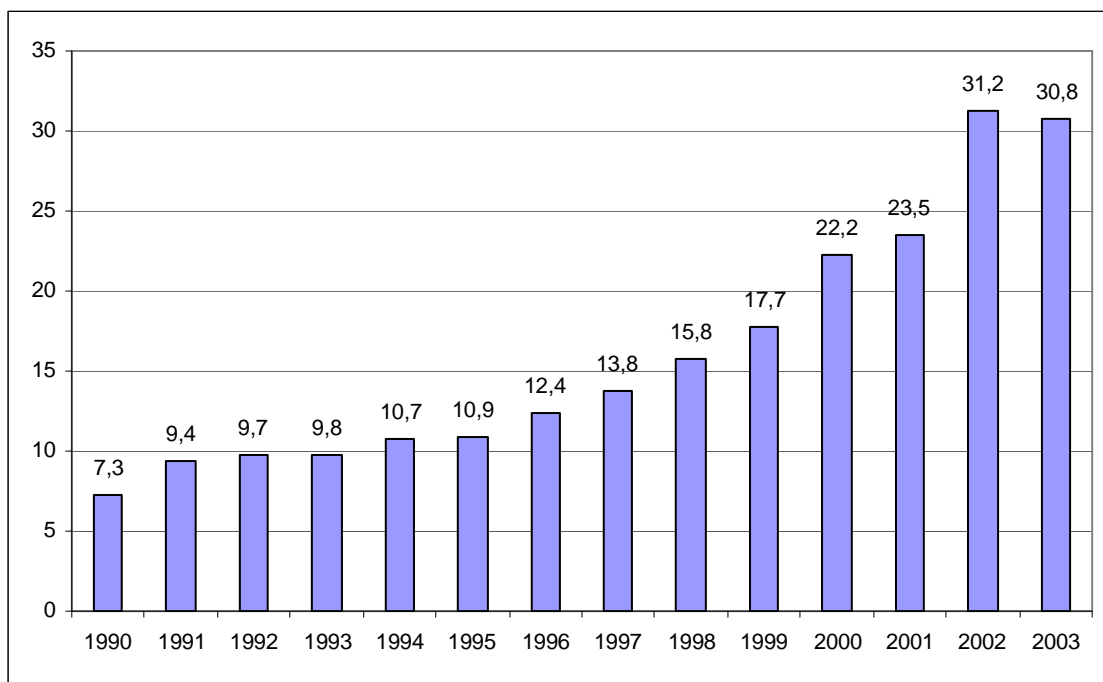
Implikacją tych trzech zasad mogą być wymierne korzyści ekonomiczne, do których prowadzi szeroki program redukcji szkód związanych z uzależnieniem. Każda infekcja krwiopochodna, zwłaszcza u osoby wyniszczonej, niedożywionej, z niską odpornością, z zakażeniem HIV, może okazać się groźna dla życia. Pacjenci tacy wymagają hospitalizacji a następnie leczenia ambulatoryjnego. Pozostawieni bez pomocy, napiętnowani przez opinię społeczną, odrzuceni przez własne rodziny, nierzadko umierają z przedawkowania narkotyków lub w wyniku chorób. Ten humanitarny aspekt powinien być na pierwszym miejscu działań kompleksowej opieki w cywilizowanych społeczeństwach dwudziestego pierwszego wieku, bowiem żaden człowiek nie powinien dziś pozostawać bez pomocy.

4. Poradnictwo, terapia i readaptacja osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i zagrożonych uzależnieniem

Lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i lecznictwo psychiatryczne stacjonarne objęte są dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych wypełnianych w momencie wypisu pacjenta z placówki oraz w dniu 31 grudnia każdego roku. Podstawą drugiego systemu sprawozdawczości są zbiorcze zestawienia statystyczne na poziomie poradni. Dane z lecznictwa stacjonarnego są zatem dokładniejsze – nie są obarczone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach. Dane z lecznictwa stacjonarnego lepiej też odzwierciedlają trendy epidemiologiczne. Do ich oceny służy m.in. wskaźnik określający liczbę osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmujący wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły czy kontynuowały w następnym roku. Drugim ważnym wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków, nie notowanych wcześniej w lecznictwie, a więc bliższy jest temu, co dzieje się w populacji.

W Polsce w 2003 r. przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 11 778 osób. Oznacza to spadek o 1,2% w stosunku do 2002 r., kiedy to przyjęto 11 915 osób. Spadek ten stanowi przełom w trendzie wzrostowym notowanym od początku lat dziewięćdziesiątych (wykres 6).

Wykres 6. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców).



Źródło: Narkomania w Polsce w 2003 roku, [w:] Serwis Informacyjny narkomania, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Nr 1 (28) 2005, s.5

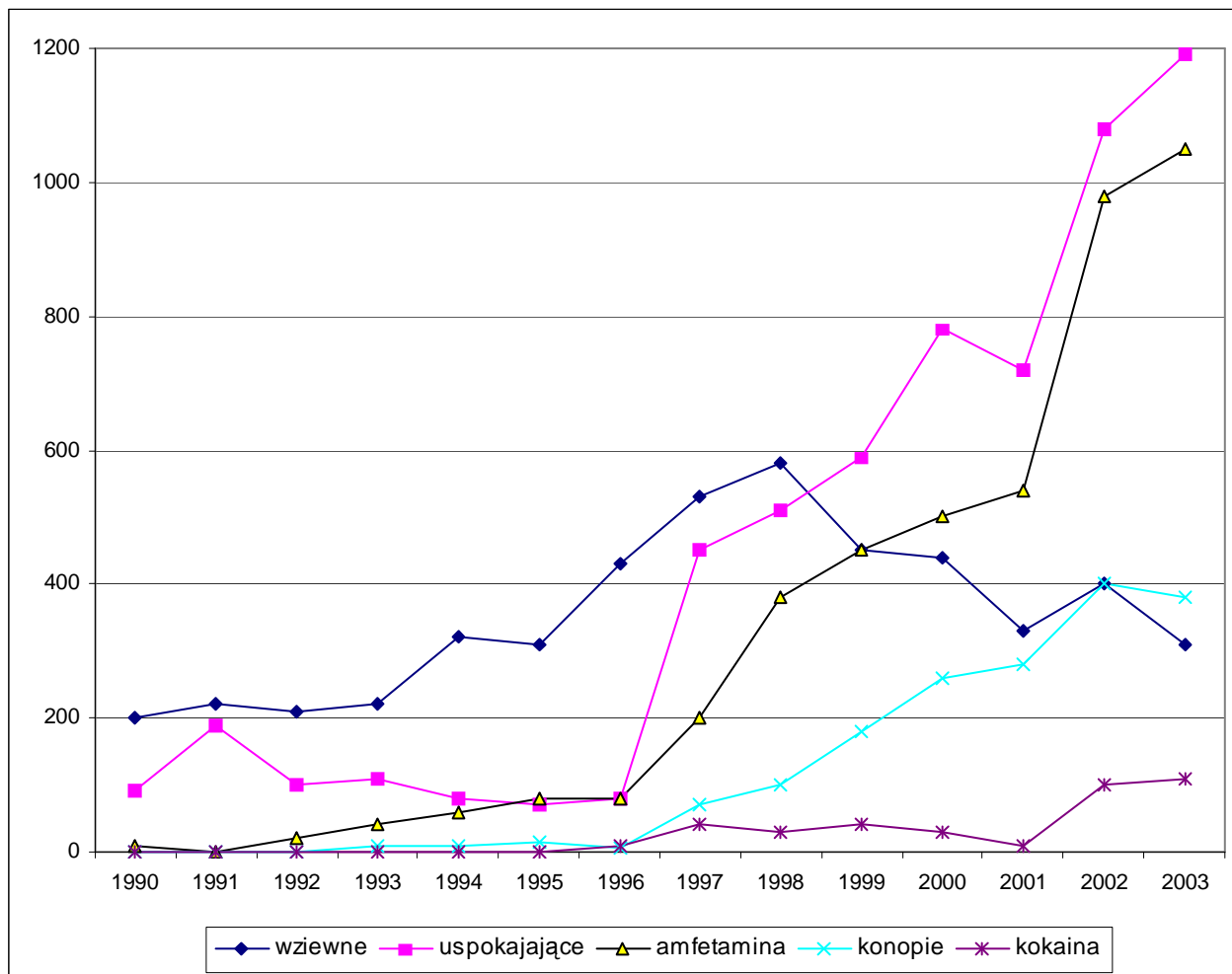
Wskaźnik zgłaszalności do leczenia w ostatnich latach wzrastał nierównomiernie, bowiem między 2000 a 2001 rokiem zwiększył się o 6%, a między 2001 i 2002 r. aż o 32,7%. Nie wiadomo zatem, czy obecny spadek stanowi trwale odwrócenie trendu, czy jest przejawem jego fluktuacji.

Według danych statystycznych stacjonarnego leczenia psychiatrycznego odnoszących się do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń, w Polsce obserwujemy następujące tendencje, co do liczby przyjętych pacjentów wg typowych używanych środków (por. wykres 7)⁴:

- Zahamowanie trendu spadkowego liczby nadużywających substancji wziewnych.
- Lekkie osłabienie trendu wzrostowego liczby nadużywających leków uspokajających i nasennych.
- Kontynuację zapoczątkowanego w 1992 r. wzrostu liczby osób nadużywających środki z grupy amfetaminy.
- Zahamowanie trendu wzrostowego liczby osób nadużywających przetworów konopi.
- Stabilizację liczby osób nadużywających kokainy.

⁴ por. Narkomania w Polsce w 2003 roku, [w:] Serwis Informacyjny narkomania, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Nr 1 (28) 2005, s.8

Wykres 7. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1990-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych – wybrane typy środków wg liczby pacjentów.



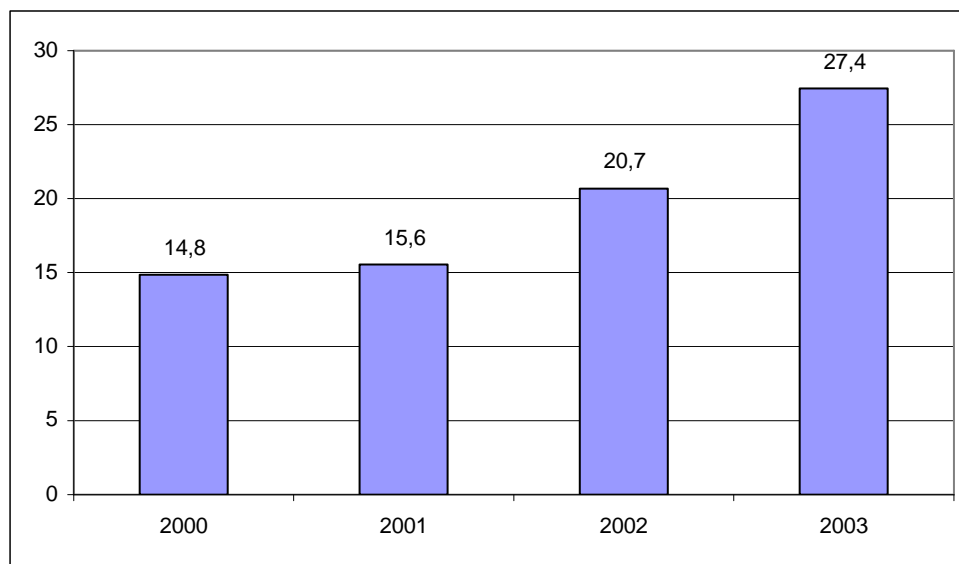
Źródło: Narkomania w Polsce w 2003 roku, [w:] Serwis Informacyjny narkomania, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Nr 1 (28) 2005, s.10

W województwie podlaskim w 2003 r. odnotowano 330 pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Jest to liczba o 32% większa w porównaniu do liczby przyjętych w 2002 r. i aż o 74% większa od liczby pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2001 r. Biorąc pod uwagę wskaźnik określający liczbę przyjętych na 100 000 mieszkańców obserwujemy również znaczący wzrost jego poziomu liczbowego od 2002 r. (por. wykres 8). Na uwagę zasługuje fakt, że wskaźnik ten dla województwa podlaskiego wzrósł w 2003 r. w porównaniu do 1990 r. aż o 211% (por. tab. 6). Województwo podlaskie wyróżnia się na tle innych województw najwyższym wzrostem wskaźnika przyjętych do leczenia stacjonarnego w roku 2003 w porównaniu do 2002, bo aż o 32%.

Przyjęci po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych stanowili w województwie podlaskim w 2003 r. ponad połowę (61%) wszystkich przyjętych pacjentów. Dynamika przyjęć pierwszorazowych wskazuje, że w 2003 r. w porównaniu do 2002 r. wskaźnik liczby tych

pacjentów na 100 000 mieszkańców wzrósł w województwie podlaskim o 32%, co na tle innych województw stawia podlaskie na drugiej, po świętokrzyskim pozycji (por. tab. 7).

Wykres 8. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w województwie podlaskim w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 000 mieszkańców).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Tabela 6. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta.

Województwo	Liczba osób w 2003 r.	Wskaźnik na 100 000 w 2003 r.	Wskaźnik na 100 000 w 2002r.	Wskaźnik zmiany 2002=100	Wskaźnik zmiany 1990=100
dolnośląskie	1432	49,4	50,4	98	266
kujawsko-pomorskie	501	24,2	21,0	115	360
lubelskie	373	17,0	14,7	116	389
lubuskie	657	65,2	76,6	85	487
łódzkie	758	29,2	23,6	124	671
małopolskie	315	9,7	7,9	123	384
mazowieckie	2531	49,3	54,4	91	659
opolskie	215	20,4	18,1	113	265
podkarpackie	232	11,1	10,0	111	305
podlaskie	330	27,4	20,7	132	311
pomorskie	619	28,3	24,8	114	324
śląskie	1114	23,6	20,9	113	286
świętokrzyskie	168	13,0	10,4	125	343
warmińsko-mazurskie	620	43,4	42,5	102	554
wielkopolskie	900	26,8	23,1	116	662
zachodniopomorskie	794	46,8	41,4	113	544
brak danych i obcokrajowcy	219				
Polska	11778	30,8	31,2	99	420

Źródło: Narkomania w Polsce w 2003 roku, [w:] Serwis Informacyjny narkomania, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Nr 1 (28) 2005, s.12

Tabela 7. Przyjęci po raz pierwszy do lecznictwa stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta.

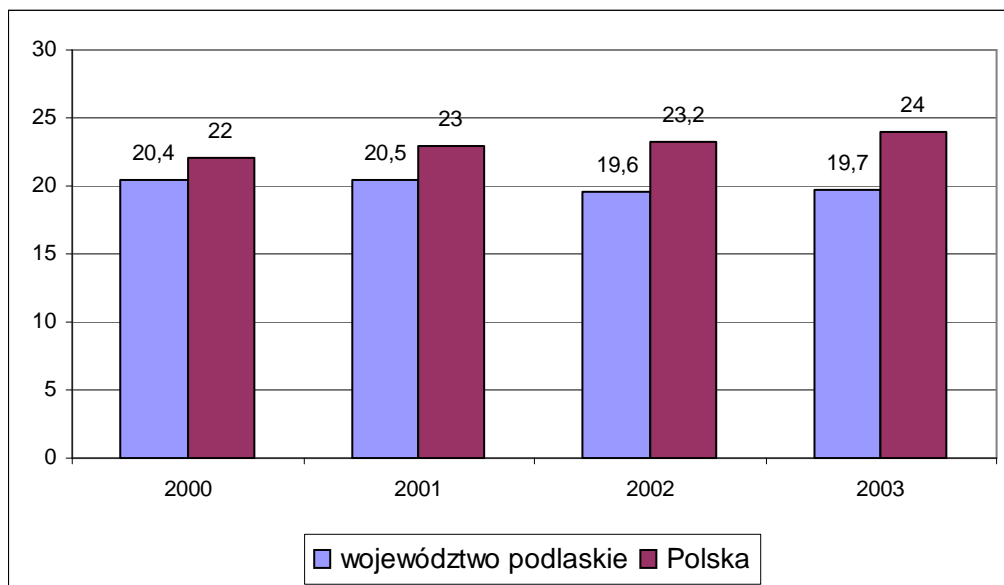
Województwo	Liczba pacjentów pierwszorazowych	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na tys. mieszkańców	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2002=100
dolnośląskie	710	51,7	24,5	93
kujawsko-pomorskie	302	61,5	14,6	101
lubelskie	197	55,0	9,0	117
lubuskie	366	56,2	36,3	81
łódzkie	496	66,5	19,1	122
małopolskie	178	58,0	5,5	129
mazowieckie	1412	58,6	27,5	84
opolskie	140	68,3	13,3	121
podkarpackie	120	54,3	5,8	109
podlaskie	194	61,0	16,1	132
pomorskie	357	59,3	16,4	114
śląskie	664	61,7	14,1	116
świętokrzyskie	108	65,9	8,4	140
warmińsko-mazurskie	328	54,4	23,0	106
wielkopolskie	555	63,8	16,5	113
zachodniopomorskie	467	63,7	27,6	113
brak danych i obcokrajowcy				
Polska	6693	56,8	17,5	99

Źródło: Narkomania w Polsce w 2003 roku, [w:] Serwis Informacyjny narkomania, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Nr 1 (28) 2005, s.17

Warto również prześledzić wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia. Wykres 9 ilustruje zmiany odsetka kobiet wśród przyjętych do leczenia w województwie podlaskim na tle zmian odsetka kobiet przyjętych do leczenia w Polsce w latach 2000-2003. W rozpatrywanym okresie odsetek kobiet w województwie podlaskim był cały czas poniżej średniej dla Polski. Poza tym oscylował na dość zrównoważonym poziomie 19-20%, zaś dla całej Polski przyjmował wartości liczbowe coraz większe, by w roku 2003 osiągnąć poziom 24%.

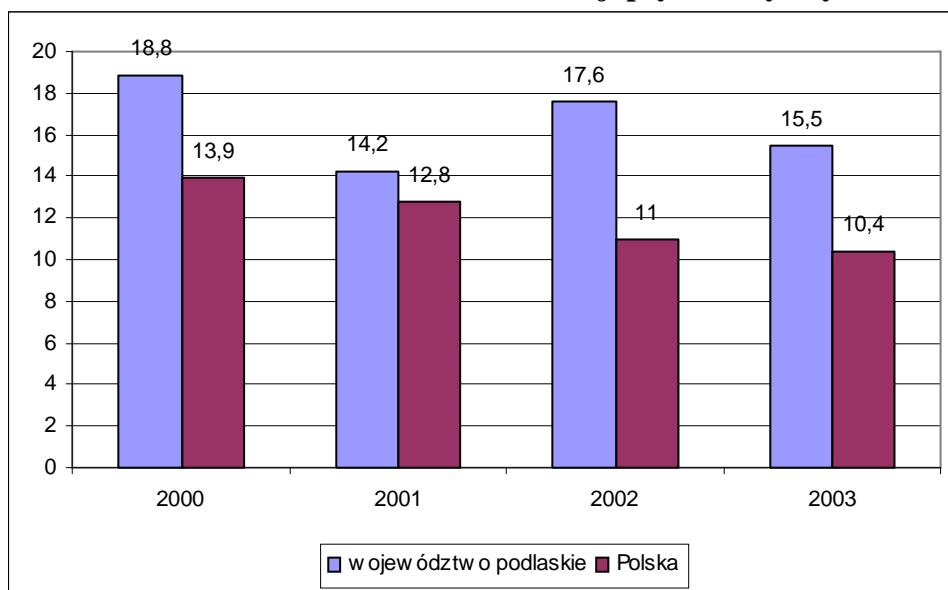
Wykres 10 przedstawia kształtowanie się odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia w województwie podlaskim na tle całego kraju w latach 2000-2003. Sytuacja w naszym województwie w porównaniu do tendencji w skali kraju jest odmienna, bowiem frakcja osób nieletnich przyjętych do leczenia dla Polski wykazuje tendencje spadkową (od 13,9% w 2000 r. do 10,4% w 2003 r.), zaś w województwie podlaskim wskaźnik ten charakteryzuje się wahaniami. Poza tym procent nieletnich przyjętych do leczenia w województwie podlaskim znacznie przewyższa średnią krajową (np. o 6,6 p.p. w 2002 r. oraz o 5,1 p.p. w 2003 r.).

Wykres 9. Odsetek kobiet przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Biura ds. Zwalczania Narkomanii.

Wykres 10. Odsetek osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2003 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Biura ds. Zwalczania Narkomanii.

Województwo podlaskie mimo, że należy do terenów o raczej niskim rozpowszechnieniu zjawiska narkomanii, to jednak wysoka dynamika wskaźników w ostatnich latach sugeruje zmiany tej sytuacji. Wydaje się, że na terenie województwa podlaskiego wymagają zintensyfikowania zarówno działania profilaktyczne, jak i programy pomocy – leczenie i redukcja szkód.

Stan zasobów związanych z leczeniem, rehabilitacją oraz readaptacją społeczną na terenie województwa podlaskiego to m.in. pięć placówek ambulatoryjnych, które zajmują się poradnictwem dla rodzin osób uzależnionych, używających narkotyki, prowadzeniem programów terapeutycznych,

konsultacji lekarskich, programów wymiany igieł i strzykawek, oferują bezpłatne testy na obecność narkotyków w moczu, kierują narkomanów do oddziałów detoksykacyjnych i ośrodków rehabilitacyjnych, a także prowadzą terapię indywidualną i grupową. Na terenie województwa podlaskiego działają placówki ambulatoryjne prowadzone przez następujące podmioty:

- Stowarzyszenie MONAR, Punkt Konsultacyjny w Białymstoku, ul. Ordonówny 3,
- NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „ETAP” w Białymstoku, ul. Włókiennicza 7,
- Młodzieżowy Punkt Konsultacji i Terapii w Augustowie, ul. Wyszyńskiego 3A,
- Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień Poradnia Uzależnień w Łomży, ul. Rybaki 3,
- Poradnia Leczenia Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych w Suwałkach, ul. Waryńskiego 39B

Tabela 8. Uczestnicy zajęć oferowanych przez Punkt Konsultacyjny MONAR w Białymstoku w latach 2000-2004.

Rodzaj uczestników	2000r.		2001r.		2002r.		2003r.		2004r.	
	indywidualnie	grupowo	indywidualnie	grupowo	indywidualnie	grupowo	indywidualnie	grupowo	indywidualnie	grupowo
Osoby używające narkotyków	402	-	517	-	352	-	376	-	399	-
Rodzina, opiekunowie	666	1 547	398	75	458	75	469	-	403	136
Kuratorzy, pedagodzy			82	24	76	72	153	68	153	86
Młodzież nie używająca narkotyków			-	1 931	96	2 390	102	717	86	1 338
Osoby po ukończonej terapii	10	-	42	-	42	-	34	-	65	-
Razem	1 078	1 547	1 039	2 030	1 024	2 537	1 134	785	1 106	1 582
	2 625		3 069		3 481		1 919		2 688	

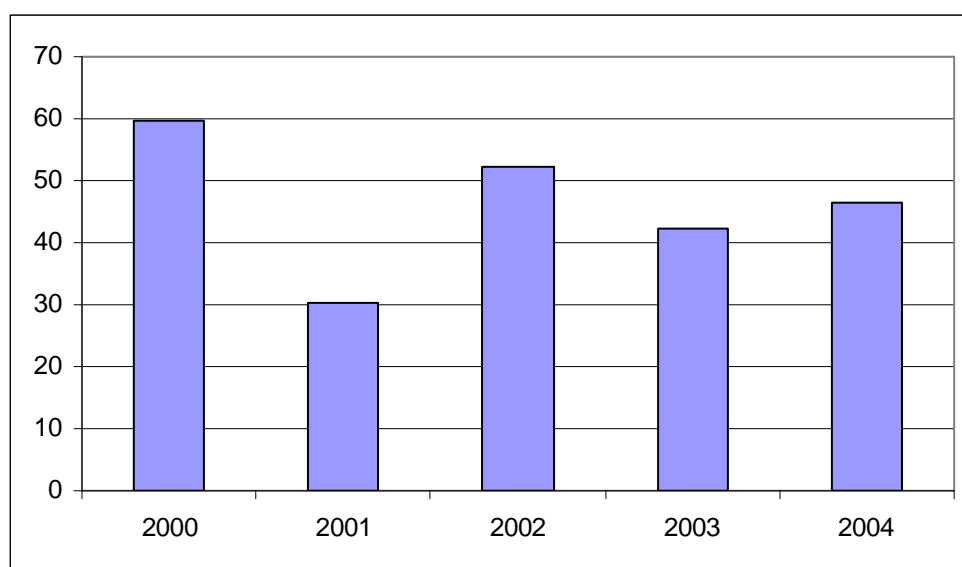
Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań końcowych Punktu Konsultacyjnego Stowarzyszenia MONAR w Białymstoku w Białymstoku za lata 2000-2004

Ze sprawozdań wynika, że w latach 2000-2004 w zajęciach oferowanych przez Punkt Konsultacyjny MONAR w Białymstoku wzięło udział łącznie 13 782 osoby. Jak wynika z informacji zawartych w tabeli 8, w badanym okresie najwięcej uczestników odnotowano w 2002 r. (3 481 osób), zaś najmniej w 2003 r. (1 919). Osoby używające narkotyki, biorące udział w indywidualnych zajęciach stanowiły od 30% do 40% indywidualnych uczestników oferowanych zajęć. Poza tym znaczącą część w zajęciach indywidualnych stanowiła rodzina i opiekunowie, mniejszą kuratorzy i pedagodzy. Zdecydowanie najmniejszy odsetek uczestników indywidualnych stanowiły osoby po ukończonej terapii (od 1% do 5%). W zajęciach grupowych zdecydowaną przewagę stanowiła młodzież nie używająca narkotyków, biorąca udział w programach profilaktycznych.

Wymierne rezultaty punktu Konsultacyjnego MONAR w Białymstoku w latach 2000-2004 są następujące:

- 2000 r.: z 402 osób uzależnionych i używających szkodliwe narkotyki 79 podjęło leczenie szpitalne, 100 osób zdecydowało o podjęciu terapii w ośrodkach stacjonarnych, 61 osób podjęło terapię ambulatoryjną;
- 2001 r.: z 517 osób uzależnionych i używających szkodliwe narkotyki 55 podjęło leczenie szpitalne, 73 osoby zdecydowało o podjęciu terapii w ośrodkach stacjonarnych a 29 osób podjęło terapię ambulatoryjną;
- 2002 r.: z 352 osób uzależnionych i używających szkodliwe narkotyki 53 podjęło leczenie szpitalne, 75 osób podjęło decyzję o terapii w ośrodkach stacjonarnych, zaś 65 osób podjęło terapię ambulatoryjną;
- 2003 r.: z 376 osób uzależnionych i używających szkodliwe narkotyki 51 podjęło leczenie szpitalne, 68 zdecydowało o podjęciu terapii w ośrodkach stacjonarnych, a 40 osób podjęło decyzję o terapii ambulatoryjnej;
- 2004 r.: z 399 osób uzależnionych i używających szkodliwe narkotyki 45 podjęło leczenie szpitalne, 83 osoby zdecydowało o podjęciu terapii w ośrodkach stacjonarnych, zaś 57 osób podjęło terapię ambulatoryjną.

Wykres 11. Osoby uzależnione i używające szkodliwe narkotyki, które podjęły leczenie (w % osób uzależnionych ogółem) za pośrednictwem Punktu Konsultacyjnego MONAR w Białymstoku.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań końcowych Punktu Konsultacyjnego Stowarzyszenia MONAR w Białymstoku za lata 2000-2004

Procentowy wskaźnik osób, które podjęły leczenie, wyznaczany jako liczba osób podejmujących leczenie w stosunku do wszystkich osób uzależnionych i używających szkodliwe narkotyki uczestniczących w programach Punktu Konsultacyjnego MONAR w Białymstoku, ilustruje wykres 11. Najlepsza sytuacja miała miejsce w 2000 r., kiedy to ponad połowa uzależnionych podjęła leczenie.

W kolejnym roku sytuacja wyraźnie zmieniła się na niekorzyść, bowiem tylko ok. 30% podjęło leczenie. Następny skok wskaźnika nastąpił w 2002 r. (do 52,2%), by w kolejnym 2003 r. spaść do poziomu 42,3%. Optymizmem napawa fakt, że w 2004 r. procent osób uzależnionych podejmujących leczenie wzrósł w porównaniu do roku poprzedniego o ok. 10%.

Inną placówką ambulatoryjną działającą w Białymstoku jest NZOZ Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „ETAP”. Placówka służy pomocą młodzieży zagrożonej uzależnieniem i uzależnionej, ich rodzicom i wychowawcom.

Tabela 9. Uczestnicy zajęć oferowanych przez Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji „ETAP” w Białymstoku w latach 2000-2005.

Zadania	2002 rok			2003 rok			2004 rok			2005 rok		
	liczba osób	liczba grup	liczba godz.	liczba osób	liczba grup	liczba godz.	liczba osób	liczba grup	liczba godz.	liczba osób	liczba grup	liczba godz.
Terapia indywidualna												
<ul style="list-style-type: none"> zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od środków psychoaktywnych neofitów członków rodzin ww. 	216		778	316		1101	847		1333	858		1589
	253		502	325		1091	222		658	213		561
Poradnictwo, konsultacje, interwencje kryzysowe												
<ul style="list-style-type: none"> dla osób zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych neofitów członków rodzin innych (nauczycieli, pedagogów, kuratorów sądowych, policjantów, pracowników socjalnych, lekarzy, itp.) 	692		692	603		603	580		580	408		
	33		33	87		87	60		60	43		
	695		695	767		767	538		538	491		
	812		812	342		342	604		604	326		
Zajęcia informacyjno-edukacyjne dla młodzieży, studentów	2723	126	367	3435	153	340	1958	89	178	2575	103	412
Grupy												
<ul style="list-style-type: none"> terapeutyczne dla rodziców socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży psychoedukacyjne dla grup ryzyka wsparcia dla nauczycieli, wychowawców 	53	5	135	19	2	108	46	3	387	36	3	321
	289	19	260	262	19	260	635	33	531	394	26	480
	374	22	448	27	22	348	156	13	268	203	12	496
	29	3	69	56	5	154				46	8	160
Szkolenia												
<ul style="list-style-type: none"> nauczycieli, pedagogów księży, katechetów kuratorów sądowych dyrektorów szkół lekarzy 	178	10	242	123	8	216	1927	38	950	336	16	300
							425	15	375			
							82	2	28	68	1	6
							42	1	12	22	1	12
										46	1	12
RAZEM	6347	185	5033	6370	209	4963	8131	194	6566	6081	171	4394

Stan zasobów związanych z leczeniem, rehabilitacją oraz readaptacją społeczną na terenie województwa podlaskiego to, oprócz placówek ambulatoryjnych, oddział detoksykacyjny SPP ZOZ im. Stanisława Deresza Pododdział Leczenia Uzależnień w Choroszcy, dwie placówki stacjonarne zajmujące się leczeniem długoterminowym:

- Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii Uzależnień „Metanoia” w Czarnej Białostockiej,
- NZOZ Ośrodek Resocjalizacji „MONAR” w Zaczerlanach

oraz placówki prowadzące badania na obecność wirusa HIV:

- Ośrodek Diagnostyczno-Badawczy Chorób Przenoszonych Droga Płciową w Białymstoku,
- Punkt Konsultacyjny przy Klinice Obserwacyjno-Zakaźnej AMR w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. K. Dłuskiego w Białymstoku,
- SP ZOZ Pracownia Bakteryjno-Serologiczna w Augustowie,
- Szpital Wojewódzki w Łomży Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej Pracownia Immunoserologii.

Pełna kuracja osób uzależnionych od narkotyków prowadzona jest z reguły w trzech etapach. Pierwszy z nich ma na celu normalizację zmian internistycznych, neurologicznych i psychicznych spowodowanych używaniem środka odurzającego. Drugi etap leczenia może być rozpoczęty po całkowitym ustąpieniu objawów abstynencji. Kolejny, trzeci etap to readaptacja społeczna chorego. Prowadzony jest on w warunkach otwartych, z możliwością swobodnego kontaktu chorego z otoczeniem. Readaptacja trwa od 3 do 18 miesięcy, podczas których osoba uzależniona poddawana jest zabiegom terapeutycznym oraz uczona jest prawidłowego funkcjonowania w realnych warunkach. Na terenie województwa podlaskiego istnieją dwa ośrodki readaptacyjne. Pierwszy, zajmujący się dziećmi i młodzieżą do 18 roku życia to Katolicki Ośrodek Wychowania i Terapii „Metanoia” w Czarnej Białostockiej, gdzie w 2004 roku pełne, 12-miesięczne leczenie ukończyło, 5 osób. Drugim ośrodkiem, zajmującym się leczeniem osób po 18 rokiem życia, jest NZOZ Ośrodek Resocjalizacji „MONAR” w Zaczerlanach. W 2004 roku leczenie w tym ośrodku ukończyło 9 osób.

Podsumowanie

Przeprowadzona diagnoza problemów związanych z narkomanią w województwie podlaskim pozwala zauważyć następujące trendy w tym zakresie:

- Większość osób uzależnionych rozpoczyna eksperymenty z narkotykami w bardzo młodym wieku. Czas inicjacji narkotycznej przypada na okres dojrzewania, lub bezpośrednio po nim.
- Rośnie liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- Substancje psychoaktywne są coraz łatwiej dostępne.
- Specyfika rodzaju uzależnień ulega coraz częstszym zmianom.

Z uwagi na rozmiar zjawiska narkomanii wśród młodzieży istnieje pilna potrzeba rozbudowania sieci placówek terapeutycznych oferujących zróżnicowaną pomoc zarówno w formie prowadzonej terapii (terapia stacjonarna lub ambulatoryjna) jak i w jej długości (średnio-, krótkoterminowa). Zakres usług świadczonych osobom uzależnionym powinien być rozszerzany.

W związku z trudną sytuacją społeczno-ekonomiczną kraju (nasilające się ubożenie społeczeństwa i wzrost bezrobocia) daje się zauważyć coraz większą liczbę dzieci i młodzieży pozostających bez opieki dorosłych i przejawiających oznaki degradacji społecznej. Aby przeciwdziałać powstającym wówczas groźnym zjawiskom należałoby uruchomić sieć ośrodków profilaktycznych oferujących dzieciom i młodzieży możliwość spędzenia wolnego czasu, pomoc terapeutyczną i socjalną.

Zmiany w systemie oświaty nakładają na szkoły obowiązek tworzenia i realizowania programów profilaktycznych. Zarówno ten fakt, jak i konieczność podnoszenia kwalifikacji w zakresie profilaktyki sprzyjają współpracy szkół z organizacjami zajmującymi się profesjonalnie przeciwdziałaniem uzależnieniom. Jednak największym problemem szkół nie jest brak programów profilaktycznych ale deficyt procedur postępowania w różnorodnych sytuacjach kryzysowych (handel narkotykami na terenie szkoły, uczniowie będący pod wpływem narkotyków) a także umiejętności interpersonalnych nauczycieli niezbędnych do pozyskania sympatii i zaufania uczniów, a co za tym idzie - wczesnego rozpoznania zagrożeń i pomocy młodzieży.

Rozdział II Założenia, cele i zadania programu

Podstawowe założenia programu

1. Program należy traktować w szerokim kontekście zapobiegania patologiom społecznym.
2. Program jest ukierunkowany przede wszystkim na profilaktykę oraz na bezpośrednie i czynne zapobieganie patologiom społecznym.
3. Realizacja programu wymaga rozpoznania potrzeb środowiska, poprzez ustalenie potrzeb i braków w zakresie infrastruktury związanej z działaniami na rzecz profilaktyki, leczenia i readaptacji.
4. Realizacja Programu obejmuje trzy podstawowe obszary: profilaktykę, leczenie, rehabilitację i ograniczanie szkód zdrowotnych oraz badania, monitoring i ewaluację.
5. Program swym działaniem obejmuje szereg grup docelowych, skierowany jest do osób używających narkotyki jak również do ogółu społeczeństwa, ale przede wszystkim do dzieci i młodzieży, w tym młodzieży z grup ryzyka.

2. Celem strategicznym programu jest:

Ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów.

3. Cele operacyjne

1. Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki.
2. Podniesienie jakości leczenia, rehabilitacji i działań zmierzających do ograniczenia szkód zdrowotnych.
3. Ograniczenie dostępności narkotyków.
4. Zapewnienie informacji dla prowadzenia racjonalnej i akceptowalnej społecznie polityki wobec narkomanii.

CEL OPERACYJNY NR 1

Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki

Przyjęty dla tego obszaru cel ogólny sformułowany zgodnie z powszechnie podzielanym w czasie pracy nad programem przekonaniem, że na obecnym etapie rozwoju zjawiska jego wyraźne ograniczenie w krótkim czasie jest mało realne. Na poziom konsumpcji środków psychoaktywnych wpływa szereg zjawisk i procesów, w stosunku do których instytucje i organizacje uczestniczące w działaniach profilaktycznych nie mają żadnych instrumentów oddziaływań.

Tradycyjnie oczekuje się, że zapobieganiem używaniu narkotyków powinny zajmować się wyspecjalizowane instytucje. Stąd obserwujemy marginalne zainteresowanie społeczności lokalnych działaniami zapobiegawczymi. Lepsza znajomość szerokiego kontekstu przyczyn i konsekwencji używania środków psychoaktywnych stwarza szansę zrozumienia, że bez partycypacji i zaangażowania samorządu lokalnego trudno spodziewać się zauważalnych efektów działań profilaktycznych. Współcześnie promowane są wieloletnie strategie opracowywane i realizowane na poziomie społeczności lokalnych. Takie podejście znacznie ułatwia dobór celów i zadań adekwatnych w specyficznym kontekście społecznym, kulturowym i ekonomicznym. Działania zmierzające do podniesienia poziomu zaangażowania społeczności lokalnych powinny owocować w dalszej przyszłości stałym uwzględnieniem w polityce społecznej gmin i innych jednostek samorządu terytorialnego zadań zmierzających do ograniczania popytu na środki psychoaktywne, w tym narkotyki. Rekomenduje się, aby w realizacji tych zadań aktywnie uczestniczyły organizacje pozarządowe.

W celu informowania społeczeństwa o środkach psychoaktywnych, związanych z nimi zagrożeniach i metodach zapobiegania im należy wykorzystywać różne nośniki informacji – prasę, radio, telewizję, publikacje książkowe i multimedialne oraz internet. Szczególnie rekomendowane są wspólne działania specjalistycznych agend, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych oraz środków masowego przekazu, prowadzone w ramach kampanii profilaktycznych.

Z perspektywy działań zapobiegawczych równie istotna jest wiedza na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii. Programy badawcze w tym zakresie mogłyby przyczynić się do wypracowania bardziej adekwatnych i skutecznych metod oddziaływań.

W celu podniesienia jakości działań zapobiegawczych należy podjąć także prace ukierunkowane na określenie minimalnych standardów programów profilaktycznych, co zarówno umożliwi weryfikację istniejących programów, jak i ułatwi ocenę ich skuteczności. Skoordynowanie działań wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych powinno być standardowym postępowaniem w realizacji tego celu.

W zapobieganiu narkomanii zaangażowanych jest wiele grup zawodowych. W działaniach tych uczestniczą m.in. pracownicy placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, pracownicy

socjalni, kuratorzy, a także funkcjonariusze więziennictwa czy pracownicy wojska. Systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób prowadzących szeroko pojętą działalność profilaktyczną powinno stanowić integralny element strategii przeciwdziałania narkomanii. Rekomenduje się, aby programy szkoleniowe uwzględniały zintegrowany model profilaktyki uzależnień. Z tej perspektywy, działania z zakresu profilaktyki narkomanii wśród dzieci i młodzieży ujmować należy w szerszym kontekście profilaktyki zachowań problemowych.

Za rozwijanie oferty szkoleniowej odpowiedzialne powinny być zarówno jednostki samorządu terytorialnego, grupy zawodowe, jak i organy administracji rządowej.

Zadania

1. Uwzględnianie problematyki narkomanii w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, w szczególności w części dotyczącej diagnozy rozpowszechnienia używania narkotyków oraz planowanych działań zapobiegawczych.
2. Wspieranie szkół podstawowych oraz gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w rozwijaniu działań profilaktycznych, w szczególności obejmujących diagnozę problemu używania narkotyków na terenie szkoły i realizację adekwatnego do potrzeb programu profilaktycznego.
3. Wspieranie programów profilaktycznych w zakresie organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży, stanowiących alternatywę wobec używania narkotyków.
4. Wspieranie pozaszkolnych programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem oraz ich rodziców.
5. Organizowanie dla samorządów szkoleń uwzględniających nowoczesne podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz promujących ideę lokalnych strategii profilaktycznych.
6. Opracowywanie oraz upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii.
7. Identyfikacja, stałe uaktualnianie i upowszechnianie danych na temat rekomendowanych programów profilaktycznych oraz placówek prowadzących działalność profilaktyczną obejmującą problematykę narkomanii.
8. Prowadzenie kampanii edukacyjnych uwzględniających problematykę narkomanii, adresowanych do określonych grup docelowych.
9. Zorganizowanie stałego systemu wymiany informacji pomiędzy mediami a instytucjami odpowiedzialnymi za zapobieganie narkomanii.
10. Udzielanie wsparcia i konsultacji merytorycznych podmiotom prowadzącym szkolenia określonych grup zawodowych oraz realizacja programów szkoleniowych z zakresu profilaktyki narkomanii.

Przewidywane efekty

1. Zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych.
2. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku.
3. Pogłębianie wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii oraz skutecznych strategii profilaktycznych.
4. Zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów działań profilaktycznych.

Wskaźniki

- Liczba i odsetek lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych uwzględniających problematykę narkomanii
- Wydatki ponoszone na profilaktykę narkomanii przez samorządy gminne i powiatowe
- Liczba i odsetek szkół, które otrzymały wsparcie finansowe z budżetów jednostek samorządu terytorialnego w rozwijaniu działań profilaktycznych
- Liczba i odsetek jednostek samorządu terytorialnego wspierających programy z zakresu organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży
- Liczba i odsetek jednostek samorządu terytorialnego wspierających pozaszkolne programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży zagrożonych narkomanią
- Liczba szkoleń dla samorządów lokalnych, liczba uczestników
- Liczba jednostek samorządu terytorialnego objętych szkoleniami
- Wyniki ewaluacji szkoleń dla samorządów lokalnych
- Poziom wiedzy i postawy społeczeństwa wobec narkotyków i narkomanii na podstawie wyników badań ankietowych
- Liczba i jakość działań informacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii
- Liczba i jakość działań upowszechniających informacje o programach i placówkach profilaktycznych
- Liczba rekomendowanych programów profilaktycznych
- Liczba i jakość publikacji prasowych na temat narkomanii na podstawie wyników monitoringu wycinków prasowych
- Wyniki ewaluacji kampanii edukacyjnych na temat problematyki narkomanii
- Liczba zorganizowanych szkoleń dla osób realizujących zadania profilaktyczne
- Liczba absolwentów szkoleń.

CEL OPERACYJNY NR 2

Podniesienie jakości leczenia, rehabilitacji i działań zmierzających do ograniczenia szkód zdrowotnych

Określenie wymagań (zawartych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), które powinny spełniać zakłady opieki zdrowotnej prowadzące leczenie, rehabilitację i programy zmniejszania szkód zdrowotnych, ma fundamentalne znaczenie dla podniesienia jakości usług. Standardy powinny dotyczyć zarówno procedur udzielania świadczeń zdrowotnych, procesu leczenia, jak i wyników leczenia i rehabilitacji. Na podstawie stopnia zgodności z określonymi wymaganiami możliwe będzie opracowanie i wdrożenie zasad akredytacji zakładów opieki zdrowotnej. Wymienione powyżej działania powinny w istotny sposób przyczynić się do poprawy jakości w zakresie opieki medycznej i terapeutycznej nad osobami uzależnionymi od narkotyków oraz wpłynąć na poprawę jej skuteczności.

W związku z utrzymującym się od kilku lat trendem wzrostowym rozpowszechnienia używania narkotyków oraz zwiększeniem liczby osób uzależnionych, dotychczasowa sieć placówek leczniczych i rehabilitacyjnych jest niewystarczająca. Tymczasem dostępność świadczeń jest ważnym kryterium ich jakości. Jej wskaźnikiem jest m.in. zmniejszenie liczby nawrotów choroby, poprawa jakości życia czy ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków.

Stymulowanie wysokiej jakości opieki zdrowotnej związane jest także z opracowaniem i wdrożeniem systematycznej ewaluacji prowadzonych działań leczniczych, rehabilitacyjnych i ograniczania szkód zdrowotnych. W tym celu konieczne jest opracowanie odpowiednich metodologii postępowania ewaluacyjnego.

Umożliwienie systematycznego doskonalenia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu prowadzącego leczenie, rehabilitację oraz ograniczanie szkód zdrowotnych stanowi kolejny niezbędny warunek podniesienia jakości świadczonych usług. Istotną rolę w procesie leczenia, w szczególności w zakresie rozpoznania i wczesnej interwencji, odgrywają nie tylko specjaliści – lekarze psychiatry, psycholodzy i pedagodzy, ale również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze medycyny rodzinnej, pediatrzy i pielęgniarki, którzy najczęściej jako pierwsi stykają się z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych.

Zadania

1. Pełne zewidencjonowanie na poziomie województwa istniejących placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, w tym prowadzących programy ograniczania szkód zdrowotnych, stałe uaktualnianie danych oraz upowszechnianie informacji na ten temat.

2. Opracowywanie i wdrażanie minimalnego planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uwzględniającego leczenie i rehabilitację uzależnienia od narkotyków oraz jego aktualizacja (na poziomie powiatu).
3. Sukcesywne wprowadzanie docelowej sieci zakładów prowadzących leczenie i rehabilitację uzależnienia od narkotyków.
4. Rozwój sieci placówek i programów leczenia substytucyjnego oraz ograniczania szkód zdrowotnych.
5. Rozwój programów postrehabilitacyjnych i placówek readaptacji społecznej: hosteli, mieszkań chronionych.
6. Rozwój specjalistycznych programów i oddziałów rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków w jednostkach penitencjarnych i zakładach dla nieletnich.
7. Wdrożenie specjalistycznych programów szkoleniowych w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków, programów zatwierdzanych i certyfikowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
8. Wdrożenie systemu szkolenia w dziedzinie problemów narkotykowych, w szczególności dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy medycyny rodzinnej, pediatrów i pielęgniarek.
9. Wdrożenie systemu szkoleń w dziedzinie ograniczania szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków.
10. Kontynuacja istniejących i wdrożenie nowych programów zmniejszających ryzyko zakażenia HIV w związku z używaniem narkotyków drogą dożylną.
11. Opracowanie, wydawanie i dystrybucja różnorodnych materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat profilaktyki zakażeń HIV.
12. Upowszechnianie wiedzy na temat leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych, m.in. przez wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, publikacji książkowych.

Przewidywane efekty

1. Opracowanie programów ograniczania szkód zdrowotnych.
2. Opracowanie programu wymiany igieł.
3. Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych poprzez rozwój specjalistycznych placówek i programów.
4. Wprowadzenie systemu szkoleń dla personelu prowadzącego leczenie, rehabilitację i realizującego programy ograniczania szkód zdrowotnych.

Wskaźniki

- Baza danych o placówkach leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o zakresie ich działania
- Liczba informatorów, stron i linków internetowych zawierających informacje o placówkach leczniczych i rehabilitacyjnych
- Liczba powiatów, które opracowały i wdrożyły minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla osób uzależnionych od narkotyków
- Liczba ambulatoryjnych placówek leczniczych
- Liczba zakontraktowanych świadczeń w placówkach ambulatoryjnych i koszty leczenia
- Dokument dotyczący docelowej sieci placówek leczniczych i rehabilitacyjnych
- Koszty leczenia i rehabilitacji, liczba zakontraktowanych świadczeń, liczba placówek udzielających świadczeń
- Liczba osób leczonych w zakładach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym
- Liczba programów leczenia substytucyjnego i ograniczania szkód zdrowotnych, liczba osób objętych tymi programami
- Koszty leczenia substytucyjnego i ograniczania szkód zdrowotnych, liczba zakontraktowanych świadczeń
- Liczba programów readaptacyjnych oraz liczba osób korzystających z tych programów
- Koszty programów readaptacji społecznej
- Liczba specjalistycznych programów/oddziałów rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków w jednostkach penitencjarnych i zakładach dla nieletnich, liczba osób objętych programami
- Liczba szkoleń w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków i liczba absolwentów szkoleń
- Liczba szkoleń dla pielęgniarek i lekarzy oraz liczba absolwentów szkoleń
- Liczba szkoleń w dziedzinie ograniczania szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków oraz liczba absolwentów szkoleń
- Liczba osób korzystających z programu wymiany igieł

CEL OPERACYJNY NR 3

Ograniczanie dostępności narkotyków

Program zmierza do ograniczenia dostępności narkotyków przede wszystkim poprzez usprawnienie systemu kontroli nad surowcami służącymi nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych oraz do zahamowania wzrostu ich produkcji krajowej i zahamowania wzrostu przemytu. W wyniku upowszechnienia odmian maku i konopi o obniżonej zawartości substancji psychoaktywnych, możliwość pozyskania surowców naturalnych nadających się do produkcji narkotyków ogranicza się do nielegalnych upraw, które również powinny być objęte usprawnionym systemem kontroli.

Od kilkunastu lat Polska jest dużym producentem nielegalnych narkotyków syntetycznych, początkowo wyłącznie amfetaminy, a od kilku lat również pochodnych amfetaminy, w tym ekstazy. Odpowiednie służby dysponują technikami umożliwiającymi monitoring tego zjawiska. Od połowy lat dziewięćdziesiątych przemysł stał się główną drogą zaopatrzenia w środki odurzające - pochodne opiatów i kanabinoli. Jeszcze dziesięć lat temu opiaty produkowane w Polsce wyrabiane były ze słomy makowej. Obecnie, zwłaszcza w większych ośrodkach miejskich, na rynku dominuje importowana heroina, która rozpowszechniła się wśród młodszych konsumentów.

Ograniczanie dostępu do narkotyków na poziomie obrotu detalicznego jest ważnym ogniwem systemu ograniczania dostępności. Jednak bez istotnych postępów w osłabianiu wcześniejszych ogniw łańcucha podaży narkotyków (prekursory, produkcja, przemysł, obrót hurtowy) identyfikacja, ściganie i karanie indywidualnych dilerów jest najmniej efektywnym działaniem. W miejsce zatrzymanych drobnych handlarzy, którzy najczęściej są też uzależnieni, pojawią się nowi – zmuszeni potrzebą zdobywania pieniędzy na narkotyki dla siebie. Niemniej działania na tym polu mają istotne znaczenie dla podniesienia poczucia bezpieczeństwa obywateli.

Zadania

1. Zapewnienie koordynacji działań odpowiednich służb prowadzących kontrolę obrotu prekursorami i innymi substancjami służącymi do produkcji narkotyków.
2. Zapewnienie koordynacji działań odpowiednich służb odpowiedzialnych, zgodnie z kompetencjami, za zwalczanie nielegalnego wytwarzania, przetwarzania i przerobu substancji odurzających.
3. Stworzenie i wdrożenie systemu wczesnego ostrzegania o nowych narkotykach.
4. Intensyfikacja współpracy międzynarodowej i transgranicznej odpowiednich służb.
5. Rozwijanie systemów zwalczania handlu detalicznego.

6. Wzmocnienie systemu kontroli nad legalnymi lekami w zakładach opieki zdrowotnej nie posiadających aptek, w aptekach szpitalnych oraz w zakładach karnych i jednostkach wojskowych.

Przewidywane efekty

1. Zahamowanie wzrostu produkcji nielegalnych narkotyków syntetycznych oraz narkotyków wytwarzanych z surowców naturalnych.
2. Zahamowanie wzrostu przemytu narkotyków na rynek wewnętrzny.
3. Ograniczanie dostępności narkotyków dla indywidualnych użytkowników.

Wskaźniki

- Liczba przejęć prekursorów
- Liczba i areał nielegalnych upraw maku i konopi
- Liczba jednostek odpowiednich służb, które podjęły skoordynowane działania
- Liczba konfiskat i ilości narkotyków skonfiskowanych na granicach
- Liczba udaremnionych przypadków handlu detalicznego narkotykami
- Liczba osób zatrzymanych przez policję pod zarzutem handlu narkotykami

CEL OPERACYJNY NR 4

Zapewnienie informacji dla prowadzenia racjonalnej i akceptowalnej społecznie polityki wobec narkomanii

Zbieranie danych na temat narkomanii w Polsce ma niewiele krótszą tradycję niż samo zjawisko. Tradycja ta sięga połowy lat siedemdziesiątych. Dane zbierane są przez instytucje, które z racji swych zadań zajmują się tym problemem (służba zdrowia, oświata, policja, wymiar sprawiedliwości, służba celna itp.), a także przez placówki naukowe. W większości przypadków gromadzenie i analiza danych służą tylko potrzebom instytucji lub/i resortów, które je zbierają. Dane i wyniki analiz nie zawsze są publikowane, a przepływ informacji między instytucjami i resortami jest niewystarczający. Struktury informacyjne w obszarze narkomanii nie układają się w system informacyjny. Wiedza na temat narkomanii w województwie podlaskim nie jest pełna. Dostrzega się brak danych dotyczących problemu narkomanii w przekroju powiatów, co oznacza konieczność prowadzenia badań w naszym województwie np. przez ośrodki naukowe.

Stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie narkotyków dostarcza podstaw do planowania działań profilaktycznych oraz przesłanek do oceny ich skuteczności. Monitorowanie na różnych poziomach, zapewni możliwość porównań między powiatami i społecznościami lokalnymi. Dzięki temu system monitorowania stanowić może zaplecze informacyjne dla władz regionalnych i lokalnych.

Możliwość porównania trendów w różnych powiatach pozwala lepiej rozumieć procesy zachodzące na scenie narkotykowej, a także stwarza podstawy do lepszej koordynacji działań w skali województwa. Cel monitoringu ma charakter praktyczny. Zbierane i analizowane dane dostarczą wniosków i rekomendacji użytecznych dla decydentów i profesjonalistów zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemu narkomanii.

Monitorowaniu podlegać powinny takie obszary, jak:

- rozpowszechnienie używania narkotyków,
- wzory używania narkotyków,
- dostępność narkotyków,
- rozpowszechnienie problemów związanych z narkotykami,
- przestępczość związana z narkotykami,
- postawy społeczne wobec narkotyków i narkomanii,
- szeroko rozumiane działania z zakresu ograniczania popytu na narkotyki.

Zadania

1. Identyfikacja i metodologiczna ocena wszystkich źródeł danych statystycznych.
2. Organizowanie seminariów metodologicznych służących poprawie jakości badań i diagnoz lokalnych i regionalnych.
3. Stworzenie stałego punktu konsultacyjnego dla realizatorów diagnoz i monitoringów lokalnych.
4. Stworzenie sieci wymiany informacji między instytucjami uwikłanymi w reakcje na problem narkomanii na poziomie województwa.
5. Szkolenia i zwiększanie liczby pracowników ulicznych (streetworkers).
6. Zbieranie i analizowanie, w rytmie rocznym począwszy od 2006 r., danych statystycznych na poziomie województwa.
7. Badania ankietowe wśród mieszkańców (próby reprezentatywne populacji generalnej oraz pewnych grup) powtarzane w rytmie 2-3 letnim w sposób gwarantujący uzyskanie wyników porównywalnych w czasie.
8. Badania metodami jakościowymi powtarzane corocznie w skali lokalnej.
9. Przedsięwzięcia badawcze jako odpowiedź na aktualne pytania praktyków.
10. Opracowywanie corocznych całościowych raportów integrujących dane z różnych źródeł oraz zawierające wnioski i rekomendacje.

Przewidywane efekty

1. Stworzenie zintegrowanego systemu informacji o narkotykach i narkomanii, poprawa trafności i rzetelności wskaźników.
2. Ocena i interpretacja trendów epidemiologicznych (rozmiary zjawiska, wzory używania, zachowania ryzykowne) oraz identyfikacja nowych zjawisk na scenie środków odurzających oraz związanych z tym nowych zagrożeń.
3. Ocena reakcji społeczeństwa na problem narkomanii.
4. Dostarczenie wniosków i rekomendacji dla kształtowania strategii reagowania na problem narkomanii na poziomie województwa i w skali lokalnej.

Wskaźniki

- Coroczne raporty z analizami trendów epidemiologicznych dostępne w postaci publikacji, także za pośrednictwem Internetu
- Publikacje z wyników badań
- Coroczne raporty z wnioskami i rekomendacjami dla polityki społecznej dostępne w postaci publikacji, także za pośrednictwem Internetu

KOORDYNACJA PROGRAMU, ORGANY I INSTYTUCJE ODPOWIEDZIALNE ORAZ GRUPY DOCELOWE

Duże rozpowszechnienie używania środków psychoaktywnych ma wielowymiarowe przyczyny, a szkody z nim związane obserwowane są w różnych sferach życia społecznego. Stąd wywodzi się postulat, aby działania zapobiegawcze miały charakter interdyscyplinarny i międzysektorowy. Niezwykle istotna jest ich stała, pozioma koordynacja. Rolą instytucji centralnych winno być dystrybuowanie dostępnej wiedzy i sprawdzonych metod pracy na poziom lokalny. Winny one również udzielać merytorycznego, organizacyjnego i finansowego wsparcia lokalnym inicjatywom. Instytucje centralne widocznie zaangażowane w realizację zadań programu dają sygnał agendum lokalnym, że działania zapobiegawcze są traktowane przez państwo priorytetowo.

Istotne znaczenie ma także współpraca między podmiotami realizującymi zadania z zakresu ograniczania popytu i podaży, a także koordynacja działań podmiotów prowadzących politykę w odniesieniu do różnych substancji psychoaktywnych.

Organami i instytucjami odpowiedzialnymi za wdrożenie programu są przede wszystkim organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego na różnych poziomach. Przy realizacji poszczególnych zadań istotną rolę odgrywać powinny organizacje pozarządowe.

Program obejmuje swym zasięgiem wiele grup docelowych. W części profilaktycznej jest to ogół społeczeństwa, ale przede wszystkim dzieci i młodzież w wieku 10-25 lat, w tym młodzież z grup ryzyka. W części dotyczącej leczenia program adresowany jest do osób używających narkotyki w sposób szkodliwy i uzależnionych od nich. W tej grupie spotyka się ludzi w wieku od kilkunastu do kilkudziesięciu lat, ale 80% z nich mieści się w przedziale 16-29 lat.