



Obserwatorium Integracji Społecznej Województwa Śląskiego

**DIAGNOZA PROBLEMÓW
ORAZ ZASOBÓW INSTYTUCJONALNYCH
W OBSZARZE PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM**

Katowice, luty 2011 r.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



ROPS
Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej
Województwa Śląskiego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





SPIS TREŚCI

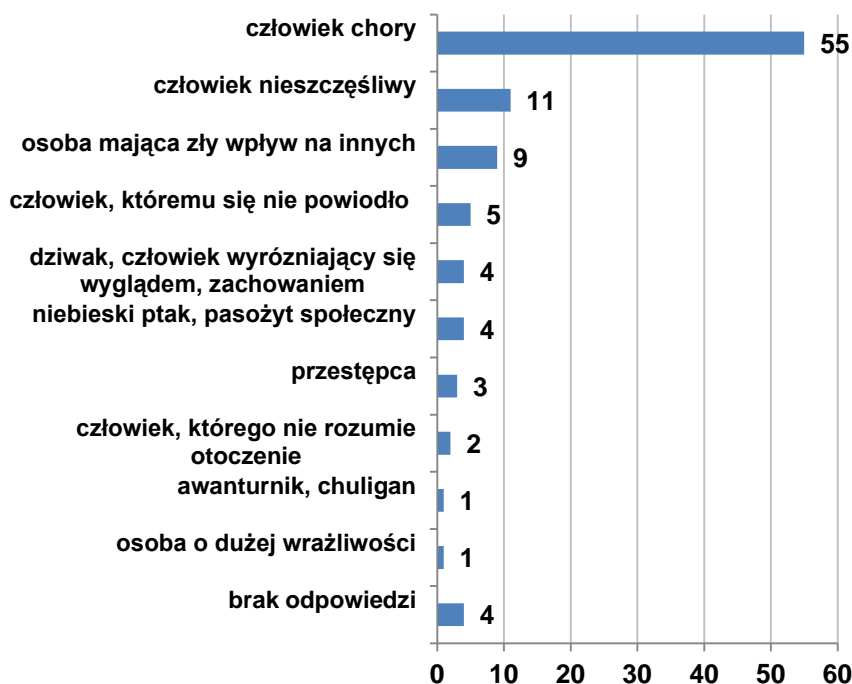
1. Diagnoza problemów związanych z narkotykami i narkomanią w województwie śląskim	3
1.1. Stereotyp narkomana	3
1.2. Dostęp do narkotyków	5
1.3. Okazjonalne używanie narkotyków	9
1.4. Problemowe używanie narkotyków	19
1.5. Lecznictwo odwykowe	21
1.6. Sytuacja życiowa osób z problemem narkotykowym w województwie śląskim	39
1.7. Zdrowie a substancje psychoaktywne	42
1.8. Narkotyki a rodzina	48
1.9. Dopalacze	49
1.10. Przestępczość związana z narkotykami	52
2. Zasoby instytucjonalne w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii w województwie śląskim	59
2.1. System leczenia narkomanii w Polsce	60
2.2. Leczenie objawów abstynenckich	62
2.3. Lecznictwo ambulatoryjne	62
2.4. Lecznictwo stacjonarne	64
2.5. Programy postrehabilitacyjne	68
2.6. Programy redukcji szkód (harm reduction)	70
2.7. Samorządy gminne	73
2.8. Placówki opiekuńczo – wychowawcze wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim.....	80
2.9. Centra i Kluby integracji społecznej	86
2.10. Organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe.....	87
2.11. Zakłady karne	88
2.12. Placówki pomocy społecznej.....	89
3. Analiza SWOT	90

1. Diagnoza problemów związanych z narkotykami i narkomanią w województwie śląskim

1.1. Stereotyp narkomana

W opinii społecznej narkoman to przede wszystkim osoba chora, nieszczęśliwa, mająca zły wpływ na swoje otoczenie, a także człowiek, któremu nie powiodło się w życiu. W najmniejszym stopniu osobom uzależnionym od narkotyków przypisywane są takie cechy, jak awanturnictwo i chuligaństwo, duża wrażliwość oraz popełnianie przestępstw.

Cecha, która najlepiej opisuje narkomana w opinii respondentów (%)

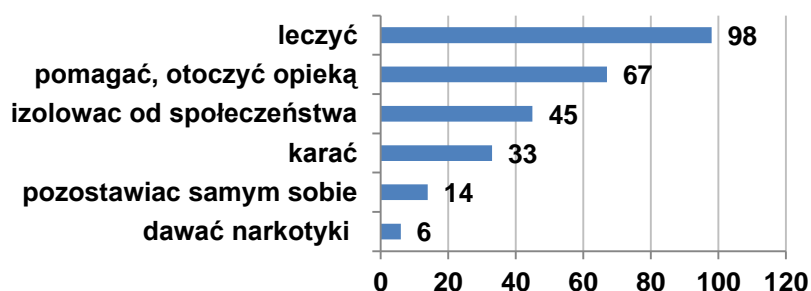


Źródło: M. Józko, *Raport z badań. Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*, Lokalne Badania Społeczne, Warszawa, 2008, s. 68.

W opinii mieszkańców województwa śląskiego najlepszym sposobem postępowania z narkomanami jest ich leczenie. Aż 98 % mieszkańców uważa, że narkomanów trzeba leczyć, zaś prawie 7 na 10 osób uważa, że osoby uzależnione powinny zostać otoczone opieką. Niemal połowa badanych to zwolennicy izolowania narkomanów od reszty społeczeństwa (należy jednak tutaj zaznaczyć, że ten sposób postępowania nie wyklucza ani leczenia, ani niesienia

pomocy osobom uzależnionym). W najmniejszym stopniu podzielany jest pogląd, że narkomanów należy pozostawić samym sobie lub dawać im narkotyki. Preferowane sposoby postępowania z narkomanami wskazane przez mieszkańców województwa śląskiego prezentuje wykres poniżej.

Preferowane w opinii respondentów sposoby postępowania z narkomanami (w %)



Źródło: Ibidem, s. 68.

Na początku obecnej dekady używanie opiatów domowego wyrobu („polskiej heroiny”) było podstawowym kryterium stratyfikującym narkomanów. Ktoś, kto wchodził w krąg towarzyski użytkowników „polskiej heroiny” praktycznie natychmiast wypadał z kręgu osób używających innych środków. „Polska heroina” była często traktowana jako „brudny narkotyk”, a ludzie którzy jej używali jako zdegradowani, tkwiący na samym dnie. Natomiast użytkownicy „polskiej heroiny” traktowali pozostałych niejako „z góry” jako osoby, które nie wiedzą co to jest narkotyk. Te dwa światy dzieliła też generacyjna przepaść. Wyróżnić można przynajmniej trzy kręgi problemowych użytkowników narkotyków.

- opiaty łączone zwykle z amfetaminą oraz innymi środkami,
- amfetamina łączona często z innymi środkami (leki uspokajające i nasenne, przetwory konopi, ale bez opiatów),
- kombinacje różnych środków bez wyraźnie wyróżnionego narkotyku podstawowego.

Pierwsza linia podziału użytkowników przebiega obecnie między użytkownikami opiatów oraz użytkownikami amfetaminy. Zdaniem niektórych osób linia podziału przebiega między przyjmującymi narkotyki w zastrzykach a pozostałymi, natomiast typ używanej substancji nie ma większego znaczenia. Jeszcze innym kryterium podziału problemowych użytkowników narkotyków jest identyfikacja z problemem narkomanii. Większość osób ma pełną świadomość swojego problemu, zdaje sobie sprawę z uzależnienia, identyfikuje się ze światem



narkomanów. Są również problemowi użytkownicy, którzy żyją w przekonaniu, że ich przygoda z narkotykami nie ma nic wspólnego z narkomanią.

Używanie narkotyków w iniekcjach charakterystyczne jest przede wszystkim dla wzoru używania narkotyków bazującego na połączeniu opiatów i amfetaminy, rzadziej występuje wśród użytkowników amfetaminy nie sięgających po opiaty, sporadycznie występuje w trzecim z wyróżnionych wzorów używania narkotyków.

Najczęstszymi powodami rozpoczęcia stosowania iniekcyjnej drogi przyjmowania narkotyków jest:

- chęć wzmocnienia efektu działania narkotyku,
- obniżenie kosztów – ten sam efekt uzyskuje się przy użyciu mniejszej ilości narkotyku,
- uleganie dominującemu wzorowi w danym środowisku.

Popularność iniekcyjnego przyjmowania narkotyków po spadku w latach dziewięćdziesiątych i na początku obecnej dekady, wykazuje ponowny trend wzrostowy, zwłaszcza wśród problemowych użytkowników. W drodze iniekcji przyjmowany jest nie tylko „kompot”, ale również heroina „Brown Sugar” i amfetamina. Dzielenie się igłami i strzykawkami, chociaż znacznie rzadsze niż niegdyś nie zostało do końca wyeliminowane. Wielu z tych, którzy używają igieł i strzykawek nie jest zainteresowana przeprowadzeniem testu na obecność przeciwciał HIV, a niektórzy wręcz boją się testu, wolą nie wiedzieć, niż zmierzyć się z wynikiem pozytywnym.

Stan zdrowia części osób uzależnionych jest zły, zarówno somatyczny jak psychiczny. Najczęściej przejawianą potrzebą jest potrzeba zrozumienia ze strony otoczenia.

1.2. Dostęp do narkotyków

Czynnik dostępności do narkotyków jest w obecnych czasach czynnikiem bardziej decydującym o inicjacji stosowania środków psychoaktywnych niż czynnik wewnętrznej potrzeby ludzkiej. Dostępność może mieć charakter finansowy (czy substancja jest osiągalna ekonomicznie, odległość do punktów sprzedaży, gęstość sieci dilerów), kulturowy (np. zwyczaje lokalne, sposób traktowania substancji, przekazy rodzinne, obecność reklamy, wartości religijne) i prawny. Warto nadmienić, że dostępność kulturowa jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na podejmowanie zachowań ryzykownych. Jeśli w środowisku,



w którym się przebywa nie ma dezaprobaty do sięgania po substancje psychoaktywne, a ich zażywanie jest normalne i powszechne, wówczas dostępność kulturowa ryzykownych zachowań jest znaczna. Z prawidłowości tej korzysta chętnie reklama i marketing, odwołując się do zwyczajów społecznych i współkształtując obowiązujące normy. Utrwalanie „dobrych” skojarzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych powoduje, że kreuje się je jako niezbędny bądź jako korzystny element stylu życia¹.

Badania przeprowadzone w 2007² roku wśród problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych wykazały, że narkomani w województwie śląskim w zasadzie nie mają problemów w dostępie do narkotyków. Każdy z nich ma kontakty w środowisku dostawców. Jeśli dysponuje się gotówką, kupno narkotyku w ogóle nie stanowi żadnej trudności. Narkotyki można zamówić na telefon lub kupić u ulicznych sprzedawców. Większość narkomanów korzysta ze stałego dealera. Umożliwia to nie tylko stałą podaż, ale także stanowi minimalną gwarancję jakości. Nielegalny rynek zarzucany jest środkami o różnym poziomie czystości, różnym składzie chemicznym, zdarzają się oszustwa, można kupić środki szczególnie toksyczne. Kupujący narkotyki nigdy nie jest pewien co otrzymuje, nie wie zatem jak dobrać dawkę. Stały dostawca w pewnym chociaż stopniu łagodzi to ryzyko.

Rynek substancji nielegalnych obsługiwany jest nie tylko przez dealerów zajmujących się stale tym procederem. Często sami użytkownicy narkotyków pełnią czasowo tę rolę. Z wypowiedzi narkomanów wynika, że wielu z nich zapewnia innym użytkownikom narkotyki i czasem dzieje się to nie bezinteresownie. Takie sporadyczne „dealowanie” grozi wejściem na stałe w struktury dystrybucji narkotyków, czego zwykle nie udaje się przerwać bez konsekwencji.

O zmianach w dostępności narkotyków możemy wnioskować na podstawie wyników badań ankietowych wśród dzieci i młodzieży³. Opinie i przekonania o dostępności narkotyków są wprawdzie pośrednim wskaźnikiem podaży, ich zmiany mogą jednak dostarczyć użytecznych informacji o dynamice nielegalnego rynku narkotyków. Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych sondowano w szkolnych badaniach ankietowych

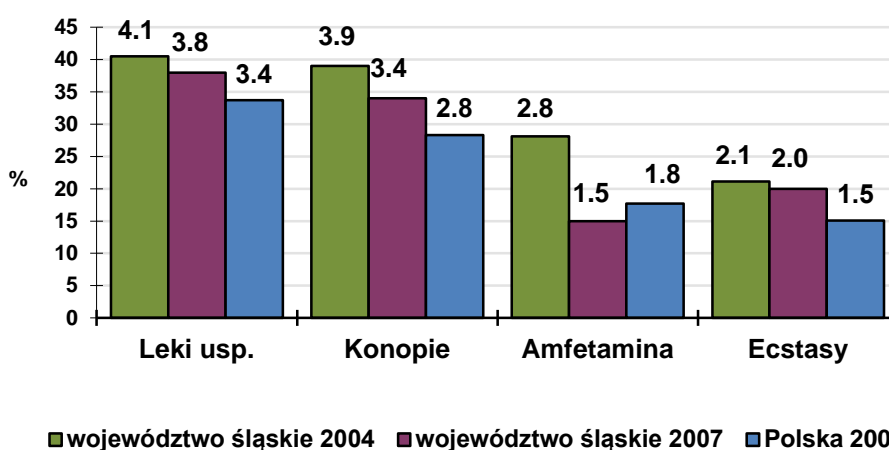
¹ K. Wojcieszek, *Dostępność jako podstawowy powód używania substancji psychoaktywnych*, W: *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, praca zbiorowa, red. M. Jędrzejko, Pułtusk – Warszawa, 2009, s. 40.

² J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, Warszawa, 2010, s.78

³ *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie śląskim ESPAD 2007*, Pracownia Badań i Doradztwa „Re-source”, Poznań, 2007.

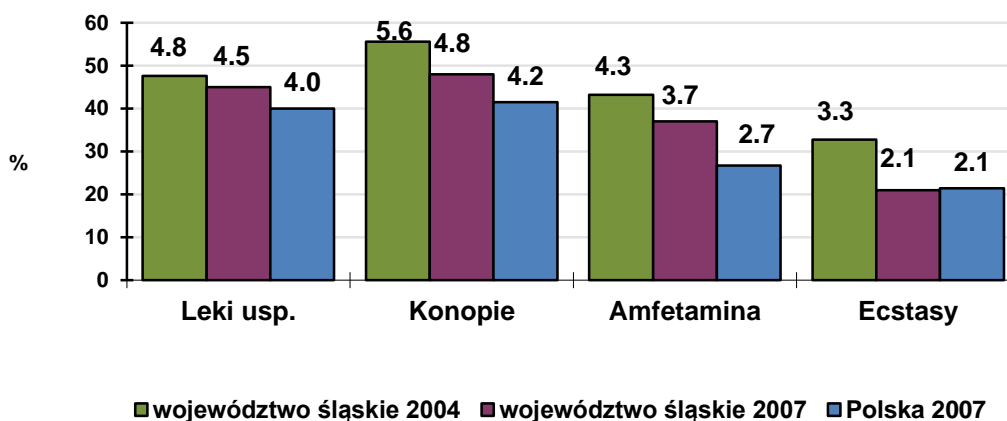
pytając respondentów o to, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była z jednego krańca przez odpowiedź „Nie możliwe” a z drugiego - „Bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Odsetki badanych w województwie śląskim w 2004 roku i 2007 roku, którzy potwierdzili swój bardzo łatwy dostęp do poszczególnych substancji zawierają wykresy poniżej.

Odsetek młodzieży szkolnej w wieku 15-16 lat uznający za łatwy dostęp do narkotyków w latach 2004, 2007 (%)



Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, Warszawa, 2010, s. 80.

Odsetek młodzieży szkolnej w wieku 17-18 lat uznający za łatwy dostęp do narkotyków w latach 2004, 2007 (%)



Źródło: Ibidem.



Wyniki badań wskazują na spadek dostępności w województwie śląskim wszystkich substancji w czasie czterech lat dzielących oba badania. Porównanie wyników badań ogólnopolskich z lat 2003 i 2007 pokazuje podobną tendencję. Trzeba jednak zauważyć, że wyniki badań z 2007 roku sugerują, że dostępność do większości substancji narkotycznych w województwie śląskim kształtuje się nadal wyżej niż średnio w Polsce. Jedynie oceny dostępności amfetaminy w ocenach uczniów w wieku 15-16 lat z województwa śląskiego mogłaby być niższa od średniej krajowej. Wedle ocen uczniów ze starszej grupy dostępność ta sytuuje się zdecydowanie wyżej.

Jednym z istotnych czynników dostępności narkotyków jest ich cena. Informacji o cenach narkotyków dostarczają wyniki badań jakościowych wśród narkomanów. Ceny narkotyków w 2007 roku na nielegalnym rynku konurbacji górnośląskiej w zestawieniu z cenami nielegalnego rynku w Warszawie kształtują się następująco:

Ceny narkotyków w 2007 roku według wyników badań jakościowych

Wyszczególnienie	Konurbacja górnośląska	Warszawa
Konopie	1 gram marihuany – 20 zł większe ilości marihuany – 10 zł za 1 gram większe ilości haszyszu – 10-15 zł za 1 gram	0,5 grama marihuany – 30 zł Joint – 30 zł 0,5 grama skuna – 100 zł
Polska heroina	1 cm ³ – 6-10 zł 50 cm ³ – 200 zł	1 cm ³ – 10 zł
Heroina „Braun Sugar”	1 gram – 120-160 zł	0,25 grama – 40 zł
Amfetamina	0,5 grama – 15 zł 1 gram – 30-40 zł 10 gramów – 200-300 zł 20 gramów – 400-600 zł	0,1 grama – 10 zł 0,5 grama – 20 zł 1 gram – 30-70 zł 5 gramów – 100-120 zł
Ecstasy	Przy zakupach hurtowych: 1 tabletki – 5 zł	1 tabletki – 10-20 zł
Leki uspokajające i nasenne	rolki – 8 zł za listek difergan – od 4-6 zł listek clonazepamu – 12 zł	relanium 1 cm ³ – 10 zł, rolki – 10-15 zł za listek Recepta na relanium – 20 zł + wykupienie – 7 zł. listek clonazepamu – 10 zł

Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, Warszawa, 2010, s. 78 – w oparciu o wyniki badania wśród problemowych użytkowników narkotyków w konurbacji śląskiej – 2007 r.



Powyższe zestawienie sugeruje brak znacznego zróżnicowania poziomu cen między miastami konurbacji górnośląskiej a Warszawą. Trzeba jednak zauważyć, że nieco tańsza jest w tych pierwszych amfetamina. Wynikać to może z faktu, że na obu obszarach mamy do czynienia z dużym rozpowszechnieniem zjawiska oraz znacznie rozwiniętym rynkiem substancji nielegalnych. Zdaniem badanych ceny od początku obecnego dziesięciolecia nie uległy większym zmianom. W wypowiedziach respondentów wielokrotnie przewija się wątek braku zależności między poziomem czystości narkotyków a ich ceną. O poziomie ceny ich zdaniem decydują inne czynniki takie jak aktualna sytuacja na rynku, ilości kupowane jednorazowo, powiązanie z dilerem i wreszcie poziom wiedzy kupującego. Początkującym, słabo zorientowanym nabywcom znacznie łatwiej jest sprzedać narkotyki o mniejszym poziomie czystości za tę samą cenę.

Po otwarciu granic na początku lat 90 i wprowadzeniu wymienialności złotówki, zwiększona podaż narkotyków na rynek i łatwiejszy dostęp do nich poprzez sieć nielegalnej dystrybucji były ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do wzrostu liczby młodzieży biorącej narkotyki.

1.3. Okazjonalne używanie narkotyków

Motywnym sięgnięcia po substancje psychoaktywne jest zwykle ciekawość. Drugim powodem wskazywanym przez respondentów⁴ jest chęć by „poczuć się na haju”. Często też trudno określić motyw – do pierwszego użycia dochodzi przypadkowo, warunkuje je splot czynników sytuacyjnych, bez wyraźnej refleksji osoby sięgającej po narkotyk.

Zarówno inicjacji, jak i kontynuacji używania narkotyków, sprzyja duża ilość niekontrolowanego przez dorosłych czasu wolnego. Ważnym czynnikiem jest także brak zrozumienia ze strony najbliższych, brak miłości rodzicielskiej i zainteresowania dzieckiem. Ten drugi czynnik odgrywa ważną rolę w procesie kontynuowania doświadczeń z narkotykami. Większość osób ma pełną świadomość swojego problemu, zdaje sobie sprawę z uzależnienia, identyfikuje się ze światem narkomanów.

⁴ *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie śląskim ESPAD 2007*, op.cit., s. 71-72.



Dorastające dzieci potrzebują dyskretnej obecności opiekunów, dostępności i gotowości do udzielenia im pomocy. Wierzą, że w porę zareagują, gdy dzieje się coś niedobrego i znajdą sposób, aby rozwiązać problem.

W miarę dorastania dzieci i młodzieży zmienia się zakres kontaktów interpersonalnych, rozluźniają się kontakty z rodzicami, następuje wyzwolenie spod ich autorytetu. W tym czasie ważną rolę zaczyna odgrywać przynależność do grupy rówieśniczej. Jeśli dziecko trafi do grupy, w której przyjmowanie środków psychoaktywnych jest akceptowane, wówczas nie chcąc odróżnić się od niej i chcąc być akceptowanym, nie przeciwstawiają się presji rówieśników. Wejście do grupy wiąże się z przestrzeganiem norm w niej panujących i jest formą manifestacji odrębności wobec zasad i przekonań ogólnie obowiązujących w społeczeństwie. Poprzez eksperymentowanie z narkotykami następuje potwierdzenie przynależności do grupy⁵.

Eksperymentowanie polega zwykle na nieplanowanym i sporadycznym zażywaniu substancji odurzających w niewielkich ilościach. Osoby podejmujące takie próby, którymi najczęściej są nastolatki, uświadamiają sobie efekt zmiany nastroju i uczą się umiarkowanego dawkowania, czyli takiego, które pozwala osiągnąć pożądaną poprawę nastroju. Każde kolejne próby są przeżyciami pożądanymi i zaplanowanymi⁶.

Informacji na temat rozpowszechnienia eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych dostarczają badania ankietowe realizowane na reprezentatywnych próbach populacji lub jej wyróżnionych segmentach, na przykład młodzieży. Badania takie nie dają podstaw do oceny rozmiarów narkomanii rozumianej jako problemowe używanie narkotyków, pozwalają jednak szacować rozmiary zjawiska eksperymentowania z narkotykami oraz okazjonalnego używania narkotyków, a tym samym przewidywać, przynajmniej w ogólnych zarysach, przyszłe trendy w rozwoju problemowego używania narkotyków, czyli narkomanii.

Badania takie przeprowadzono w województwie śląskim w latach 2004⁷ i 2007⁸ na reprezentatywnej próbie uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek 15-16 lat) oraz klas

⁵ Z. Juczyński, *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa, 2005, s.37-39.

⁶ P.D. Rogers, L. Goldstein, *Narkotyki i nastolatki*, Gdańsk, 2007, s. 40.

⁷ J. Sierosławski, B. Bukowska: *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie śląskim w 2004 r. Badania przygotowane na zlecenie Województwa Śląskiego. Badaniami objęto młodzież trzecich klas gimnazjum i drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych.*



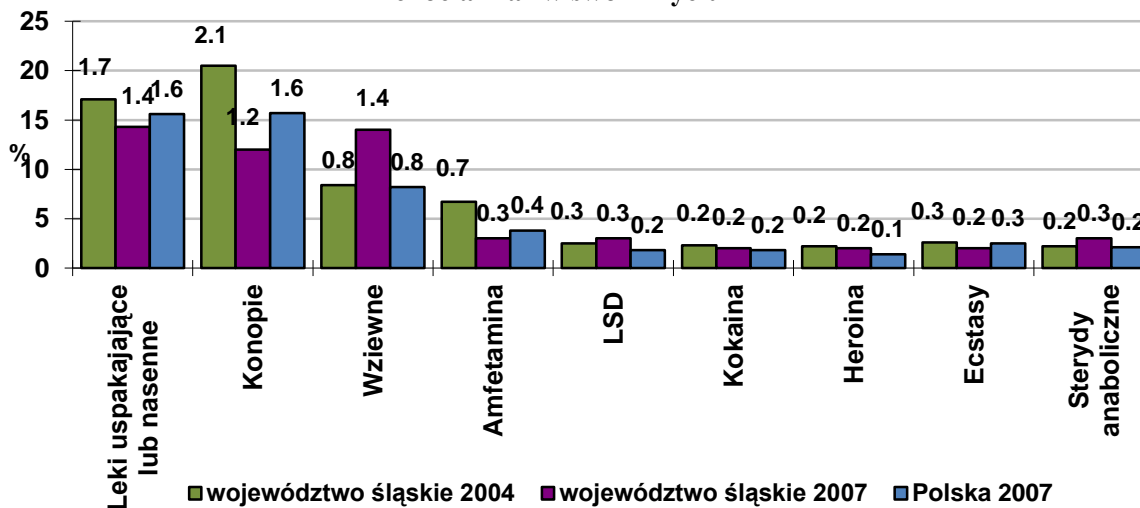
drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat), zgodnie z metodologią międzynarodowego Europejskiego Programu Badań Ankiety w Szkołach ESPAD. Porównanie wyników badań z 2007 roku z badaniami zrealizowanymi w 2004 roku wykazało tendencję spadkową bądź stabilizacyjną większości wskaźników dotyczących używania poszczególnych substancji psychoaktywnych przez młodzież województwa śląskiego w wieku 15-16 lat. Należy zaznaczyć, że używanie środków psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu interpretować należy w kategoriach doświadczeń zebranych przez badanych w zakresie używania substancji. Niektórzy z respondentów deklarujących takie doświadczenia, ale ich nie kontynuują - nie można ich zatem zaliczyć do użytkowników narkotyków. Doświadczenia te, szczególnie w przypadku osób w wieku 17-18 lat mogą być dość odległe w czasie, stąd wskaźnik ten nie ilustruje trafnie aktualnego rozpowszechnienia używania substancji.

Jak wynika z powyższych badań niemal dwukrotnie spadł odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy kiedykolwiek używali przetworów konopi. Jeszcze większy, bo ponad dwukrotny spadek, nastąpił w przypadku używania amfetaminy. Nieznacznie spadł także odsetek badanych sięgających po leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich. Tendencję wzrostową zanotowano natomiast w zakresie rozpowszechnienia doświadczeń z substancjami wziewnymi – z 8,4% do 14,0%. Używanie substancji wziewnych jest bardzo niebezpieczne. Wprawdzie nie prowadzi ono szybko do uzależnienia, ale rodzi wysokie ryzyko innych szkód zdrowotnych, w tym zgonu z powodu przedawkowania. Rozpowszechnienie doświadczeń z pozostałymi substancjami nie przekracza 3% i w zasadzie pozostaje stabilne zarówno w województwie śląskim jak i na poziomie całego kraju.

⁸ *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie śląskim ESPAD 2007, op.cit.*

Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

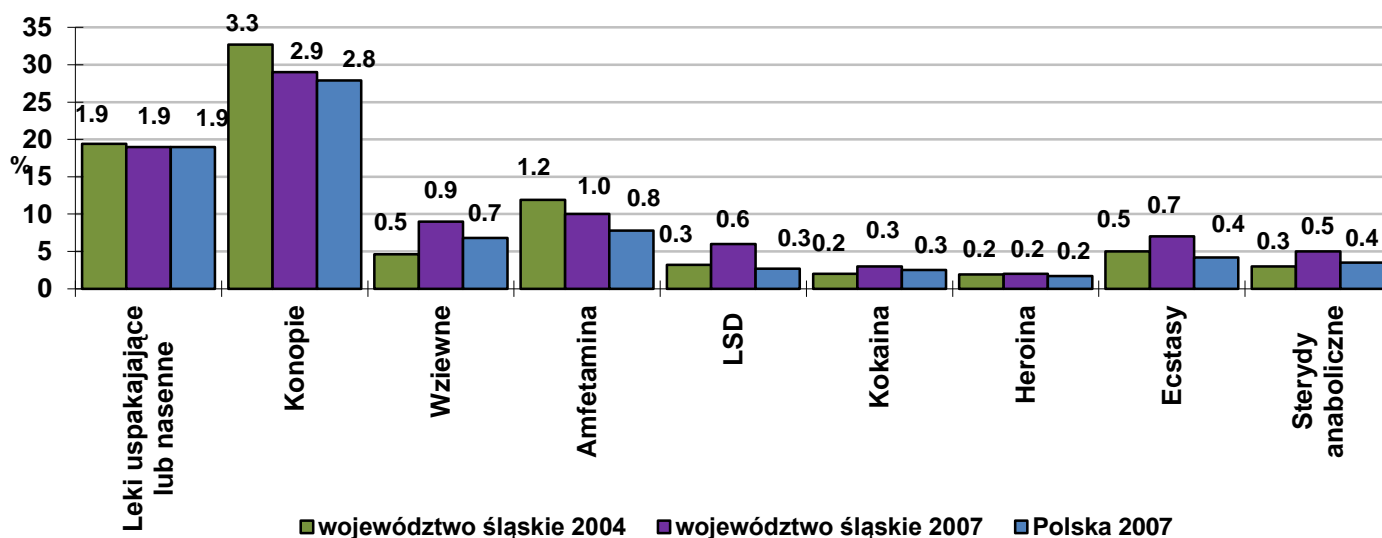
Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu



Źródło: Wyniki szkolnych badań ankietowych w województwie śląskim (2004, 2007) oraz na poziomie kraju ESPAD 2007.

Odsetek uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu został przedstawiony na poniższym wykresie.

Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu



Źródło: Ibidem.



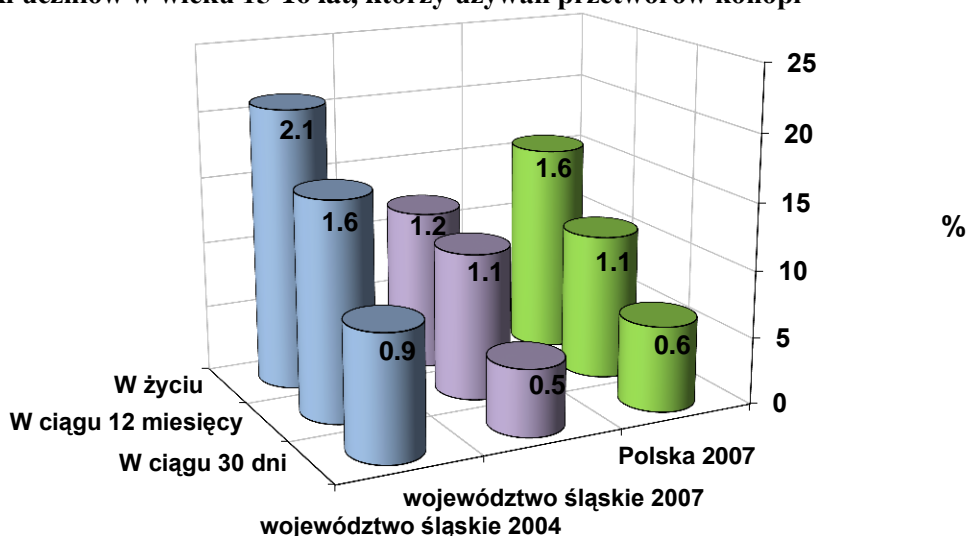
Jak wynika z danych, w przypadku uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat) odnotowano wzrost odsetka osób sięgających po substancje wziewne, LSD, ecstasy, sterydy anaboliczne oraz kokainę. Jednocześnie nastąpił spadek używania konopi oraz amfetaminy. Ponadto odsetki notowane w województwie w 2007 roku pozostają nieznacznie wyższe niż obserwowane w skali kraju. Rozpowszechnienie eksperymentowania z lekami uspokajającymi i nasennymi przez uczniów ze starszej grupy badanej w województwie zarówno w 2004 jak i w 2007 roku jest stabilne i pozostaje na poziomie średniej ogólnopolskiej z 2007 roku⁹.

Porównując wyniki danych z badań dotyczących zarówno uczniów w wieku 15-16 lat jak też uczniów w wieku 17-18 lat, zauważalnym jest silny wzrost liczby osób w obu grupach wiekowych sięgających po substancje wziewne. Warto też zwrócić uwagę na zwiększenie się w obu grupach wiekowych liczby uczniów, którzy kiedykolwiek używali takich środków jak LSD oraz sterydy anaboliczne. W przypadku każdego z tych środków rozpowszechnienie w województwie śląskim w 2007 roku było trochę większe od średniej ogólnopolskiej¹⁰. Z dotychczasowej analizy danych wynika, że bardziej rozpowszechnione są próby z konopiami indyjskimi. Rozpowszechnienie używania konopi obrazuje także wskaźnik aktualnego używania (zawężony okres obserwacji do ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, a następnie do ostatnich 30 dni).

⁹ J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit.

¹⁰ Ibidem.

Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali przetworów konopi

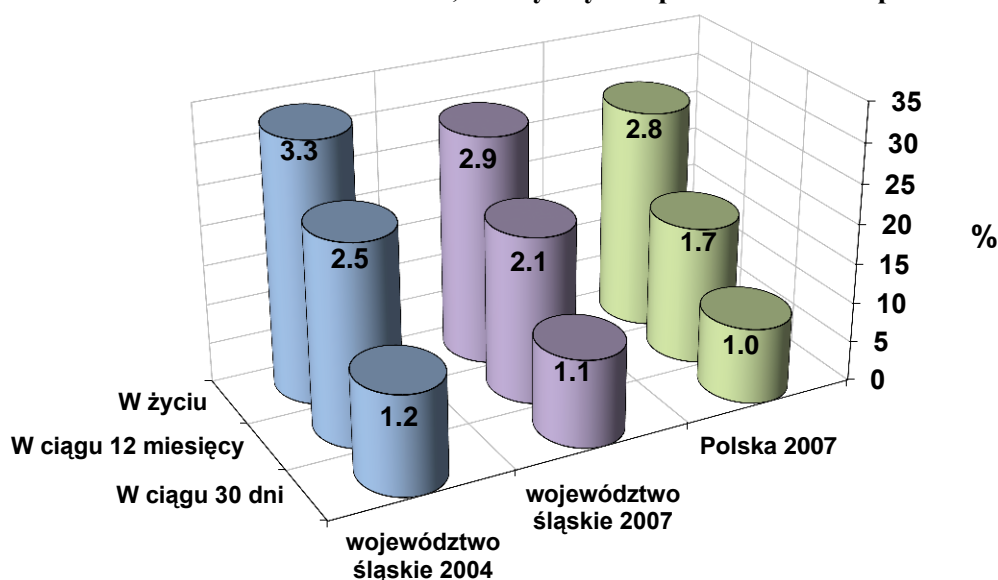


Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit., na podstawie wyników szkolnych badań ankietowych w województwie śląskim (2004, 2007) oraz na poziomie kraju ESPAD 2007.

Wyniki zestawione na wykresie wskazują, że wśród uczniów w wieku 15-16 lat w województwie śląskim zmniejsza się zarówno odsetek liczby osób eksperymentujących z przetworami konopi, ale także wskaźniki okazjonalnego używania tej substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, a następnie ostatnich 30 dni. Z powyższych danych wynika, że rozpowszechnienie używania przetworów konopi w województwie w czasie ostatnich 12 miesięcy w roku 2007 w stosunku do roku 2004 zmniejszyło się o ponad 1/5. W przypadku wskaźnika używania w czasie ostatnich 30 dni skala spadku jest bardziej znaczna. Warto też zauważyć, że w 2007 roku pod względem wskaźnika rozpowszechnienia używania przetworów konopi w ciągu ostatnich 12 miesięcy gimnazjaliści z terenu województwa śląskiego nie odróżniają się od średniej krajowej, podczas gdy przy dwóch pozostałych wskaźnikach lokują się poniżej tej średniej. Taka konfiguracja wyników zdaje się sugerować, że gimnazjaliści województwa śląskiego w większym stopniu niż w skali kraju utracili zainteresowanie eksperymentowaniem z marihuaną lub haszyszem. Jednocześnie ci, którzy już takie eksperymenty podejmują, kontynuują je w podobnym odsetku, jak ich rówieśnicy z próby ogólnopolskiej.

Dane zestawione na wykresie poniżej wskazują na nieco inną dynamikę wskaźników w grupie uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali przetworów konopi



Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit., na podstawie wyników szkolnych badań ankietowych w województwie śląskim (2004, 2007) oraz na poziomie kraju ESPAD 2007.

W województwie śląskim w 2007 roku w stosunku do 2004 roku nastąpił spadek odsetka uczniów w wieku 17-18 lat używających przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Natomiast wskaźnik używania w czasie ostatnich 30 dni pozostał na podobnym poziomie. Jednakże, porównując te dane z wynikami na poziomie kraju, to w województwie we wszystkich czasokresach obserwuje się wyższe wskaźniki rozpowszechnienia używania przetworów konopi.

Mając na uwadze powyższe wyniki badań, można także zauważyć, że korzystne tendencje w zakresie używania substancji psychoaktywnych w postaci przetworów konopi w większym stopniu dotyczą uczniów w wieku 15-16 lat, niż młodzieży w wieku 17-18 lat.

Warte przytoczenia są także wyniki badania ankietowego zrealizowanego w 2008 roku w województwie śląskim na reprezentatywnej próbie pełnoletnich jego mieszkańców na temat używania substancji psychoaktywnych (narkotyków, alkoholu, tytoniu) oraz opinii i przekonań



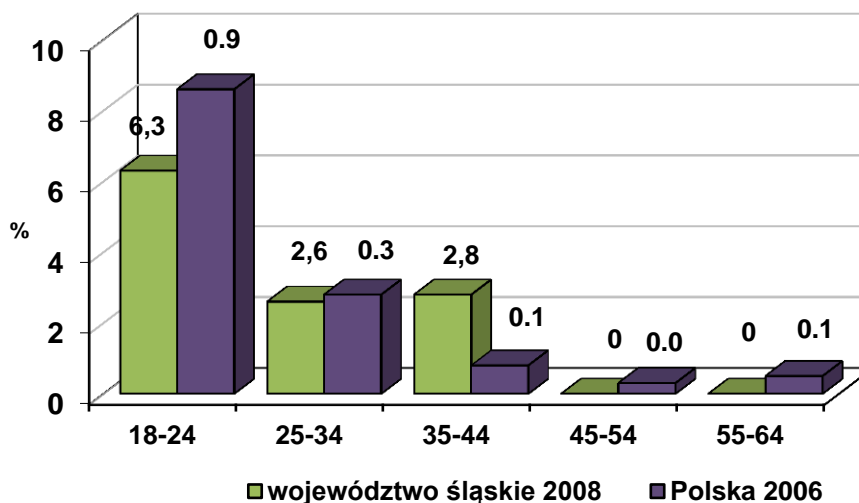
w tym zakresie¹¹. Badanie to ujawniło jedynie okazjonalne używanie przetworów konopi. W próbie nie znalazł się nikt, kto używałby w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem innych substancji nielegalnych. Oczywiście, nie oznacza to, że w województwie nie ma takich osób. Rozpowszechnienie używania tych substancji jest jednak tak niskie, że w próbie 638 osób nie udało się uchwycić nikogo z grupy użytkowników. Wśród wszystkich badanych okazjonalni użytkownicy przetworów konopi stanowili 1,9%. Wyniki badania w województwie śląskim nie pozwalają na uchwycenie dynamiki zjawiska, bowiem dotychczas zrealizowano tylko jedno takie badanie. Porównanie rozpowszechnienia używania przetworów konopi w województwie z rozpowszechnieniem na poziomie kraju napotyka trudności wynikające z terminarza badań – ostatnie badanie ogólnopolskie przeprowadzono w 2006 roku. Pamiętając o tym zastrzeżeniu można wskazać, że odsetek okazjonalnych użytkowników w województwie stwierdzony w 2008 roku nie odbiega od odsetka uzyskanego w badaniu ogólnopolskim w 2006 roku. Porównanie ograniczyć należy do osób z szerokiego zakresu wiekowego 18-64 lata, z uwagi na to, że tylko ta kategoria jest wspólna dla obu badań. Dla tak zdefiniowanej populacji odsetek okazjonalnych użytkowników marihuany lub haszyszu wynosił dla województwa śląskiego 2,4%, zaś dla całego kraju 2,6%¹².

Porównanie wyników badania zrealizowanego w województwie śląskim w 2008 roku z wynikami ogólnopolskiego badania z 2006 r. w rozbiciu na kategorie wiekowe zaprezentowano na wykresie poniżej.

¹¹ M. Józko, *Raport z badań. Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*, Lokalne Badania Społeczne, Warszawa, 2008.

¹² J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit.

Używanie przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem według wyników badań ankietowych wśród mieszkańców województwa śląskiego w 2008 roku oraz na poziomie kraju w 2006 roku przez badanych w wieku 18-64 lata



Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit.

Rozkład rozpowszechnienia okazjonalnego używania marihuany i haszyszu w województwie śląskim wskazuje na kategorię wiekową 18-24 lata jako grupę koncentracji użytkowników – 6,3%. W kolejnych dwóch kategoriach wiekowych, tj. 25-34 lata oraz 35-44 lata rozpowszechnienie utrzymuje się na poziomie 2,6-2,8%. Wśród starszych badanych nie odnotowano w ogóle użytkowników tych substancji.

Podobne odsetki na poziomie całej badanej populacji województwa i kraju kryją interesujące różnicowania, których osią jest wiek. Porównanie wyników sugeruje, że użytkowników przetworów konopi w wieku 18-24 lata oraz w wieku 25-34 lata spotkać można rzadziej w województwie śląskim niż średnio w kraju. Natomiast w województwie w stosunku do kraju jest znacznie więcej osób w wieku 35-44 lata. Trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, czy te różnice należy przypisać specyfice województwa, czy też są one efektem upływu czasu. Za tą drugą hipotezą przemawia obserwowane w skali kraju analogiczne przesunięcia w strukturze użytkowników konopi między 2002 i 2006 rokiem¹³.

¹³ Ibidem.



Dane zawarte w tabeli poniżej prezentują rozpowszechnienie okazjonalnego używania przetworów konopi w grupach wiekowych, nie tylko w odsetkach, ale również przeliczone na liczby osób.

Oszacowane liczby okazjonalnych użytkowników przetworów konopi w województwie śląskim, tzn. osób, które przynajmniej raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem użyły tej substancji

Lp.	Kategorie wiekowe	Odsetek z próby badanej	Liczba użytkowników w populacji
1.	18-24	6,3	32 870
2.	25-34	2,6	18 922
3.	35-44	2,8	17 257
4.	45-54	-	-
5.	55-64	-	-
6.	65 i więcej	-	-
Razem			69 049

Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit. - przeliczenia na podstawie wyników badania ankietowego na reprezentatywnej próbie mieszkańców województwa śląskiego (2008 r.) oraz danych GUS o liczbie ludności.

Na podstawie wyników badania ankietowego można szacować, że w województwie śląskim niespełna 70 000 pełnoletnich mieszkańców używa okazjonalnie marihuany lub haszyszu, z tego prawie połowa (ok. 33 000) – to osoby w wieku 18-24 lata. Analogiczne oszacowanie na podstawie wyników badań szkolnych jest trudniejsze do przeprowadzenia, bowiem badaniami obejmujemy tylko dwa roczniki młodzieży. Nie mniej jednak na podstawie dostępnych danych można przyjąć, że do grupy okazjonalnych użytkowników przetworów konopi zalicza się ok. 30 000 młodych ludzi w wieku 15-17 lat. Oznaczałoby to, że w województwie śląskim liczba okazjonalnych użytkowników przetworów konopi wynosi ok. 100 000 osób¹⁴.

W środowisku młodzieżowym wiedza o negatywnych skutkach przyjmowania narkotyków dla zdrowia fizycznego i psychicznego, rozwoju i procesu dojrzewania biologicznego, funkcjonowania w szkole i rolach społecznych jest w zasadzie pełna. Młodzież, wchodząc w kontakt z narkotykami, boi się, ale nie nadmiernie skutków bezpośrednich

¹⁴ Ibidem.



w postaci represji i retorsji ze strony rodziców, nauczycieli, ogólnie szkoły i systemu oświaty, policji i wymiaru sprawiedliwości. Zagrożające skutki bezpośrednie to nie cecha relacji osoba biorąca-narkotyk, ale układu małoletni biorący narkotyk-otocznie społeczne i instytucjonalne. Młodzież najbardziej boi się uzależnienia. To podstawowe zagrożenie związane z braniem narkotyków, w szczególności osoby młode boją się utraty zdrowia, pogorszenia sytuacji życiowej i społecznej, różnego rodzaju kłopotów w domu, szkole i konfliktów z organami ścigania. Wszystkie dobrze znane młodzieży negatywne konsekwencje narkotyków przesuwane są w ich świadomości poza granicę uzależnienia. Młodzież tłumaczy, że dopóki nie bierze nałogowo, niewiele im grozi, a tym samym nie uzależni się. Dopiero wówczas, gdy przekroczy tę granicę, można się spodziewać wszystkiego, co złe. Wiele młodych osób uznaje, że poruszanie się po drodze w kierunku degradującego uzależnienia można kontrolować i przeciętny młody człowiek jest do tego zdolny. Źródłem pewnych dodatkowych obaw jest pozostająca poza kontrolą jakość narkotyków, czyli ich rzeczywisty skład. Dealerzy, zdaniem sporej liczby eksperymentujących z narkotykami, dodają do sprzedawanych produktów (marihuany i ecstasy) środki bardziej halucynogenne i szybciej uzależniające, właśnie po to, by wywołać uzależnienie i ustabilizować popyt¹⁵.

1.4. Problemowe używanie narkotyków

Trendy w rozwoju narkomanii rozumianej jako regularne używanie narkotyków powodujące poważne problemy, tj. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, śledzić można na podstawie badań prowadzonych metodą wywiadów pogłębionych wśród problemowych użytkowników narkotyków. Badania takie zostały zrealizowane w województwie śląskim w 2003 i 2007 roku¹⁶. Umożliwiły one oszacowanie liczby narkomanów, identyfikację wzorów używania substancji w tej grupie oraz problemów jakich doświadczają. Na podstawie badań z 2007 roku liczbę problemowych użytkowników narkotyków oszacowano na 15 000 – 17 000 osób. Liczba ta znacznie wzrosła w stosunku do

¹⁵ Z. Maj, T. Kowalewicz, *Młodzież wobec narkotyków*, www.narkomania.org.pl.

¹⁶ J. Sierosławski *Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008 (<http://www.narkomania.gov.pl>).



roku 2003, kiedy to szacowano, że w województwie śląskim liczba problemowych użytkowników narkotyków mieści się w przedziale 3 000 – 11 000¹⁷.

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w woj. śląskim w 2006 r.¹⁸

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Współczynnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie	1 456	8,5	11,8	17 181
Leczeni ambulatoryjnie	4 430	24,4	4,1	18 163

Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit.

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w województwie śląskim w 2006 roku według podziału na płeć i wiek¹⁹

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Współczynnik doszacowania	Oszacowanie
Płeć				
Mężczyźni	1 096	10,5	9,5	10 412
Kobiety	360	5,8	17,2	6 192
Razem				16 604
Wiek				
do 19 lat	310	6,3	15,9	4 929
20-29 lat	649	12,6	7,9	5 127
30 lat i więcej	493	8,5	11,8	5 817
Razem				15 874

Źródło: Ibidem.

Oszacowania przeprowadzone przy kontroli płci i wieku dały nieco niższe wartości. Oznacza to, że ogólne oszacowanie dla województwa śląskiego może być trochę zawyżone. Stąd bardziej wiarygodne wydaje się oszacowanie na poziomie 15 000-17 000 osób.

¹⁷ J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit.

¹⁸ Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w województwie śląskim w 2006 roku metodą „benchmark” z zastosowaniem nominacji z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników narkotyków w 2007 roku oraz danych statystycznych lecznictwa.

¹⁹ Ibidem.



1.5. Lecznictwo odwykowe

Informacji na temat narkomanii, dostarczają dane statystyczne leczenia psychiatrycznego. Lecznictwo psychiatryczne ambulatoryjne i stacjonarne objęte jest dwoma niezależnymi systemami sprawozdawczości statystycznej. Pierwszy z nich opiera się na indywidualnych kwestionariuszach statystycznych. Podstawą drugiego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie zakładów. Dane z leczenia stacjonarnego są zatem dokładniejsze - nie są one obciążone błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli zostały odnotowane w tym samym roku w kilku różnych placówkach.

Lecznictwo stacjonarne

Lata 2000-2005 to okres intensywnego (86%) wzrostu liczby osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w województwie śląskim z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (z 729 osób w 2000 roku osób do 1 358 osób w 2005 roku). Natomiast od 2006 roku obserwuje się trend spadkowy. Dane dotyczące liczby osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol prezentuje tabela poniżej²⁰.

Liczba osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

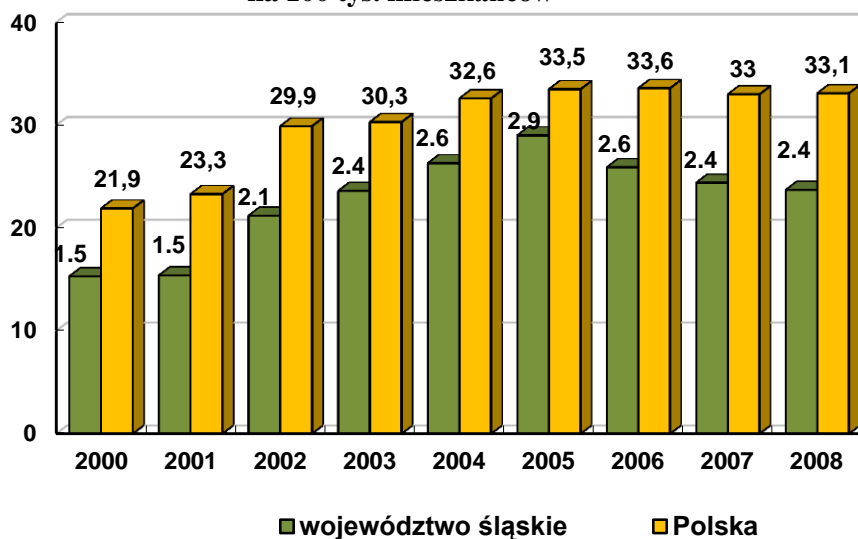
Lata	Województwo śląskie	Polska
2000	729	6 827
2001	730	8 590
2002	1 002	9 096
2003	1 115	11 915
2004	1 236	11 778
2005	1 358	12 836
2006	1 207	13 320
2007	1 137	13 198
2008	1 099	12 582

Źródło: Ibidem – na podstawie danych z systemu statystycznego leczenia psychiatrycznego (Instytut Psychiatrii i Neurologii), s.23.

²⁰ J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op.cit.

Na poniższym wykresie zaprezentowano liczbę osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Z danych wynika, że w latach 2000 – 2008 zgłaszalność do leczenia stacjonarnego w województwie śląskim pozostawała niższa od średniej krajowej.

Osoby przyjęte do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców



Źródło: Ibidem, s.24.

Współczynniki dynamiki liczby pacjentów zgłaszających się do leczenia zarówno w województwie śląskim jak i w Polsce w latach 2000-2008 przedstawia wykres poniżej.

Dynamika – Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 r. z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w województwie śląskim i w Polsce (2000 rok - 100%)



Źródło: Ibidem, s.25.

W województwie śląskim wskaźnik w 2001 roku nie zmienił się w stosunku do 2000 roku, natomiast w kolejnych latach, aż do 2005 roku odnotowano trend wzrostowy. Od 2006 roku następuje wyraźny spadek. Dla porównania w skali kraju po niewielkim wzroście w 2001 roku nastąpił wyraźny wzrost w 2002 roku, a następnie wygasający trend wzrostowy, praktycznie ze stabilizacją w latach 2005-2008.

Dane przedstawione na wykresie pokazują, że zgłaszalność do leczenia stacjonarnego w województwie była w 2005 roku większa o ok. 86% niż w 2000 roku, podczas gdy w całym kraju o ok. 51%. Porównanie wskaźników za 2008 roku w stosunku do 2000 roku ujawnia te same wartości dla województwa śląskiego i dla całego kraju, są one większe o ok. 50%²¹.

Zróznicowanie zgłaszalności do leczenia występuje także w poszczególnych województwach. Dane wskazują na dużą rozpiętość między współczynnikami przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców. Województwem o najwyższym rozpowszechnieniu jest lubuskie – 55,2, natomiast województwem o najniższym rozpowszechnieniu jest podkarpackie – 9,8. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: mazowieckie – 47,8, zachodniopomorskie - 46,5, dolnośląskie – 44,6, warmińsko-mazurskie – 39,2 oraz wielkopolskie – 37,7. Na tle innych województw, województwo śląskie nie jawi się

²¹ Ibidem, s.24-25.



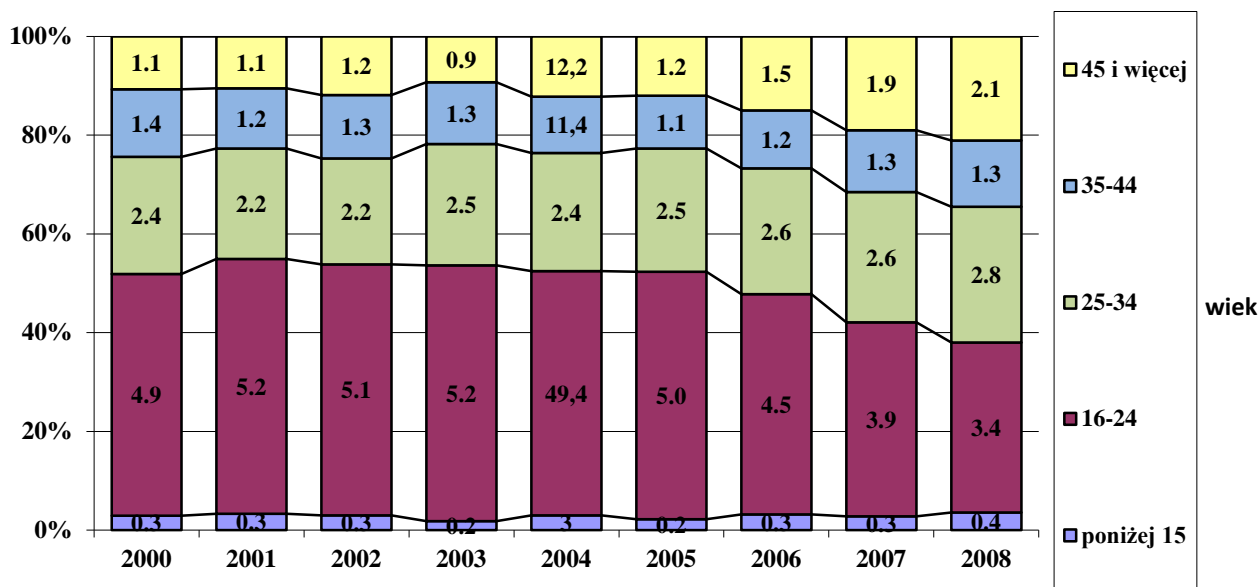
jako należące do bardziej zagrożonych. Województwo ze współczynnikiem 23,7, dużo niższym od wskaźnika ogólnopolskiego ulokowało się na 11 pozycji wśród 16 województw. Biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę pacjentów województwo zajmuje czwarte miejsce wśród wszystkich województw w kraju po województwach: mazowieckim, dolnośląskim i wielkopolskim²².

Istotne zmiany obserwuje się także w strukturze wieku osób przyjmowanych do leczenia stacjonarnego. W 2008 roku w województwie śląskim dominującą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku od 16-24 lata (34%), a następnie osoby w wieku od 25-34 lat (27%). W sumie obie te kategorie wiekowe stanowią prawie 62% leczonych. Od 2005 roku wśród pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego w województwie śląskim zwiększa się odsetek osób ze starszych grup wiekowych (25-34 lata oraz 45 lat i więcej), a od 2005 roku zmniejsza się z młodszej grupy (od 16-24 lat). Podobne trendy mają miejsce na poziomie ogólnokrajowym aczkolwiek charakteryzują się one większym nasileniem. Na poziomie kraju także najsilniej reprezentowana jest kategoria wiekowa 16-24 lat, ale mieści się w niej 31,2% pacjentów. W drugiej co do liczebności kategorii wiekowej 25-34 lat znajduje się 35,8% pacjentów. Trzeba też zauważyć, że odsetek osób po 44 roku życia jest w skali ogólnopolskiej nieznacznie niższy niż w województwie i wynosi 18,2%. W kraju ogółem (podobnie jak w województwie śląskim) od 2002 roku zwiększają się odsetki osób ze starszych grup wiekowych, (25-34 lat oraz 45 lat i więcej), a zmniejszają się z młodszej (16-24 lat). Nawet jeśli po narkotyki zaczyna sięgać młodzież poniżej szesnastego roku życia, to do regularnego, problemowego używania skłaniającego do podjęcia leczenia stacjonarnego dochodzi zwykle później²³.

²² Ibidem, s.25.

²³ Ibidem, s.38-39.

Mieszkańcy województwa śląskiego przyjęci do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol według wieku w latach 2000 – 2008



Źródło: Ibidem s.38-39.

Osoby niepełnoletnie stosunkowo rzadko spotyka się w leczeniu. Po części wynika to z małej liczby specjalistycznych placówek dla tej kategorii pacjentów, po części zaś ze stosunkowo niskiego rozpowszechnienia uzależnienia od narkotyków w tej kategorii wiekowej. Osoby w wieku do 18 lat przyjęte do leczenia stacjonarnego w 2008 roku stanowiły 10,1% wśród ogółu przyjętych, podczas gdy w Polsce odsetek ten kształtował się na poziomie 6,9%. Warto też zwrócić uwagę na dynamikę tego wskaźnika. W skali całego kraju odsetek niepełnoletnich w latach 2000-2008 wyraźnie spadał, podczas gdy w województwie śląskim mimo pewnych fluktuacji, pozostawał stabilny.



Osoby w wieku do 18 lat przyjęte do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w latach 2000-2008

Lata	Liczba		Odsetek osób w wieku do 18 lat	
	województwo	Polska	województwo	Polska
2000	80	1178	11,0	13,9
2001	110	1169	15,0	12,8
2002	106	1295	10,4	11,0
2003	113	1221	10,2	10,4
2004	164	1230	13,2	9,6
2005	139	1160	10,3	8,7
2006	122	1127	10,4	8,6
2007	122	955	10,8	7,7
2008	111	867	10,1	6,9

Źródło: Ibidem, s.25-6.

W tabeli poniżej zaprezentowano dane wskazujące zróżnicowanie terytorialne według poszczególnych województw pod względem odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2008 roku. Województwo śląskie znalazło się wśród trzech województw o najwyższym odsetku niepełnoletnich przyjmowanych do leczenia. Wyższe odsetki odnotowano jedynie w województwie lubelskim (14,9%) i kujawsko-pomorskim (10,7%). Najniższe odsetki niepełnoletnich obserwujemy w województwie pomorskim (5,3%), zachodniopomorskim (5,3%) i podkarpackim (5,4%).



Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych według województwa zamieszkania pacjenta

Wyszczególnienie	%
Wielkopolskie	4,1
Pomorskie	5,3
Zachodniopomorskie	5,3
Podkarpackie	5,4
Opolskie	5,8
Mazowieckie	5,9
Małopolskie	6,6
POLSKA	6,9
Podlaskie	7,0
Łódzkie	7,1
Dolnośląskie	7,2
Lubuskie	8,1
Świętokrzyskie	9,0
Warmińsko-Mazurskie	9,4
Śląskie	10,1
Kujawsko-Pomorskie	10,7
Lubelskie	14,9

Źródło: Ibidem, s.37.

Bardzo ważnym wskaźnikiem obrazującym problem narkomanii są pierwszorazowe przyjęcia do leczenia odwykowego. Wskaźnik ten pokazuje narastanie liczby nowych pacjentów, jeszcze nie notowanych w statystykach. W tym sensie obraz budowany na jego podstawie bliższy jest obrazowi sytuacji w populacji generalnej. Dynamikę oraz liczbę osób przyjętych po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w województwie śląskim oraz w Polsce przedstawia tabela i wykres poniżej.

Osoby przyjęte po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

Lata	Województwo śląskie	Polska
2000	386	5075
2001	431	5617
2002	580	6537
2003	664	6693
2004	728	6947
2005	802	7024
2006	666	6480
2007	582	5690
2008	543	5511

Źródło: Ibidem, s.28.

Dynamika – osoby przyjęte pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w Polsce i województwie śląskim w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol wg miejsca zamieszkania pacjenta (2000 rok = 100%)

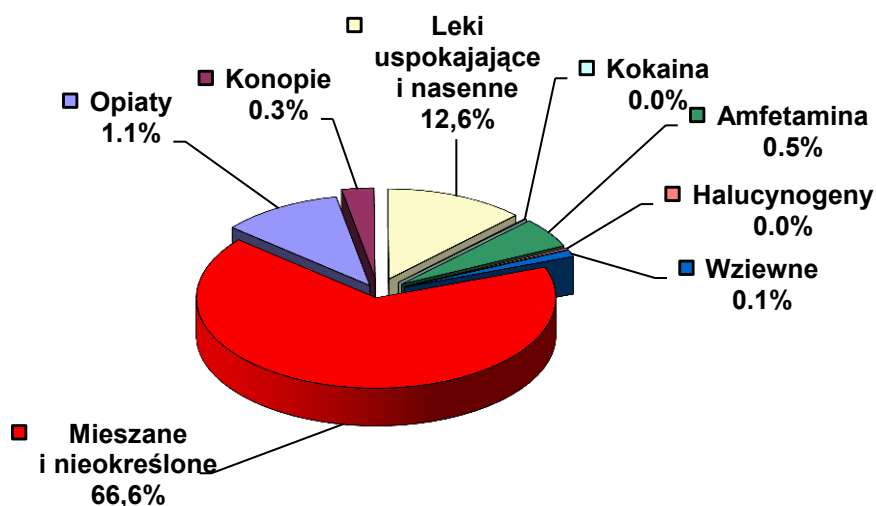


Źródło: Ibidem, s.30.

Z danych przedstawionych w tabeli i na wykresie wynika, że zgłaszalność do leczenia stacjonarnego pacjentów pierwszorazowych w województwie od 2000 roku do 2005 roku systematycznie wzrastała, podobnie jak w całym kraju. Dalej od 2006 roku notuje się spadek liczby osób zgłaszających się do leczenia pierwszy raz.

Struktura przyjęć osób do leczenia odwykowego według typu substancji uzależniającej została przedstawiona na wykresie poniżej. Najliczniejszą grupą są osoby nadużywające leków uspokajających i nasennych (12,6%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy z problemem związanym z nadużywaniem opiatów (10,9%), amfetaminy (5,4%), przetworów konopi (2,9%), substancji wziewnych (1,2%) oraz kokainy (0,1%). Zaznaczyć także należy, że ponad dwie trzecie pacjentów znajduje się w kategorii „mieszane i nieokreślone”. O środkach używanych przez tę grupę pacjentów praktycznie nie można powiedzieć, poza tym, że w przypadku zdecydowanej większości pacjentów jest ich więcej niż jeden.

Odsetek mieszkańców województwa śląskiego przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol według typu substancji



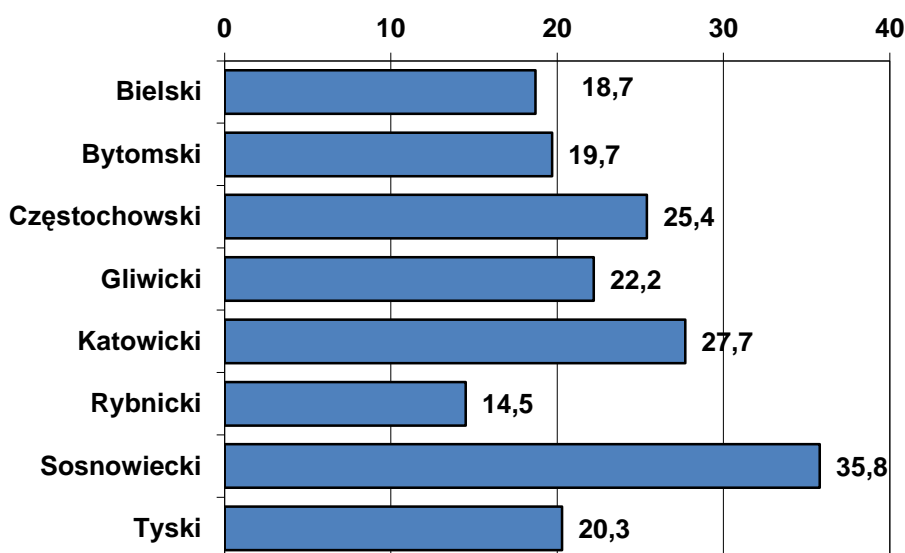
Źródło: Ibidem, s.32.

Nieco inaczej prezentują się dane dotyczące odsetka pacjentów pierwszorazowych w poszczególnych kategoriach problemowych użytkowników narkotyków, wyróżnionych ze względu na diagnozę medyczną. W 2008 roku w powyższej kategorii dominowali

użytkownicy substancji wziewnych (69,2 %) przed użytkownikami przetworów konopi (68,0%)²⁴.

Subregionem o największym współczynniku zgłaszalności do leczenia stacjonarnego jest subregion sosnowiecki (35,8 – wskaźnik na 100 tys. mieszkańców). Przewyższa on znacznie średnią dla województwa (23,7), a nawet średnią ogólnopolską (33,1). Dwa inne subregiony o współczynnikach wyższych niż średnia dla całego województwa to katowicki (27,7) i częstochowski (25,4). Blisko średniej wojewódzkiej ułożył się także subregion gliwicki (22,2).

Współczynnik zgłaszalności do lecznictwa stacjonarnego w województwie śląskim w 2008 roku według subregionów



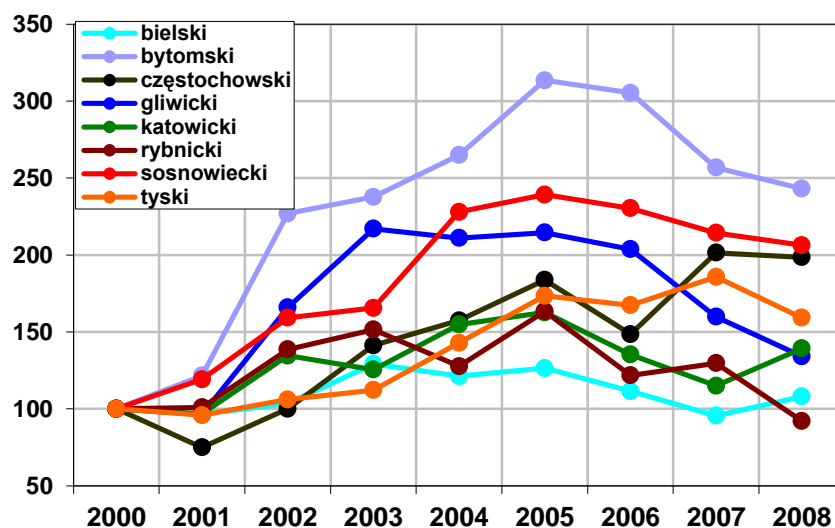
Źródło: Ibidem, s. 34.

Dynamika zgłaszalności do leczenia w poszczególnych subregionach także podlega zróżnicowaniu. Najwyższą dynamikę problemu w latach 2000-2005 obserwowaliśmy w subregionie bytomskim (314), a następnie w sosnowieckim (239), gliwickim (215) i częstochowskim (184). W 2005 roku większość danych charakteryzował trend spadkowy. Najbardziej był on widoczny w subregionach: bytomskim, gliwickim i rybnickim. Warto zauważyć, że w tym ostatnim liczba zgłaszających się do leczenia w 2008 roku była mniejsza

²⁴ Ibidem, s. 33.

niż w 2000 roku. Wzrost w stosunku do 2005 roku nastąpił tylko w subregionie częstochowskim. Najślabszą dynamiką w latach 2000-2008 charakteryzował się subregion bielski. Najniższy był tu wzrost w latach 2000-2005 (o 27%) oraz spadek w następnym okresie. W 2008 roku w tym subregionie liczba zgłaszających się do leczenia była tylko o 8% wyższa niż w 2000 r.

Dynamika liczby mieszkańców województwa śląskiego przyjętych do placówek leczenia stacjonarnego w całym kraju w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol wg miejsca zamieszkania pacjenta (2000 r. = 100)



Źródło: Ibidem, s.4.

Struktura płci osób przyjętych od leczenia stacjonarnego pozostaje względnie stabilna, zarówno w województwie śląskim, jak w skali kraju. Jak wynika z danych zawartych w poniższej tabeli kobiety stanowiły w 2008 r. w woj. śląskim prawie 1/3 pacjentów leczonych stacjonarnie z powodu problemu narkotykowego, zaś na poziomie kraju – 1/4.



Kobiety przyjęte do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

Lata	Liczba		Odsetek wśród wszystkich przyjętych	
	Woj. śląskie	Polska	Woj. śląskie	Polska
2000	180	1 888	22,0	24,7
2001	200	2 090	23,0	27,4
2002	256	2 608	23,2	25,5
2003	282	2 826	24,0	25,3
2004	294	3 028	23,6	23,8
2005	314	3 139	23,6	23,1
2006	313	3 168	24,0	25,9
2007	325	3 089	28,6	24,6
2008	323	3 272	29,4	25,9

Źródło: Ibidem, s. 34.

Problemowi narkotyków niekiedy towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, niekiedy leżące u podstaw problemu narkotyków lub powstałe w jego wyniku. Zjawisko to nosi nazwę podwójnej diagnozy. Pacjenci z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi zwykle stanowią większy problem kliniczny, gorzej się leczą, wymagają opieki psychiatrycznej. W Polsce pacjenci stacjonarni z podwójną diagnozą stanowią niewielki odsetek zgłaszających się do leczenia (7,1%), chociaż zauważyć trzeba, że od 2000 roku odsetek ten wyraźnie wzrósł. Mieszkańcy województwa śląskiego leczeni stacjonarnie z odsetkiem 8,8 niewiele odbiegają od średniej ogólnopolskiej. Jednakże należy zwrócić uwagę, że odsetek pacjentów z podwójną diagnozą jeszcze w 2000 roku był niższy od ogólnopolskiego. Oznacza to, że odsetek pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi towarzyszącymi problemowi narkotyków w województwie rósł szybciej niż średnio w kraju. Nie można wykluczyć, że wpływ może tu mieć usytuowanie w województwie, jednego z niewielu w Polsce ośrodka wyspecjalizowanego w leczeniu podwójnej diagnozy. Wprawdzie leczenie stacjonarne nie jest zrejonizowane, a dane agregowane są według miejsca zamieszkania pacjentów, a nie miejsca leczenia, to jednak można przypuszczać, że pacjenci zamieszkujący w województwie śląskim mogą mieć lepszy dostęp do tej wysoko wyspecjalizowanej formy pomocy.



Podwójne diagnozy wśród leczonych stacjonarnie z powodu używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w latach 2000-2008 (odsetki pacjentów)

Lata	Województwo Śląskie	Polska
2000	3,2	4,0
2001	5,3	4,2
2002	5,8	5,6
2003	6,2	5,9
2004	5,3	6,3
2005	7,7	7,5
2006	9,3	7,4
2007	9,1	7,3
2008	8,8	7,1

Źródło: Ibidem, s. 40.

Struktura zaburzeń towarzyszących problemowi narkotyków u pacjentów w województwie śląskim nieco odbiega od ogólnopolskiej. Nieco większy odsetek stanowią zaburzenie zaliczane do kategorii „inne”.

Podwójne diagnozy wśród leczonych stacjonarnie z powodu używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w 2008 roku według zaburzenia towarzyszącego (odsetki pacjentów)

Wyszczególnienie	Województwo śląskie	Polska
brak drugiej diagnozy	91,2	92,9
zaburzenia osobowości	1,5	1,4
depresja	0,4	0,4
inne zaburzenia afektywne	-	0,1
zaburzenia lękowe	0,7	0,5
inne zaburzenia psychiczne	6,2	4,8

Źródło: Ibidem, s. 40.



Lecznictwo ambulatoryjne

Podstawą systemu statystycznego psychiatrycznego lecznictwa ambulatoryjnego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane na poziomie poradni²⁵.

W poradniach w województwie śląskim w 2007 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem narkotyków leczyły się 3602 osoby, w tym 1315 osób podjęło leczenie po raz pierwszy w życiu. W 2008 roku liczba leczonych znacznie spadła i wynosiła 2325 osób, w tym po raz pierwszy w życiu – 964 osoby. Jak wynika z danych zaprezentowanych na wykresie w województwie śląskim najliczniejszą pozostaje grupa osób nadużywających leków uspokajających i nasennych (20,4%). Następne w kolejności pod względem liczebności są grupy problemowych użytkowników opiatów (11,5%), przetworów konopi (10,3%), amfetaminy (6,9%), halucynogenów (3,0%), substancji wziewnych (0,9%) oraz kokainy (0,4%). Pozostała kategoria pacjentów określana jako nadużywający środków „innych i mieszanych”, stanowi aż 46,6%. Warto zauważyć, że struktura diagnoz w lecznictwie ambulatoryjnym odbiega od struktury diagnoz z lecznictwa stacjonarnego.

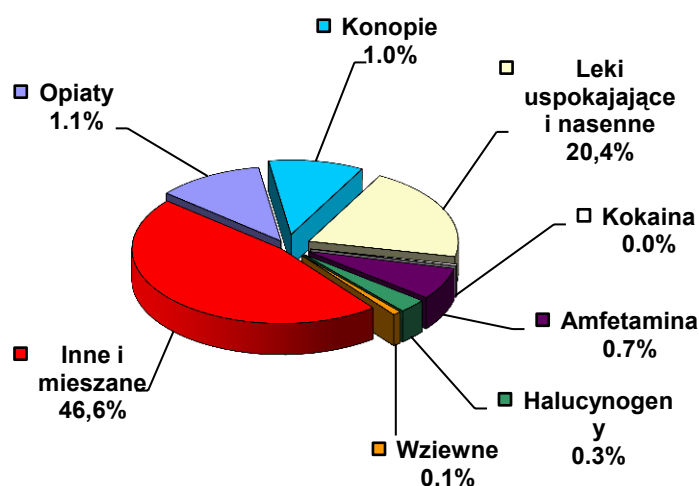
Porównanie struktury diagnoz w lecznictwie ambulatoryjnym województwa śląskiego z analogiczną strukturą ogólnopolską wykazuje pewne różnice. Na poziomie kraju znacznie niższy niż w województwie śląskim jest udział pacjentów z diagnozą inne i mieszane (34,4%) oraz udział pacjentów leczonych z powodu problemu leków uspokajających i nasennych (17,4%), za to wyższe są odsetki pacjentów z problemem opiatów (18,8%), konopi (16,6%) oraz amfetaminy (9,8%).

Odchylenia w strukturze diagnoz w placówkach ambulatoryjnych w województwie śląskim od struktury ogólnopolskiej może oznaczać specyfikę województwa we wzorach używania narkotyków, może też wynikać z praktyki diagnostycznej. Największa różnica dotyczy bowiem diagnozy „inne i mieszane”, co obejmuje szeroką kategorię osób używających różnych środków psychoaktywnych. Wzór ten nazywany bywa politoksykomanią. Innymi

²⁵ Dane ambulatoryjne obarczone są trudnym do oszacowania błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli korzystały one z pomocy więcej niż jednej placówki, co zdarza się częściej na terenach silnie zurbanizowanych o gęstszej sieci placówek. System obejmuje zarówno poradnie zdrowia psychicznego, jak odwykowe poradnie przeciwalkoholowe, poradnie leczenia uzależnień i wreszcie specjalistyczne placówki dla osób z problemem narkotyków. Do systemu nie wchodzi punkty konsultacyjne, jeśli nie mają statusu zakładów opieki zdrowotnej.

słowy odnotowane zróżnicowania danych można interpretować w kategoriach większego rozpowszechnienia politoksykomanii w województwie śląskim niż średnio w kraju.

Leczeni ambulatoryjnie w województwie śląskim w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol według typu substancji



Źródło: Ibidem, s. 49.

Porównanie struktury diagnoz pacjentów pierwszorazowych leczonych w placówkach województwa śląskiego z analogiczną strukturą dla całego kraju, ujawnia podobne prawidłowości jak wcześniej przeprowadzona analiza dla leczonych ogółem. W tym przypadku również zauważany jest większy udział pacjentów z diagnozą „inne i mieszane” (53,0% w województwie śląskim wobec 37,1% ogółem w Polsce) oraz udział pacjentów leczonych z powodu problemu leków uspokajających i nasennych (16,3% wobec 14,5%). Jednocześnie niższy jest udział pacjentów z problemem opiatów (5,0% w stosunku do 14,3%), konopi (12,6% w stosunku do 19,2%) oraz amfetaminy (8,2% w stosunku do 10,8%).

Warto zauważyć, że wśród pacjentów pierwszy raz w życiu zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego w województwie śląskim osoby z problemem opiatów stanowią tylko 5%. Sugeruje to zamieranie popularności tych środków, przynajmniej w czystej postaci.

Analiza odsetka pacjentów pierwszorazowych w poszczególnych kategoriach problemowych użytkowników narkotyków wyróżnionych ze względu na diagnozę medyczną w leczeniu ambulatoryjnym pokazuje mniejsze zróżnicowania niż miało to miejsce w przypadku leczenia stacjonarnego. Najwyższy odsetek przyjętych pierwszy raz w życiu



spotykamy wśród problemowych użytkowników halucynogenów (51,4%), a następnie wśród problemowych użytkowników przetworów konopi (50,6%) i amfetaminy (49,1%). Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród problemowych użytkowników opiatów wyniósł tylko 18,0%.

Dane z tabeli sugerują szybszy rozwój problemu używania nowszych substancji na naszej scenie narkotykowej, takich jak marihuana i haszysz, amfetamina, czy halucynogeny, niż tradycyjnych opiatów.

Leczeni ambulatoryjnie w województwie śląskim w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

Wyszczególnienie	Liczby przyjętych	Liczby pacjentów pierwszorazowych	Odsetki pacjentów pierwszorazowych w kategoriach diagnoz
F11 - opiaty	267	48	18,0
F12 - konopie	239	121	50,6
F13 - uspokajające i nasenne	475	157	33,1
F14 - kokaina	9	4	44,4
F15 - amfetamina	161	79	49,1
F16 - halucynogeny	70	36	51,4
F18 - wziewne	21	8	38,1
F19 - mieszane i nieokreślone	1083	511	47,2
Ogółem	2325	964	41,5

Źródło: Ibidem, s. 52.

W tabeli poniżej zestawiono dane o pacjentach leczonych ambulatoryjnie w podziale na województwa. Województwo śląskie znajduje się na 12 miejscu pod względem współczynnika leczonych ogółem na 100 tys. mieszkańców oraz na 11 miejscu pod względem leczonych po raz pierwszy w życiu. Współczynniki dla województwa (50,0 i 20,8) są znacznie niższe od analogicznych współczynników ogólnopolskich (90,5 i 35,0). Najwyższy współczynnik leczonych ogółem na 100 tys. mieszkańców wyniósł 228,8, zaś leczonych pierwszy raz w życiu – 91,0. Oba te współczynniki dotyczą województwa mazowieckiego. Najniższe współczynniki odnotowano w województwie świętokrzyskim (34,3 i 13,3).



Leczeni ambulatoryjnie w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol według województw

Województwo	Liczby pacjentów ogółem	Liczby pacjentów pierwszorazowych	Współczynniki leczonych ogółem na 100 tys. mieszkańców	Współczynniki leczonych pierwszorazowo na 100 tys. mieszkańców
POLSKA	34526	13333	90,5	35,0
Dolnośląskie	3685	1242	128,1	43,2
Kujawsko-Pomorskie	1570	824	75,9	39,8
Lubelskie	1709	826	79,1	38,2
Lubuskie	936	314	92,8	31,1
Łódzkie	1114	429	43,7	16,8
Małopolskie	1957	635	59,5	19,3
Mazowieckie	11894	4736	228,5	91,0
Opolskie	393	157	38,0	15,2
Podkarpackie	973	380	46,3	18,1
Podlaskie	676	292	56,7	24,5
Pomorskie	2291	801	103,2	36,1
Śląskie	2325	964	50,0	20,8
Świętokrzyskie	437	169	34,3	13,3
Warmińsko-Mazurskie	991	364	69,4	25,5
Wielkopolskie	2543	830	74,8	24,4
Zachodniopomorskie	1032	370	61,0	21,9

Źródło: Ibidem, s. 53.

Województwo śląskie lokuje się na znacznie wyższej, bo na 4 pozycji, gdy analizujemy odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród leczonych ambulatoryjnie. Odsetek pacjentów pierwszorazowych w województwie śląskim (41,5%) jest nieco wyższy od odsetka odnotowanego na poziomie kraju (38,6%).



Odsetki pacjentów pierwszorazowych wśród leczonych ambulatoryjnie w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol według województw

Województwo	Odsetek pacjentów pierwszorazowych
Małopolskie	32,4
Wielkopolskie	32,6
Lubuskie	33,5
Dolnośląskie	33,7
Pomorskie	35,0
Zachodniopomorskie	35,9
Warmińsko-Mazurskie	36,7
Łódzkie	38,5
POLSKA	38,6
Świętokrzyskie	38,7
Podkarpackie	39,1
Mazowieckie	39,8
Opolskie	39,9
Śląskie	41,5
Podlaskie	43,2
Lubelskie	48,3
Kujawsko-Pomorskie	52,5

Źródło: Ibidem, s. 54.

Poniżej zestawiono dane o osobach leczonych ambulatoryjnie z diagnozą zaburzeń psychotycznych na tle używania substancji psychoaktywnych. Zaburzenia psychotyczne w zasadzie nie pojawiają się w związku z używaniem opiatów, natomiast występować mogą szczególnie w związku z używaniem amfetaminy i halucynogenów.

Jak wynika z poniższej tabeli rozpowszechnienie tego typu psychoz w województwie śląskim jest wyższe niż średnio w kraju. Pod względem odsetka psychoz wśród ogółu leczonych ambulatoryjnie z powodu problemu narkotyków województwo śląskie (5,1%) zajmuje drugie miejsce po województwie lubuskim (13,4%). Pod względem analogicznego odsetka wśród pacjentów pierwszorazowych województwo śląskie (4,1%) ulokowało się na piątym miejscu po województwach zachodniopomorskim (7,6%), lubuskim (5,1%), wielkopolskim (4,8%) i mazowieckim (4,7%).



Leczeni ambulatoryjnie w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol według województw

Województwo	Leczeni ogółem		Leczeni pierwszy raz w życiu	
	Liczba psychoz	Odsetek wśród wszystkich leczonych	Liczba psychoz	Odsetek wśród wszystkich leczonych
POLSKA	1082	3,1	447	3,4
Dolnośląskie	59	1,6	23	1,9
Kujawsko-Pomorskie	15	1,0	5	0,6
Lubelskie	19	1,1	11	1,3
Lubuskie	125	13,4	16	5,1
Łódzkie	14	1,3	2	0,5
Małopolskie	41	2,1	16	2,5
Mazowieckie	435	3,7	223	4,7
Opolskie	4	1,0	2	1,3
Podkarpackie	6	0,6	1	0,3
Podlaskie	16	2,4	6	2,1
Pomorskie	30	1,3	24	3,0
Śląskie	119	5,1	40	4,1
Świętokrzyskie	4	0,9	1	0,6
Warmińsko-Mazurskie	27	2,7	9	2,5
Wielkopolskie	123	4,8	40	4,8
Zachodniopomorskie	45	4,4	28	7,6

Źródło: Ibidem, s. 54.

1.6. Sytuacja życiowa osób z problemem narkotykowym w województwie śląskim

Badania jakościowe wśród narkomanów w województwie śląskim dostarczają informacji na temat sytuacji życiowej tej grupy osób. Nie wszyscy problemowi użytkownicy narkotyków są wykluczeni społecznie. Są to również osoby posiadające dochody z wykonywanej pracy, mające rodziny, mieszkania, etc. Do marginalizacji dochodzi po pewnym, niekiedy dość długim czasie regularnego używania narkotyków, przy czym długość tego okresu jest indywidualnie zróżnicowana. Pozytywne znaczenie może mieć tu wsparcie udzielane zarówno przez najbliższych, jak i przez instytucje oraz podejmowanie leczenia. Nie zawsze marginalizacja społeczna jest efektem używania narkotyków, niekiedy leży ona u podstaw problemu narkotykowego. Część problemowych użytkowników rekrutuje się właśnie ze



środowisk zmarginalizowanych. Sytuacja życiowa osób używających narkotyków w zastrzykach, szczególnie uzależnionych od opiatów, jest najtrudniejsza. Odrzucenie przez rodzinę, brak oparcia w kimkolwiek, bezdomność, brak stałych środków utrzymania to podstawowe wyznaczniki sytuacji najsilniej doświadczonych. Często spotykają się z przejawami niechęci, a nawet wrogości. Doświadczenia takie sprzyjają nasileniu procesu marginalizacji. Najczęściej spotykanym źródłem dochodu osób, które nie są na utrzymaniu rodziców, są renty i zasiłki, jak również produkcja „kompotu”, handel narkotykami, drobna przestępczość (głównie kradzieże w sklepach), prostytutka, żebranie. W większości przypadków całość dochodów przeznaczana jest na finansowanie używania narkotyków, w wyniku czego nie starcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych.

W 2008 roku pomocą społeczną z powodu narkomanii objęto w województwie śląskim 270 rodzin, w tym 468 osób, zamieszkujących głównie duże miasta²⁶. Natomiast w 2009 roku nastąpiło zmniejszenie liczby rodzin, którym udzielono wsparcia z tego tytułu do 247 (w tym 454 osoby w rodzinach)²⁷. Jest to tendencja utrzymująca się od 2006 roku. Liczby rodzin, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej udzielone z powodu narkomanii w województwie śląskim w latach 2001-2009 przedstawia wykres poniżej.

²⁶ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach za okres I-XII 2008 roku.*

²⁷ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach za okres I-XII 2009 roku.*

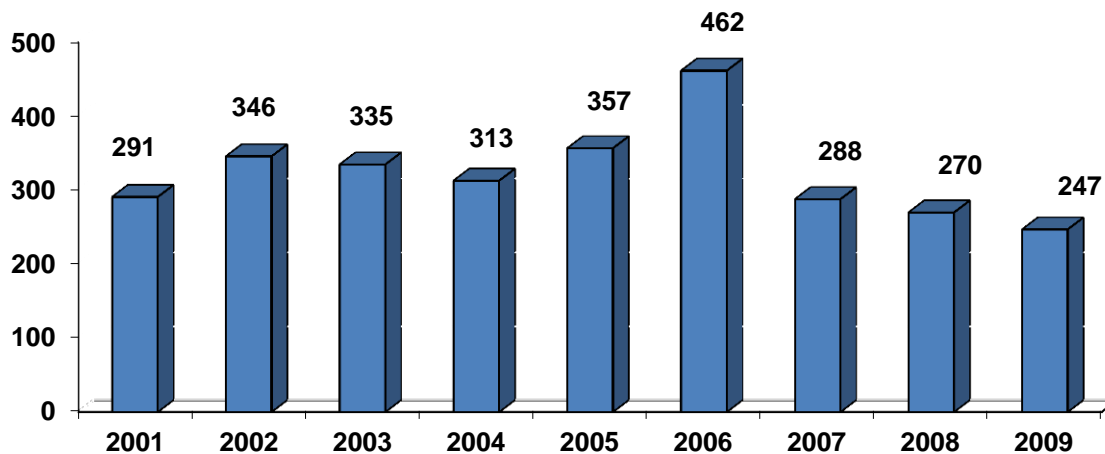


Liczba rodzin, którym z powodu narkomanii przyznano świadczenie z pomocy społecznej w 2009 i 2008 roku

Lp.	Województwo	2009 rok			2008 rok		
		liczba rodzin		liczba osób w rodzinach	liczba rodzin		liczba osób w rodzinach
		ogółem	w tym na wsi:		ogółem	w tym na wsi:	
1.	dolnośląskie	366	45	613	327	32	524
2.	kujawsko-pomorskie	116	12	203	112	14	214
3.	lubelskie	120	29	241	122	24	263
4.	lubuskie	180	34	307	187	48	367
5.	łódzkie	162	31	252	167	25	245
6.	małopolskie	161	11	254	173	17	288
7.	mazowieckie	690	46	1 247	637	52	1 169
8.	opolskie	90	26	184	66	22	107
9.	podkarpackie	54	6	107	75	7	185
10.	podlaskie	62	6	117	53	4	95
11.	pomorskie	190	44	274	217	62	346
12.	śląskie	247	19	454	270	25	468
13.	świętokrzyskie	66	9	101	55	13	83
14.	warmińsko- mazurskie	211	21	324	231	35	399
15.	wielkopolskie	297	62	563	278	52	576
16.	zachodniopomorskie	308	47	537	317	67	777
	RAZEM	3 320	448	5 778	3 287	499	6 106

Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach za okres I-XII 2009 roku*, www.mpips.gov.pl.

Liczba rodzin, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej udzielone z powodu narkomanii w województwie śląskim w latach 2001-2009



Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdania rocznego z udzielanych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach*, www.mpips.gov.pl.

1.7. Zdrowie a substancje psychoaktywne

Podczas analizy zagadnień związanych z narkotykami kluczowym punktem odniesienia jest zdrowie, zarówno w wymiarze indywidualnym (choroby somatyczne i psychiczne, prowadzące niekiedy do śmierci), jak i społecznym (w tym w szczególności niebezpieczeństwo rozszerzania się chorób, koszty społeczne leczenia, zagrożenia dla funkcjonowania grup społecznych poprzez zachowania ryzykowne). Wskazanie zależności pomiędzy zdrowiem a zażywaniem substancji psychoaktywnych jest problemem złożonym. Pomimo tego, że społeczeństwo posiada coraz szerszą wiedzę na temat negatywnych skutków uzależnień, wciąż zwiększa się skala zagrożeń związanych z tym problemem. Złożoność ta wynika również z indywidualnych predyspozycji człowieka związanych z działaniem poszczególnych substancji oraz reakcji innych osób (dzieci, młodzieży, osób dorosłych). Dodatkową determinantą jest łączenie różnych substancji psychoaktywnych (np. narkotyki i alkohol, narkotyki i leki uspakajające) oraz substancji psychoaktywnych z innymi substancjami (np. narkotyki pobudzające i napoje energetyzujące, narkotyki pobudzające i sterydy anaboliczne)²⁸.

²⁸ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje*, W: *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, praca zbiorowa, red. M. Jędrzejko, Pułtusk – Warszawa, 2009, s.69-74.



Poważnym problemem zdrowotnym związanym z używaniem narkotyków są choroby infekcyjne. Przyjmowanie środków odurzających w zastrzykach rodzi zwiększone ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C.

Zagrożenie zakażeniem wirusem HIV w szczególności dotyczy osób przyjmujących nielegalne środki odurzające drogą iniekcji, ponieważ dzielenie się igłami i strzykawkami, chociaż znacznie rzadsze niż niegdyś, nie zostało do końca wyeliminowane. Zakażenie często przenosi się wśród osób używających wspólnych igieł i strzykawek do podawania sobie narkotyków, jeśli w grupie znajduje się osoba zakażona HIV. Często, przez długi okres czasu może być ona nieświadoma tego faktu. W początkowym okresie epidemii HIV/AIDS w Polsce osoby przyjmujące środki odurzające dożylnie stanowiły niecałe 65% ogółu zakażonych wirusem HIV. Przez wiele lat narkomani odurzający się przez iniekcje stanowili, obok dawców krwi, największą grupę wśród osób wykonujących testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV.

Od wdrożenia badań w 1985 roku do 30 czerwca 2010 roku stwierdzono zakażenie HIV u 12 985 obywateli Polski, wśród których było co najmniej 5 641 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 709 poprzez kontakt heteroseksualny oraz 813 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano 2 372 zachorowań na AIDS, a 1 028 chorych zmarło²⁹.

W 2008 roku w Polsce zarejestrowano 808 zakażonych wirusem HIV oraz rozpoznano 159 zachorowań na AIDS, spośród których 67 osób zmarło. Najliczniejszą grupę chorych na AIDS stanowili mężczyźni oraz osoby w wieku od 30 do 39 lat³⁰.

W 2009 roku w kraju zgłoszono 689 nowych zakażeń HIV, jednocześnie rozpoznano AIDS u 124 osób. Spośród zgłoszonych w 2009 roku 124 zachorowań na AIDS, jedynie 74 przypadki rozpoznano w roku 2009. Pozostałe zgłoszenia dotyczyły osób, u których AIDS rozpoznano w latach wcześniejszych: 2008 roku – 46 przypadków, 2007 roku – 2 przypadki, 2006 roku – 2 przypadki. Dzieje się tak dlatego, że część przypadków zachorowań jest zgłaszana z opóźnieniem, w następnym okresie w stosunku do rozpoznania choroby. Znaczna część z nich uległa zakażeniu poprzez wstrzykiwanie środków odurzających.

²⁹ M. Rosińska, B. Werbińska – Sienkiewicz, *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2010 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, www.pzh.gov.pl.

³⁰ B. Werbińska – Sienkiewicz, E. Staszewska, M. Rosińska, *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2008 roku*, W: *Przegląd epidemiologiczny*, nr 64, Warszawa 2010 rok, s.265-271, www.pzh.gov.pl.



Jak wynika z danych, w 2009 roku w województwie śląskim odnotowano 36 przypadków zgłoszenia zarażenia wirusem HIV, co stanowi 5% ogółu zgłoszonych przypadków w kraju. W tym samym okresie AIDS rozpoznano u 7 osób, spośród których 3 zmarły³¹.

Liczba nowych zakażeń wirusem HIV w województwie śląskim w latach 2000 – 2009

Lata	Zakażeni ogółem	w tym narkomani
2000	73	40
2001	77	43
2002	27	3
2003	43	20
2004	70	10
2005	59	3
2006	63	1
2007	44	5
2008	22	6
2009	36	-

Źródło: J. Sierosławski *Problem narkotyków i narkomanii w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*, op. cit. – dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz *Sytuacja epidemiologiczna w Polsce na koniec 2009 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego– Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, www.pzh.gov.pl.

³¹ *Sytuacja epidemiologiczna w Polsce na koniec 2009 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego– Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, www.pzh.gov.pl.



Liczba przypadków chorych na HIV i AIDS zgłoszonych w 2009 roku w poszczególnych województwach i Polsce ogółem

Lp.	Wyszczególnienie	HIV	AIDS	Zgony chorych na AIDS
1.	Dolnośląskie	118	38	11
2.	Kujawsko-Pomorskie	42	3	3
3.	Lubelskie	9	5	4
4.	Lubuskie	47	7	2
5.	Łódzkie	49	9	3
6.	Małopolskie	46	11	2
7.	Mazowieckie	32	8	4
8.	Opolskie	18	3	-
9.	Podkarpackie	15	8	6
10.	Podlaskie	12	2	1
11.	Pomorskie	9	1	-
12.	Śląskie	36	7	3
13.	Świętokrzyskie	5	1	-
14.	Warmińsko-Mazurskie	15	9	1
15.	Wielkopolskie	65	11	7
16.	Zachodniopomorskie	33	1	1
17.	Polska	689	124	48

Źródło: M. Rosińska, B. Werbińska – Sienkiewicz, *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2009 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, www.pzh.gov.pl.

W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2010 roku w województwie śląskim odnotowano 8 przypadków zgłoszenia zarażenia wirusem HIV oraz rozpoznano 1 przypadek zachorowania na AIDS³².

W tabeli poniżej zaprezentowano liczbę przypadków ogółem w kraju według prawdopodobnej drogi transmisji. W przypadku zarażenia wirusem HIV utrzymuje się wysoki odsetek zgłoszeń, w których nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia (76,5%). Natomiast stosowanie narkotyków w iniekcjach jako przyczynę zarażenia wirusem HIV podaje 40 przypadków (6%), natomiast jako przyczynę zachorowania na AIDS wskazuje 51 osób (41%). W przypadku zachorowania na AIDS jest to najczęściej wskazywana droga transmisji³³.

³² M. Rosińska, B. Werbińska – Sienkiewicz, *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2010 roku*, op. Cit.

³³ M. Rosińska, B. Werbińska – Sienkiewicz, *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2009 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, www.pzh.gov.pl.



Liczba przypadków zgłoszonych w 2009 roku według prawdopodobnej drogi transmisji ogółem w Polsce

Lp.	Grupa ryzyka	HIV	AIDS	Zgony
1	Mężczyźni homo- i biseksualni	48	22	7
2	Stosujący narkotyki w iniekcjach	40	51	16
3	Chorzy na hemofilię	-	-	-
4	Biorcy krwi	1	-	-
5	Utrzymujący ryzykowne kontakty heteroseksualne	62	21	15
6	Dzieci matek zakażonych HIV	11	5	1
7	Zakażenia jatrogenne	-	-	-
8	Inni / brak danych	527	25	9
	R a z e m	689	124	48

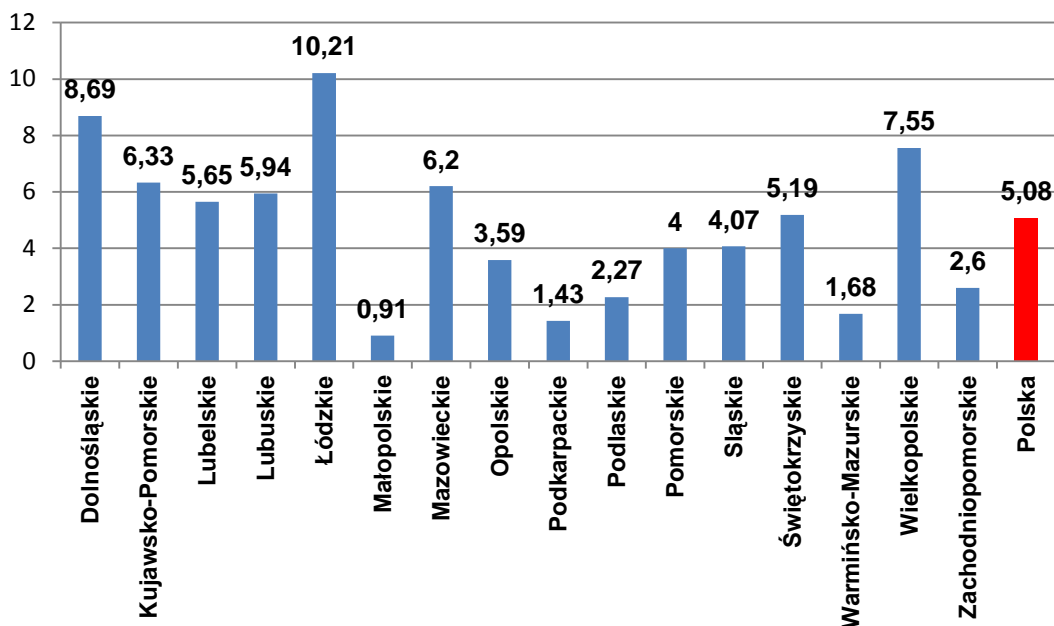
Źródło: Ibidem.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) stanowi poważny i narastający problem epidemiologiczny. WZW C jest chorobą, której początek bywa bezobjawowy w ponad 50% przypadków. Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C przenoszone jest, podobnie jak zakażenie wirusem typu B, najczęściej z krwią i płynami ustrojowymi przy uszkodzeniu tkanek. Są to więc zakażenia związane często z opieką medyczną oraz dożylnym przyjmowaniem substancji odurzających, ale także z wykonywaniem tatuażu i zabiegów kosmetycznych. Zapadalność na WZW C narastała w Polsce od początku oddzielnej rejestracji tego zakażenia w 1997 roku, w którym wyniosła 2,58 na 100 tys. ludności do 7,85 w 2005 roku. W kolejnych latach odnotowano spadek zapadalności. W 2006 roku wyniosła 7,73, w 2007 roku 7,22, natomiast w 2009 – 5,08. W 2009 roku zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C na 100 tys. mieszkańców w województwie śląskim była mniejsza niż średnio w kraju i wynosiła 4,07. Należy jednak pamiętać, że wirusowe zapalenia wątroby typu B i C są chorobami przewlekłymi i stosunkowo niewielka zapadalność roczna kumuluje się poprzez lata, prowadząc do wysokiej chorobowości, która w Polsce w populacji ogólnej przekracza 1%, a wśród osób uzależnionych może dochodzić w niektórych ośrodkach nawet do kilkudziesięciu procent. W grupach wieku do 15 roku życia zapadalność jest stosunkowo niska, ale w grupie 15-19 lat następuje gwałtowny skok zapadalności, który najprawdopodobniej zależy od



dożylnego przyjmowania narkotyków w tej grupie wiekowej. W następnych grupach wieku różnice w zapadalności na WZW C są stosunkowo niewielkie³⁴.

Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu C według województw i w kraju w 2009 roku na 100 tys. mieszkańców



Źródło: *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2009 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, praca zbiorowa M.P. Czarkowski, E. Cielebąk, B. Kondej, E. Staszewska, Warszawa, 2010, s.77.

Uzależnienie od narkotyków powoduje zmiany nie tylko somatyczne, ale również psychiczne. Stosowanie niektórych substancji (np. amfetaminy, kanabinoli, LSD) może powodować psychozę i urojenia oraz wzrost zachowań agresywnych i antyspołecznych. Często u osób uzależnionych pod wpływem permanentnego zażywania środków narkotykowych rozwija się depresja połączona z tendencjami samobójczymi³⁵.

³⁴ M. Czarkowski, A. Zieliński, M. Rosińska, *Zachorowania na choroby zakaźne*, W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, praca zbiorowa, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa, 2008, s.146-147.

³⁵ A. Słowik – Gabrielska, *Patologie społeczne. Alkoholizm, narkomania, nikotynizm*, Szczecin, 2007, s. 82.



1.8. Narkotyki a rodzina

Rodzina, w której żyją dzieci i młodzież w bardzo istotny sposób warunkuje zachowania związane z zagadnieniem narkotyków, ponieważ jest to pierwsze i najważniejsze środowisko wychowawcze. W rodzinie kształtują się normy i zasady społecznie akceptowane, sprzyjające rozwojowi indywidualnemu i społecznemu. Nieprawidłowe więzi emocjonalne występujące między dzieckiem a rodzicami oraz dysfunkcje w rodzinie wpływają na podatność dziecka na inne czynniki determinujące zwiększenie prawdopodobieństwa inicjacji narkotykowej, a także utrudniają leczenie i terapię.

Rodzinie, w której występuje problem uzależnienia towarzyszy uczucie szoku, lęku, strachu, zagubienia, izolacji, niezaradności oraz poczucie braku konsekwencji, bycia manipulowanym, niespełnienia swoich ról rodzicielskich. W rodzinach z problemem narkotykowym najczęściej wszystkie potrzeby są podporządkowane narkomanowi, a pozostali jej członkowie stają się współuzależnieni. Przy czym warto tutaj zauważyć, że współuzależnienie w narkomanii najczęściej dotyczy rodziców, głównie matek uzależnionych, czyli jest odmienny niż w przypadku alkoholizmu, gdzie najczęściej współuzależnione są żony lub partnerki³⁶.

Badania ESPAD 2007³⁷ przeprowadzone w województwie śląskim pokazały w jaki sposób realizowane są funkcje profilaktyczne przez rodzinę, związane z podejmowaniem zachowań ryzykownych.

Spośród analizowanych reakcji na używanie przez młodzież poszczególnych rodzajów substancji psychoaktywnych marihuana lub haszysz okazują się być substancjami, których używania zabraniają swoim dzieciom rodzice największej grupy respondentów. 80,9% uczniów z młodszych klas i 79,8% uczniów z klas starszych jest przekonanych, że ich matka nie pozwoliłaby im na używanie marihuany lub haszyszu. W przypadku reakcji ze strony ojca odsetki te wyniosły odpowiednio: 77,9% i 81,3%. Warto zauważyć, iż w przeciwieństwie do reakcji rodziców dotyczących wcześniej analizowanych substancji, w przypadku marihuany lub haszyszu odsetki uczniów antycypujących reakcję zakazową ze strony rodziców są bardzo zbliżone na obu poziomach nauczania. Oznacza to, iż w odniesieniu do tego rodzaju substancji

³⁶ E. Trąbińska – Szumigraj, *Współuzależnienie matek narkomanów*, Gdańsk, 2010, s. 55.

³⁷ *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie śląskim ESPAD 2007*, op. cit. s. 107-109.



rodzice starają się realizować swoje zadania profilaktyczne w sposób stanowczy, bez względu na wiek ich dzieci.

W odniesieniu do sposobu reagowania rodziców na używanie marihuany lub haszyszu potwierdzić należy występowanie trzech generalnych prawidłowości określających różnice w reakcjach rodziców na używanie tych rodzajów substancji psychoaktywnych przez córki i synów. Po pierwsze, większy odsetek dziewcząt jest przekonanych o tym, iż rodzice nie pozwoliliby im na palenie marihuany lub haszyszu. Po drugie, większy jest odsetek chłopców, którzy uważają, że rodzice nie zakazałoby im stanowczo używania rzeczonych substancji, lecz zniechęcaliby ich do tego. Po trzecie wreszcie, wśród dziewcząt większy jest odsetek osób, które ukrywałyby przed rodzicami informację o paleniu marihuany lub haszyszu (co wiążąc należy zapewne z większym przekonaniem dziewcząt aniżeli chłopców o tym, że w przypadku zorientowania się, że ich dziecko pali którąś z tych substancji, zabroniliby mu tego robić). Rodzice są nastawieni bardziej zakazowo wobec dzieci młodszych, akceptując fakt, że wraz z ich dorastaniem mogą one sięgać po alkohol i papierosy. W odniesieniu do narkotyków brak akceptacji ma częściej charakter bezwzględny, nieuwarunkowany wiekiem dziecka. Powodów takiej sytuacji może być co najmniej kilka, np.: kulturowa legitymizacja palenia papierosów i picia alkoholu przez osoby, które osiągną określony wiek, przekonanie rodziców o większej szkodliwości narkotyków w porównaniu z alkoholem lub papierosami czy świadomość, iż narkotyki są to substancje niedostępne w legalny sposób. W porównaniu z rokiem 2004 odsetek uczniów, którzy przekonani są o tym, iż rodzice nie pozwoliliby im na używanie marihuany lub haszyszu oraz używanie ecstasy okazał się być w roku 2007 bardzo zbliżony.

1.9. Dopalacze

Używanie narkotyków jest zjawiskiem złożonym, niejednorodnym i dynamicznym. Co jakiś pojawiają się nowe trendy na scenie narkotykowej i jednocześnie zanikają inne wzory zachowań. Zainteresowanie konkretnymi środkami psychoaktywnymi zmienia się z czasem. Utrata zainteresowania danym środkiem powoduje poszukiwanie nowych, innych specyfików³⁸. Powstała „lukę” wypełniają legalne substancje psychoaktywne, czyli dopalacze, które są dostępne w sprzedaży internetowej. Substancje te budzą duże zainteresowanie,

³⁸ M. Kidawa, *Dopalacze*, W: *Terapia uzależnienia i współuzależnienia*, Nr 4/2009, s.32.



w szczególności wśród ludzi młodych. Taką sytuację zdają się potwierdzać częściowo badania naukowe³⁹. Według badań zrealizowanych w 2008 roku przez CBOS wśród młodzieży z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (18-latkowie), 3,5% respondentów przyznało się do używania tzw. dopalaczy kiedykolwiek w życiu. Rozpowszechnienie tych nowych substancji jest zbliżone do rozpowszechnienia tradycyjnie obecnych narkotyków, takich jak grzyby halucynogenne (3,6%) czy kokaina (2,2%). Jeśli weźmiemy pod uwagę wskaźniki używania w ciągu ostatnich 30 dni, to dopalacze są trzecią co do rozpowszechnienia substancją używaną przez młodzież w Polsce, zostawiając za sobą np. amfetaminę. Do używania amfetaminy w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 1,1% badanych. W tym samym okresie dopalaczy używało 1,5% respondentów. Prezentowane wyniki pochodzą z badań, które nie są w pełni porównywalne ze względu na różną metodologię ich prowadzenia, jednak prezentują one zbliżony obraz procesów, które zachodzą na scenie narkotykowej⁴⁰.

Do 2008 roku zjawisko miało ograniczony charakter. Na początku 2008 roku pojawiły się pierwsze informacje na temat strony internetowej prezentującej sklep, który jako pierwszy w Polsce oferował w sprzedaży wysyłkowej legalne substancje psychoaktywne. Następnym krokiem było powstanie stacjonarnego sklepu. Oferowane produkty sprzedawane były pod szyldem wyrobów kolekcjonerskich. Po pierwszym sklepie w Łodzi, w części przy udziale mediów, sklepy z dopalaczami dokonały ekspansji na rynku. Do końca 2008 roku otwarto ponad 40 stacjonarnych sklepów⁴¹.

Termin *dopalacze* używany slangowo określa środki dopingujące dla sportowców, ale także rozmaite odżywki czy nawet napoje energetyczne. Wachlarz znaczeń tego słowa jest bardzo szeroki. Obecnie najczęściej używa się go potocznie, dla nazwania grupy różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym, nie znajdujących się na liście substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Dopulacze najczęściej przyjmują postać suszu do palenia i pigułek. Sprzedaż dopalaczy odbywa się za pośrednictwem internetu lub sieci wyspecjalizowanych sklepów, nazywanych *smart shops*. Nazwa pochodzi od właściwości sprzedawanych tam substancji, tzw. *smart drugs*, które w założeniu mają poprawiać funkcje kognitywne człowieka. Obecnie *smart shops* oferują rozmaite produkty – od literatury o tematyce związanej z substancjami

³⁹ *Młodzież a substancje psychoaktywne*, CBOS, 2009, www.cbos.pl

⁴⁰ M. Kidawa, *Dopalacze – przejściowa moda czy realne zagrożenie?*, www.narkomania.org.pl.

⁴¹ *Ibidem*.



psychoaktywnymi, przez akcesoria (np. fajki, fiki czy wagi), po rozmaite substancje pochodzenia naturalnego i syntetycznego. Dopalicze działają stymulująco bądź psychodelicznie czy halucynogennie⁴².

W raporcie EMCDDA wprowadzono rozróżnienie na *legal highs* i *herbal highs*. *Legal highs* to produkty o działaniu stymulującym (tzw. *party pills*), reklamowane jako legalna alternatywa dla ekstazy. Produkty z tej grupy najczęściej zawierają BZP (1-benzylpiperazynę), która jest substancją o działaniu zbliżonym do amfetaminy, choć zdecydowanie słabszym (posiada ok. 10% jej potencjału). Produkty z tej grupy rzadziej zawierają materiał roślinny czy substancje półsyntetyczne. Drugą z wyróżnionych grup, czyli *herbal highs*, stanowią substancje pochodzenia naturalnego, roślinnego. W tej grupie ma miejsce znaczne zróżnicowanie asortymentu. Substancje te oparte są na egzotycznych roślinach oraz mieszankach ziół o działaniu psychoaktywnym. Do najczęściej występujących należą: *Salvia divinorum*, *Mitragyna speciosa*, *Argyreia nervosa* oraz mieszanki ziołowe posługujące się m.in. takimi brandami, jak „Spice” czy „Sence”⁴³.

Jak wynika z powyższych informacji określenie dopalicze, podobnie jak określenie narkotyki, odnosi się do całej gamy substancji o różnej charakterystyce działania na organizm. Ewentualne niebezpieczeństwo związane z dopalaczami wiąże się z faktem, że substancje znajdujące się w nich są stosunkowo mało zbadane. W związku z tym nie wiadomo jaka jest ich toksyczność oraz jakie są ich interakcje z innymi substancjami czy lekami.

Z danych przedstawionych przez Izbę Skarbową w Katowicach wynika, że mieszkańcy województwa śląskiego w okresie styczeń-sierpień 2010 roku wydali na dopalicze około 18,50 mln złotych. Jest to niemal dwukrotnie więcej niż w trakcie roku poprzedniego, kiedy sprzedaż wyniosła ponad 9 mln złotych. W styczniu sprzedano towar na kwotę 1,1 mln złotych, podczas gdy w sierpniu już na kwotę 3,5 mln złotych. Nie jest to kwota precyzyjna, ponieważ sklepy z dopalaczami często mają zarejestrowaną działalność jako „sprzedaż artykułów (dopalacze) i sprzedaż artykułów kolekcjonerskich”. Dodatkowo wiele z nich jest zarejestrowanych poza regionem. Rekordziści sprzedali dopalicze za kilkaset tysięcy złotych miesięcznie. To bardzo duży postęp w porównaniu do innych branż - przeciętny obrót

⁴² Ibidem oraz A. Kolbowska, *Dopalacze*, www.narkomania.org.pl.

⁴³ M. Kidawa, *Dopalacze – przejściowa moda czy realne zagrożenie?*, op. cit.



osiedlowego sklepu spożywczego w Katowicach nie przekraczał 200 tys. zł rocznie, natomiast sklepu monopolowego ok. 450 tysięcy zł⁴⁴.

1.10. Przestępczość związana z narkotykami

Przestępczość związana z narkotykami według danych Policji⁴⁵

W roku 2009 na terenie województwa śląskiego nastąpił znaczny wzrost ujawnialności przestępstw z Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.). Z danych statystycznych gromadzonych przez Wydział Wywiadu Kryminalnego KWP w Katowicach wynika, że w 2009 roku stwierdzono 8 315 przestępstw, co stanowi ponad 16% wzrost w stosunku do roku 2008. Liczba czynów popełnionych przez osoby nieletnie w 2009 roku wyniosła 2 132, co stanowi wzrost o 36,6% w stosunku do roku poprzedniego. Wzrosła również liczba nieletnich sprawców, z 391 w 2008 roku do 514 w 2009 roku (to jest o 23,9%). Liczba podejrzanych dorosłych kształtowała się na podobnym poziomie, tj. w 2009 roku – 2 723, a w 2008 roku – 2 747.

Biorąc pod uwagę kwalifikację prawną przestępstw stwierdzonych z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w województwie śląskim w 2009 roku najwięcej ich popełniono z:

- art. 58 (udzielanie, umożliwianie, nakłanianie do zażycia) – 3 191 przestępstw,
- art. 59 (udzielanie narkotyków w celu osiągnięcia korzyści majątkowej) – 2 208 przestępstw,
- art. 62 ust. 1 i 3 (posiadanie narkotyków) – 2 200 przestępstw.

Najbardziej zagrożonymi w województwie śląskim były miasta liczące:

- od 100 do 200 tys. mieszkańców – 2 903 przestępstwa,
- od 200 do 500 tys. mieszkańców – 2 513 przestępstw,
- od 50 do 100 tys. mieszkańców – 1 464 przestępstwa.

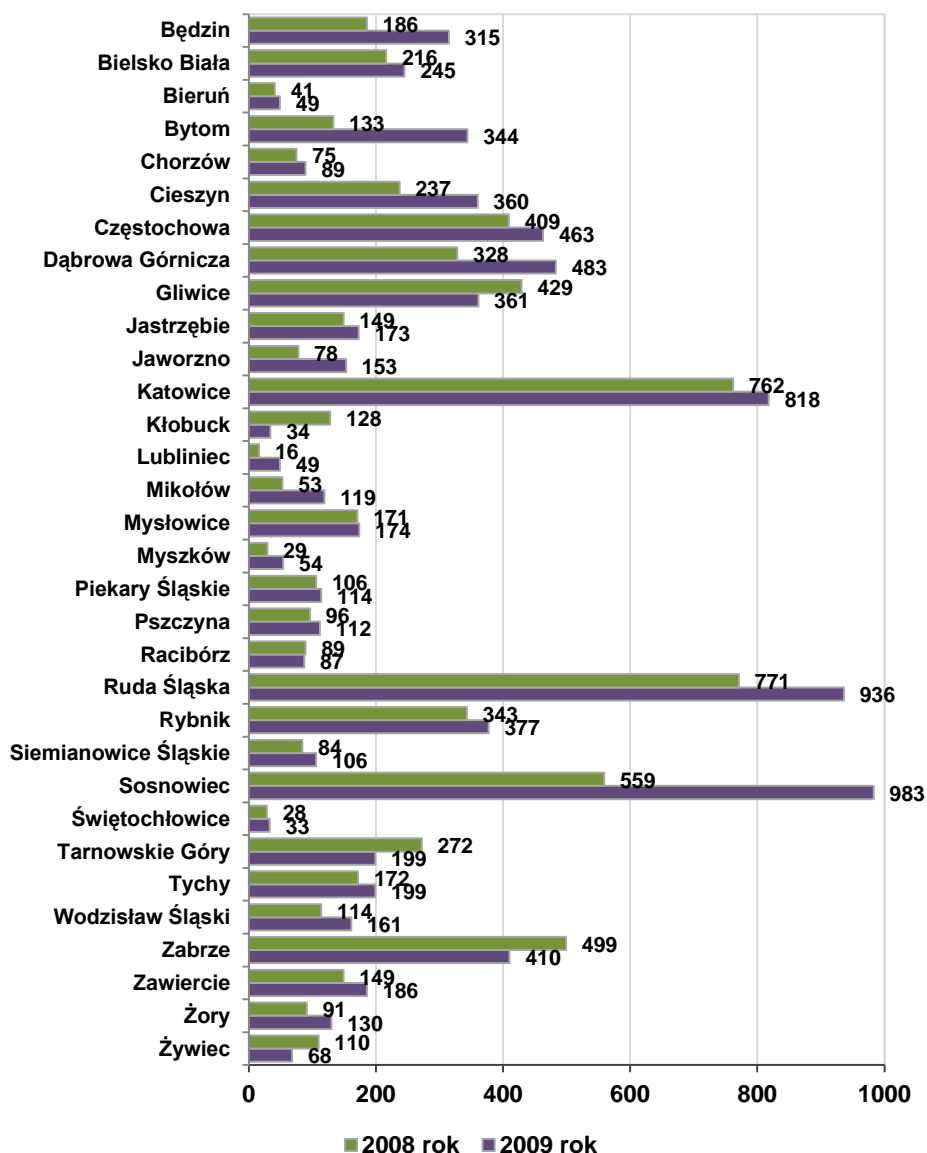
⁴⁴ S. Cichy, A. Jasińska, *Dopalacze najbardziej poszukiwanym „produktem kolekcjonerskim”*, www.naszemiasto.pl

⁴⁵ Przygotowano na podstawie *Sprawozdania z zakresu rozpoznania i profilaktycznej pracy Policji na rzecz zapobiegania demoralizacji nieletnich oraz patologiom społecznym w województwie śląskim w 2009 roku* opracowanego przez Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Katowicach.



W 2009 roku najwięcej przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stwierdzono w Sosnowcu, Rudzie Śląskiej i Katowicach, najmniej natomiast w Świętochłowicach, Bieruniu, Lublińcu i Myszkowie. Jeśli jednak wziąć pod uwagę dynamikę tego zjawiska to największy wzrost liczby stwierdzonych przestępstw w stosunku do roku ubiegłego miał miejsce w Lublińcu, Bytomiu i Mikołowie.

Liczba przestępstw stwierdzonych ogółem z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w województwie śląskim w latach 2008 – 2009 według miejscowości



Źródło: Opracowanie na podstawie *Sprawozdania z zakresu rozpoznania i profilaktycznej pracy Policji na rzecz zapobiegania demoralizacji nieletnich oraz patologiom społecznym w województwie śląskim w 2009 roku* opracowanego przez Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Katowicach.



Liczba przestępstw stwierdzonych ogółem z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w województwie śląskim w latach 2008 - 2009 oraz ich dynamika

Lp.	Miasto	2008 rok	2009 rok	Dynamika 2008=100
1	Będzin	186	315	169,35
2	Bielsko Biała	216	245	113,43
3	Bieruń	41	49	119,51
4	Bytom	133	344	258,65
5	Chorzów	75	89	118,67
6	Cieszyn	237	360	151,90
7	Częstochowa	409	463	113,20
8	Dąbrowa Górnicza	328	483	147,26
9	Gliwice	429	361	84,15
10	Jastrzębie	149	173	116,11
11	Jaworzno	78	153	196,15
12	Katowice	762	818	107,35
13	Kłobuck	128	34	26,56
14	Lubliniec	16	49	306,25
15	Mikołów	53	119	224,53
16	Mysłowice	171	174	101,75
17	Myszków	29	54	186,21
18	Piekary Śląskie	106	114	107,55
19	Pszczyna	96	112	116,67
20	Racibórz	89	87	97,75
21	Ruda Śląska	771	936	121,40
22	Rybnik	343	377	109,91
23	Siemianowice Śląskie	84	106	126,19
24	Sosnowiec	559	983	175,85
25	Świętochłowice	28	33	117,86
26	Tarnowskie Góry	272	199	73,16
27	Tychy	172	199	115,70
28	Wodzisław Śląski	114	161	141,23
29	Zabrze	499	410	82,16
30	Zawiercie	149	186	124,83
31	Żory	91	130	142,86
32	Żywiec	110	68	61,82

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Sprawozdania z zakresu rozpoznania i profilaktycznej pracy Policji na rzecz zapobiegania demoralizacji nieletnich oraz patologiom społecznym w województwie śląskim w 2009 roku* opracowanego przez Wydział Prewencji Komendy Wojewódzkiej Policji w Katowicach.

Miejscami i obiektami, w których w 2009 roku najczęściej dokonywano przestępstw narkotykowych były:

- ulice – 3 834 przestępstwa,
- budynki wielorodzinne – 1 501 przestępstw,
- budynki samodzielne – 199 przestępstw,
- tramwaje, trolejbusy – 105 przestępstw.

W szkołach podstawowych i gimnazjach ujawniono 81 przestępstw, a w średnich i zawodowych 60.

Wśród ogólnej liczby 2 723 podejrzanych, najwięcej było osób bezrobotnych i niepracujących – 934, a następnie pracujących – 835 i pełnoletnich uczniów 828. Zarejestrowano również 34 sprawców-cudzoziemców.

W 2009 roku policjanci ujawnili 32 nieletnich będących pod wpływem narkotyków (56 w 2008 roku) oraz 5 nieletnich sprawców, którzy pod ich wpływem popełnili czyny karalne (3 w 2008 roku). Do jednostek Policji garnizonu śląskiego wpływały również informacje o zatruciach narkotykowych. W 2009 roku śląska Policja odnotowała 19 takich zatruc (22 w 2008 roku) oraz 3 zgony – 20, 18, i 15-latka.

Z informacji przekazanych przez jednostki terenowe Policji wynika, że w 2009 roku na terenie województwa utrzymywały się następujące trendy związane z przestępczością narkotykową oraz konsumpcją środków odurzających i psychotropowych:

- najbardziej popularną formą dystrybucji narkotyków były transakcje przeprowadzane poprzez komunikatory internetowe, gadu-gadu, czat itp. oraz za pośrednictwem często zmienianych telefonów komórkowych na kartę, a dealerzy posługiwali się pseudonimami i korzystali z pośredników,
- coraz częściej narkotyków używa młodzież z tzw. typowych domów, pełnych, dobrze sytuowanych rodzin,
- wśród uczniów renomowanych szkół, w których młodzież musiała sprostać wysokim wymaganiom, a także sama między sobą rywalizowała o wyniki w nauce, panowała moda na tzw. „reset”, czyli spędzanie weekendów przy dużych ilościach alkoholu i narkotyków,
- zwiększyła się liczba rodziców zgłaszających się do policjantów oraz specjalistycznych podmiotów po pomoc, w związku z zaburzeniami osobowościowymi i zachowania ich dzieci, podejrzewając je o kontakt z narkotykami,



- osoby używające narkotyków rozpuszczały je w napojach, aby przebywając w miejscach publicznych trudniej było je ujawnić,
- powiększyła się grupa młodzieży eksperymentującej z substancjami dostępnymi na legalnym rynku leków (np. preparaty przeciwkaszlowe i przeciwprzeziębieniowe) i napojami energetycznymi,
- na terenie województwa funkcjonowało 9 sklepów z tzw. „dopalaczami”, jednak liczba ta była zmienna, gdyż część została zamknięta z uwagi na niskie obroty.

Z uwagi na nowelizację prawa zezwalającego na posiadanie narkotyków na własny użytek, która w dniu 1 stycznia 2010 roku weszła w życie na terenie Republiki Czeskiej, jednostki Policji z terenów przygranicznych planują nasilenie działań wykrywawczych we współpracy ze Strażą Graniczną i Służbą Celną.

Produkcja i przemysł narkotyków

Polska jest jednym z głównych producentów amfetaminy w Europie, w czołówce znajduje się również Belgia i Holandia. W latach 1995-2008 zlikwidowano w Polsce 171 nielegalnych laboratoriów. W 2005 roku policja wykryła 20 laboratoriów amfetaminy i jedno GHB (narkotyk gwałtu). W 2008 roku liczba wykrytych laboratoriów spadła do 16⁴⁶.

Przez terytorium Polski przebiegają główne szlaki przemysłu narkotyków. Nielegalne substancje przemycane są przez nasz kraj w tranzycie albo bezpośrednio docierają na rynki zachodnioeuropejskie. Innym rozwiązaniem stosowanym przez grupy przestępcze jest magazynowanie narkotyków, przepakowywanie ich i w mniejszych ilościach przesyłanie do innych krajów europejskich i Ameryki Północnej.

W tabeli poniżej przedstawiono ilości ujawnionych narkotyków w Polsce w latach 2000-2008. W ostatnim roku skonfiskowano duże ilości konopii, w stosunku do 2007 roku, co może oznaczać wzrost ich krajowej produkcji. W sumie ujawniono 607 kg tej substancji, z tego 19% stanowił haszysz. W analizowanym okresie więcej konopii zostało zabezpieczonych tylko w 2002 roku. W stosunku do 2007 roku nastąpił także wzrost liczby ujawnionych tabletek

⁴⁶ A. Malczewski, *Rynek narkotykowy*, W: *Raport krajowy 2009. Sytuacja narkotykowa w Polsce*, Warszawa, 2009, s.105-107.



ecstasy oraz listków LSD. W pozostałych przypadkach nastąpił spadek liczby ujawnionych narkotyków. Największy odnotowano w stosunku do kokainy i metamfetaminy⁴⁷.

Ilości ujawnionych narkotyków w Polsce w latach 2000-2008

Rodzaj narkotyku	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Haszysz (kg)	181,863	104,554	794,516	46,568	41,495	19,292	35,401	33,128	114,681
Marihuana (kg)				233,164	232,646	227,124	401,659	352,934	492,725
Konopie roślin (sztuki)	-	-	-	86 163	15 503	33 488	3 917	4 059	19 026
Heroina (kg)	216,782	388,66	585,705	6,913	255,214	41,151	155,401	123,623	78,915
Kokaina (kg)	80,664	50,549	423,48	800,558	28,029	16,871	21,932	160,981	28,710
Amfetamina (kg)	1 051,36	195,651	172,588	203,299	242,034	344,578	333,038	423,65	356,196
Metamfetamina (kg)	-	-	-	-	-	-	0,163	5,712	0,124
Ecstasy (sztuki)	139 133	239 124	64 452	102 520	272 198	492 531	145 344	610 383	651 985
LSD (listki)	3 809	672	797	20 602	34 288	2 226	1 453	327	353

Źródło: A. Malczewski, *Rynek narkotykowy*, W: *Raport krajowy 2009. Sytuacja narkotykowa w Polsce*, Warszawa, 2009, s.105-107.

Narkotyki ujawnione przez Straż Graniczną w 2009 roku i I półroczu 2010 roku przedstawia tabela poniżej. Dane zawierają ujawnienia tylko Straży Granicznej bez udziału innych służb. Wartość substancji skonfiskowanych przez Straż w 2009 roku została oszacowana na kwotę 7 612 728,00 złotych, natomiast w I półroczu 2010 roku na kwotę 8 006 495,00 złotych. Z poniższych danych wynika znaczny wzrost ilości zatrzymanej marihuany, z ponad 27 kg w 2009 roku, do 200 kg w I półroczu 2010 roku. Bardzo duży wzrost towarów wykrytych podczas przemytu miał miejsce także w przypadku tabletek ecstasy (z 482 tabletek w 2009 roku, do 11 119 tabletek w I półroczu 2010 roku).

⁴⁷ Ujawnieniami narkotyków zajmują się Policja, Służba Celna, Straż Graniczna, Żandarmeria Wojskowa, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Służba Więzienna na terenie jednostek penitencjarnych. Wszystkie powyższe instytucje nie wypracowały wspólnego systemu zbierania danych, co utrudnia oszacowanie ilości narkotyków skonfiskowanych na poziomie całego kraju. Ponieważ w niektóre z ujawnień zaangażowane są co najmniej dwie instytucje, nie można uniknąć podwójnego liczenia tych samych przypadków. Ze względu na bardzo duże wahania ilości skonfiskowanych jednorazowo narkotyków oraz dużą rolę czynnika losowego analiza trendu jest bardzo utrudniona. Część narkotyków zabezpieczonych przez polskie służby miało docelowo trafić poza granice naszego kraju. W 2008 roku Straż Graniczna wprowadziła nowy system zbierania danych, dzięki któremu jest w stanie wyodrębnić zabezpieczenia narkotyków realizowane tylko przez funkcjonariuszy Straży Granicznej. W ten sposób udało się w bardzo dużym stopniu ograniczyć liczenie tych samych ujawnień przedstawianych w zestawieniu wszystkich zabezpieczonych w Polsce narkotyków.



**Ujawnione przez Straż Graniczną towary pochodzące z przemytu
w 2009 roku i I półroczu 2010 roku - wg rodzajów przedmiotu (wartość - dane szacunkowe)**

Rodzaj narkotyku	2009 rok	I półroczu 2010 roku
ilość		
amfetamina	50,143kg	8,6167kg
amfetamina	248 tabl.	-
haszysz	0,3148kg	0,0001kg
heroina	1,469kg	0,5031kg
kokaina	1,1897kg	0,5000kg
marihuana	27,6485kg	200,3695kg
ecstasy	482 tabl.	11 119 tabl.
LSD	267 tabl.	1 622 tabl.
Razem wartość	7 612 728 zł	8 006 495 zł

Źródło: Straż Graniczna, www.strazgraniczna.pl

Innym źródłem informacji o ujawnieniach narkotyków są statystyki Służby Celnej. Z danych zawartych w tabeli poniżej wynika, że w 2008 roku uległy zwiększeniu ilości ujawnionej marihuany, haszyszu i amfetaminy. Spadły natomiast zabezpieczenia heroiny, kokainy, ecstasy oraz krzaków konopi. W przypadku LSD konfiskaty są wręcz znikome. W ciągu ostatnich lat największa ilość zabezpieczonego haszyszu przypada na 2008 rok – 43,5 kg. Taki sam wskaźnik dotyczył marihuany i był on też najwyższy w skali ostatnich siedmiu lat. Wzrost nastąpił także w przypadku liczby ujawnień marihuany i haszyszu, które w 2008 roku były najwyższe w analizowanym okresie.

**Zabezpieczone przez Służbę Celną towary pochodzące z przemytu w 2007 roku i 2008 roku
- wg rodzajów przedmiotu**

Rodzaj narkotyku	2007	2008
Haszysz (kg)	5,037	43,529
Marihuana (kg)	26,257	43,500
Konopie roślin (sztuki)	462	28
Heroina (kg)	177,992	21,059
Kokaina (kg)	126,098	9,047
Amfetamina (kg)	8,860	16,221
Ecstasy (sztuki)	216 894	2 860
LSD (listki)	5	8
Grzyby halucynogenne	1 787	524

Źródło: A. Malczewski, *Przestępczość narkotykowa i nielegalny rynek narkotyków, cz. II*, www.narkotyki.org.pl na podstawie danych Służby Celnej.



2. Zasoby instytucjonalne w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii w województwie śląskim

Podstawowym aktem prawnym określającym zasady i tryb postępowania oraz zadania organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego w zakresie związanym z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów narkotykowych jest ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.). Zgodnie z nią przeciwdziałanie narkomanii prowadzone jest poprzez:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą, leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych,
- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych,
- nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Według ustawy podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, w którym w szczególności określa się kierunki i rodzaje działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, harmonogram przyjętych działań, cele oraz sposoby ich osiągania oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych działań. Dokumentem określającym działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii na poziomie województwa jest Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii.

Działania związane z profilaktyką i przeciwdziałaniem uzależnieniom od środków psychoaktywnych w województwie śląskim prowadzone są na każdym szczeblu samorządu terytorialnego (województwo, powiat, gmina).



2.1. System leczenia narkomanii w Polsce

Aktami prawnymi regulującymi zasady leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych są:

- ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. z 2007 roku, Nr 205, poz. 1493),
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich (Dz.U. z 2007 roku, Nr 93, poz. 627),
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej (Dz.U. z 2007 roku, Nr 5, poz. 40),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych (Dz.U. z 2006 roku, Nr 239, poz. 1738),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. z 2006 roku, Nr 132, poz. 931).

W myśl art. 26 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Na mocy art. 26 pkt. 5 ustawy świadczenia w zakresie leczenia, rehabilitacji i reintegracji osoba uzależniona może uzyskać bezpłatnie, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju. System specjalistycznej opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych w Polsce został wkomponowany w sektor ochrony zdrowia i stanowi część systemu opieki nad osobami



z zaburzeniami psychicznymi. Leczenie realizowane jest w ramach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej⁴⁸.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych zorganizowane jest w oparciu o sieć placówek ambulatoryjnych, które są podstawowym ogniwem pierwszej interwencji i pomocy psychologicznej oraz sieć placówek stacjonarnych. W systemie opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od narkotyków nadal dominują stacjonarne formy rehabilitacji długo- i średnioterminowej.

Leczenie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych udzielane jest na oddziałach detoksykacyjnych, dziennych ośrodkach leczenia uzależnień, oddziałach leczenia uzależnień w strukturach szpitala, oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych w zakładach karnych. Ponadto realizowane są programy redukcji szkód oraz programy reintegracji społecznej. Część podmiotów świadczy także usługi dla pacjentów z podwójną diagnozą⁴⁹.

Leczenie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych w Polsce przebiega w trzech etapach. Pierwszy etap polega na detoksykacji osoby uzależnionej i może on trwać kilka tygodni. Jego celem jest poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, zmierzająca do zlikwidowania dokuczliwych objawów zespołu abstynencyjnego. Detoksykacja jest wstępem do dalszej terapii. Drugi etap leczenia przebiegać może w formie ambulatoryjnej lub stacjonarnej. Ostatnie stadium polega na readaptacji społecznej, która prowadzona jest w warunkach otwartych. Celem readaptacji jest ponowne przystosowanie do życia poprzez wychowanie, socjalizację, pracę fizyczną w ośrodku, organizację czasu wolnego oraz możliwość kontynuowania nauki⁵⁰.

Sieć świadczeń leczniczych udzielanych osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych oraz usługi w zakresie ograniczania szkód są w Polsce niewystarczające. Dominuje opieka całodobowa, opieka ambulatoryjna pełni funkcje pomocnicze, a leczenie substytucyjne dostępne jest jedynie dla kilku procent pacjentów. Istniejący system nie zapewnia również ciągłości opieki, w szczególności dla osób po zakończonym procesie leczenia w zakładzie.

⁴⁸ P. Jabłoński, *Programy substytucyjne jako element systemu terapii uzależnień w Polsce*, Biuletyn Informacyjny Nr 1-09, www.ptzn.org.pl.

⁴⁹ Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 roku*, Warszawa 2009

⁵⁰ Z. Juczyński, *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 2005, s. 112-113



2.2. Leczenie objawów abstynenckich

Detoksykację narkotykową stosuje się w celu zmniejszenia lub złagodzenia objawów odstawienia narkotyków jednocześnie pomagając uzależnionemu indywidualnie dostosować się do życia bez narkotyków. Detoksykacja narkotykowa jest to krok w długotrwałym leczeniu.

Oddziały/pododdziały detoksykacyjne prowadzą głównie leczenie opioidowych zespołów abstynenckich, w przypadku których podstawowymi formami pomocy jest leczenie objawowe, leczenie lekami z grupy narkotyków (np. metadon, buprenorfina) oraz leczenie przyczynowe (np. klonidyna).⁵¹

W oddziałach detoksykacyjnych realizowane są następujące działania:

- odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną,
- programy motywowania pacjenta do dalszego leczenia,
- nieodpłatne badania na zakażenie HIV, HCV, HBV.

W województwie śląskim oddziały/pododdziały detoksykacyjne działają w 3 placówkach, do których przyjmowani są pacjenci powyżej 18 roku życia⁵².

Oddziały detoksykacji od narkotyków i substancji psychoaktywnych w województwie stanowiły niewielki odsetek (0,2%) w strukturze liczby łóżek w zakładach psychiatrycznych w 2009 roku⁵³.

2.3. Lecznictwo ambulatoryjne

W latach 80-tych, gdy rozwijała się sieć stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień, placówki ambulatoryjne koncentrowały się głównie na diagnozowaniu i kierowaniu osób zgłaszających się na detoksykację i leczenie długoterminowe. W tym okresie nie funkcjonowały programy leczenia ambulatoryjnego dla osób, których uzależnienie nie było głębokie. Ich rozwój nastąpił pod koniec lat 80-tych, wraz ze wzrostem osób nadużywających przede wszystkim marihuany i jej przetworów, substancji halucynogennych oraz amfetaminy.

⁵¹ D. Chojecki, E. Sokołowska, *System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność*, W: *Raport Krajowy 2009. Sytuacja narkotykowa w Polsce*, red. P. Jabłoński, B. Bukowska, A. Malczewski, Warszawa, 2009, s. 59

⁵² Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy?*, Warszawa, 2009

⁵³ Śląski Urząd Wojewódzki, *Raport o stanie zdrowia mieszkańców Województwa Śląskiego 2009*, Katowice, 2010, s. 51



Do placówek ambulatoryjnych zalicza się poradnie i punkty konsultacyjne należące do publicznej służby zdrowia oraz organizacji pozarządowych, które są miejscami pierwszego kontaktu dla osób używających narkotyków oraz ich rodzin⁵⁴.

Wskazuje się, że w systemie ambulatoryjnej pomocy osobom uzależnionym, nie występują pewne ograniczenia programów stacjonarnych. Długoterminowa rehabilitacja stacjonarna, może powodować problemy wynikające z izolacji od naturalnego środowiska społecznego, w tym przerwanie relacji z rodziną i grupami, które dają poczucie wspólnoty oraz może powodować zjawisko tzw. wtórnej zależności (zależności od ośrodka i środowiska terapeutycznego)⁵⁵.

Placówki ambulatoryjne udzielają pomocy psychologicznej osobom uzależnionym oraz członkom ich rodzin poprzez profesjonalne poradnictwo, diagnostykę psychologiczno-medyczną, farmakoterapię, psychoterapię indywidualną i grupową oraz działania motywujące do podjęcia decyzji o zmianie dotychczasowego, destruktywnego stylu życia i pomagające w utrwaleniu tej decyzji.

Świadczenia w sferze ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków na terenie województwa śląskiego realizował Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2008 roku zakontraktował w 9 poradniach leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych świadczenia ambulatoryjne wartości 126 663 pkt. (2007 roku – 93 995 pkt., 8 placówek). W tym czasie wykonano świadczenia wartości 125 927 pkt. dla 3 109 osób (2007 roku – 90 029 pkt., 3 408 pacjentów). Wysokość nakładów poniesionych na realizację powyższych świadczeń w 2008 roku wyniosła 1 360 823,54 złotych (w 2007 roku – 580 339,50 złotych)⁵⁶.

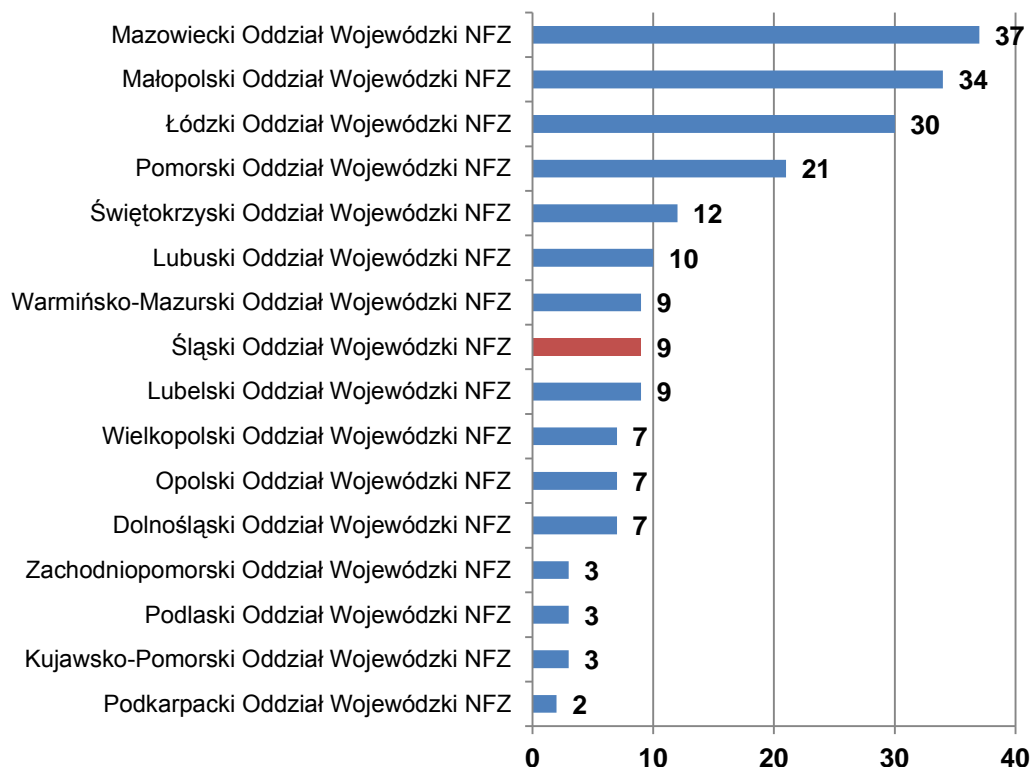
W skali kraju najwięcej placówek, w których zakontraktowano świadczenia w sferze ambulatoryjnej znajdowało się w województwie małopolskim. Województwo śląskie wraz z województwem lubelskim znajdowało się na 6 pozycji.

⁵⁴ P. Karpowicz, *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie? Duchowe aspekty leczenia uzależnienia*, Białystok, 2009, s. 60

⁵⁵ M. Staburzyńska, *Terapia ambulatoryjna w systemie pomocy dla osób uzależnionych*, W: Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1(45)/2009.

⁵⁶ Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 roku*, op. cit., s. 222

Liczba placówek, w których zakontraktowano świadczenia w sferze ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnienia od narkotyków w 2008 roku według województw



Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie *Informacji o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 roku*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2009, s. 220-222.

2.4. Lecznictwo stacjonarne

Leczenie osób uzależnionych od narkotyków, które często łamią normy i reguły życia społecznego, odbywa się również w warunkach ośrodków stacjonarnych. Umożliwiają one utrzymanie abstynencji i stopniową przebudowę postaw oraz zachowań poprzez izolację od dotychczasowego środowiska i niedostępność narkotyków⁵⁷. W większości placówki stacjonarne zlokalizowane są poza obszarami miejskimi. Placówki te prowadzą terapię opartą na całkowitej abstynencji, poprzez psychoterapię indywidualną i grupową, z wykorzystaniem

⁵⁷ P. Karpowicz, *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?* op. cit., s. 78



metody społeczności terapeutycznej⁵⁸. Podstawowym celem działania wspólnoty terapeutycznej jest doprowadzenie do zmian w społecznym funkcjonowaniu jej członków poprzez wzajemne interakcje, polegające m.in. na wsparciu, współodpowiedzialności i kontroli⁵⁹.

Obecnie funkcjonują ośrodki o programach długoterminowych, gdzie cykl leczenia wynosi od 12 do 18 miesięcy oraz ośrodki o programach krótkoterminowych, w których cykl waha się od 3 do 6 miesięcy. Do placówek stacjonarnych na ogół kieruje się pacjentów bezpośrednio z oddziałów detoksykacyjnych lub z poradni i punktów konsultacyjnych. Terapia długoterminowa (ambulatoryjna lub stacjonarna), polega na ustaleniu profilu osobowościowego, źródeł problemów a następnie edukacji w zakresie mechanizmów uzależnienia i motywów przyjmowania substancji⁶⁰. Leczenie stacjonarne prowadzone jest głównie przez organizacje pozarządowe.

W województwie śląskim w okresie od 2000 roku do 2009 roku liczba stacjonarnych zakładów prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od środków psychoaktywnych zmniejszyła się z 9 zakładów do 7.

Na podstawie poniższych danych w latach 2000-2009 w województwie śląskim można zaobserwować następujące trendy:

- zmniejszenie liczby łóżek o ok. 20%,
- zmniejszenie wskaźnika zaopatrzenia ludności w łóżka szpitalne (na 10 000 ludności),
- spadek o 32% liczby leczonych osób,
- zmniejszenie średniej wykorzystania łóżek,
- wydłużenie średniej długości pobytu chorego (liczonej w dniach).

⁵⁸ D. Chojecki, E. Sokołowska, *System leczenia uzależnień od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność*, W: *Raport Krajowy 2009*, op. cit.

⁵⁹ E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek narkomanów*, op. cit., s. 48

⁶⁰ Ibidem.



Zakłady lecznictwa stacjonarnego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w ośrodkach rehabilitacji na terenie województwa śląskiego

Wyszczególnienie	2000	2007	2008	2009
Liczba zakładów	9	9	9	7
w tym niepublicznych	6	8	8	6
Liczba łóżek w zakładach	247	315	288	199
na 10 000 ludności	0,5	0,7	0,6	0,4
Chorzy leczeni	883	1353	1185	601
na 10 000 ludności	1,8	2,9	2,5	1,3
Średnia wykorzystania łóżek w dniach	357,8	303,7	311,4	335,1
Średnia wykorzystania łóżek w %	98,5	83,2	85,3	92
Średnia długość pobytu	100,5	69,8	77,3	110,9
Liczba leczonych na 1 łóżko	3,6	4,3	4,1	3,0

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki, *Raport o stanie zdrowia mieszkańców Województwa Śląskiego 2009*, Katowice, 2010, s. 44.

W 2009 roku liczba łóżek w oddziałach terapii uzależnienia od narkotyków spadła w stosunku do 2000 roku o 32%, nieznacznie zmniejszył się również wskaźnik zaopatrzenia ludności w łóżka szpitalne (na 10 000). W 2009 roku nastąpił duży, ok. 85% spadek liczby łóżek na oddziałach detoksykacyjnych. W stosunku do 2000 roku wzrosła natomiast liczba łóżek na oddziałach rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.

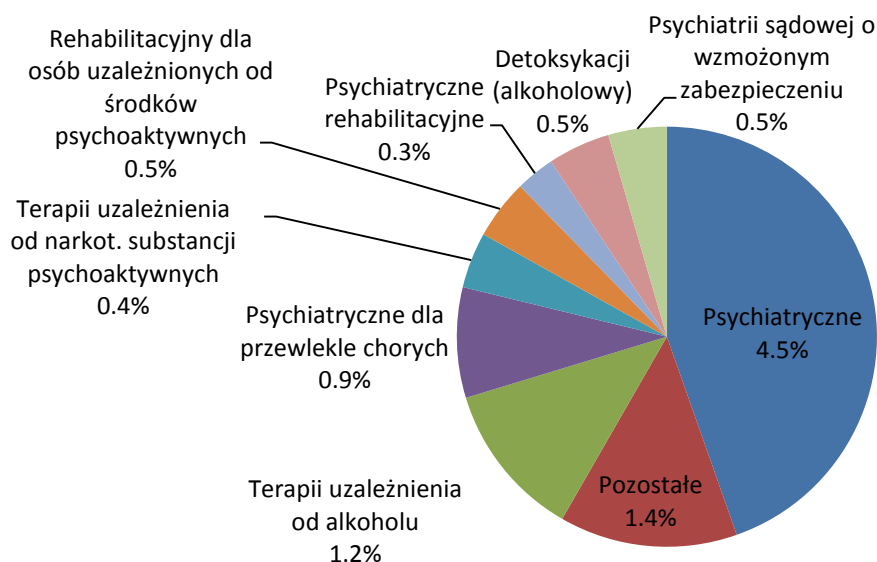
Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej – łóżka według oddziałów w województwie śląskim w latach 2000, 2008 i 2009

Oddziały:	Liczba łóżek					
	Ogółem	na 10 000 ludności	Ogółem	na 10 000 ludności	Ogółem	na 10 000 ludności
	2000		2008		2009	
Terapii uzależnienia od narkotycznych substancji psychoaktywnych	197	0,4	145	0,3	131	0,3
Detoksykacji (narkotyki, substancje psychoaktywne)	40	0,1	6	0,0	6	0,0
Rehabilitacyjny dla uzależnionych od środków psychoaktywnych	-	-	125	0,3	139	0,3

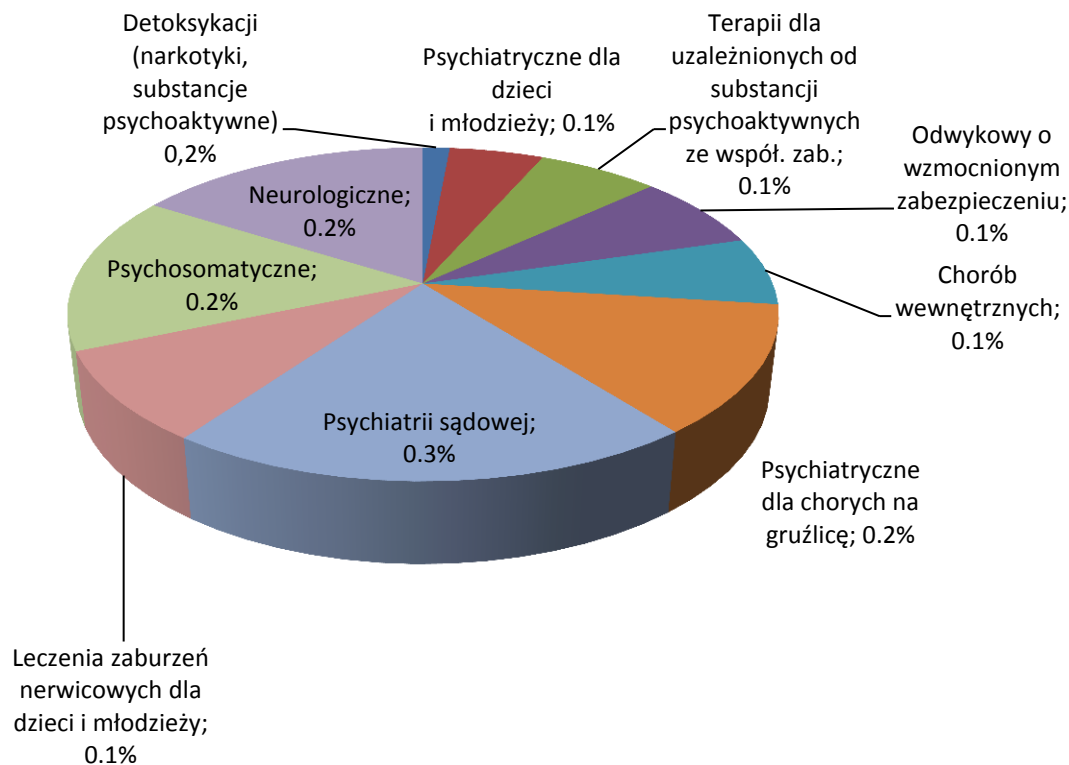
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Raportu o stanie zdrowia mieszkańców Województwa Śląskiego 2009*, Śląski Urząd Wojewódzki, Katowice, 2010, s. 49.

W strukturze łóżek w zakładach psychiatrycznych w województwie śląskim liczba łóżek w zakładach działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii zajmowała stosunkowo niewielki udział. Wśród nich w 2009 roku najczęściej występowały oddziały rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (5%). Oddziały terapii uzależnienia od narkotycznych substancji psychoaktywnych zajmowały 4%. Najmniejszy udział w strukturze łóżek zajmowały oddziały detoksykacji od narkotyków i substancji psychoaktywnych (0,2%).

Struktura łóżek w zakładach psychiatrycznych w województwie śląskim w 2009 roku



Struktura łóżek w zakładach psychiatr. w woj. śląskim w 2009 r. w kat. „pozostałe” 13,7%



Źródło: Ibidem, s. 51

2.5. Programy postrehabilitacyjne

Postrehabilitacją określa się działania podejmowane w celu przystosowania do warunków zewnętrznego środowiska społecznego lub zawodowego osoby, która w wyniku narkomanii wykazuje zaburzenia adaptacji do środowiska⁶¹. Programy postrehabilitacyjne przeznaczone są przede wszystkim dla osób, które przebyły cykl terapeutyczny w ośrodkach leczenia stacjonarnego lub terapię w warunkach ambulatoryjnych. Prowadzi się je głównie w hostelach, mieszkaniach readaptacyjnych, a także w placówkach ambulatoryjnych⁶².

Programy takie obejmują przede wszystkim:

- wsparcie psychologiczne dotyczące rozwiązywania codziennych problemów,

⁶¹ Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2008 roku*, Warszawa 2009

⁶² D. Chojecki, *Korelaty społeczne i readaptacja w: Raport Krajowy 2009. Sytuacja narkotykowa w Polsce*, praca zbiorowa, red. Dr P. Jabłoński, B. Bukowska, A. Malczewski - Warszawa, 2009, s. 91-92



- grupowe zajęcia informacyjno – edukacyjne,
- grupy rozwoju osobistego (w tym treningi, szkolenia, warsztaty), które mają na celu podniesienie samooceny i polepszenie funkcjonowania w rolach społecznych,
- grupy zapobiegania nawrotom,
- interwencje kryzysowe,
- grupowe i indywidualne zajęcia psycho-edukacyjne dla rodzin, których celem jest zmiana zachowania i przyzwyczajzeń związanych z życiem (kontaktami) z osobą uzależnioną.

Program readaptacyjny hosteli prowadzony jest w wydzielonej części mieszkalnej dla najstarszych stażem członków społeczności, którzy nie uczestniczą już w codziennych zajęciach ośrodka (model living-in). Drugą formą oddziaływań jest tzw. model living-out, który realizuje się przez udostępnianie poza ośrodkiem mieszkań readaptacyjnych⁶³.

W 2009 roku w województwie śląskim funkcjonowało 8 hosteli prowadzonych przez fundacje i stowarzyszenia. Realizowane w nich programy postrehabilitacyjne obejmowały m.in.: pomoc w poszukiwaniu pracy, pomoc w uzupełnianiu wykształcenia, pomoc psychologiczną oraz grupę wsparcia⁶⁴.

Bardzo ważnym miejscem realizacji programu postarehabilitacyjnego są mieszkania readaptacyjne, które są prowadzone przez organizacje pozarządowe. W województwie śląskim mieszkania takie prowadzą dwa podmioty, które łącznie dysponują 26 miejscami. Warunkiem zamieszkania w takim miejscu jest utrzymywanie abstynencji od środków psychoaktywnych oraz podjęcie aktywności zawodowej. Programy oferują możliwość uczestnictwa w terapii indywidualnej lub grupowej, uczestniczenia w kursach zwiększających szanse na rynku pracy, jak również opiekę terapeutyczną na miejscu w formie grupy wsparcia prowadzonej raz w tygodniu przez specjalistę terapii uzależnień. Okres pobytu w mieszkaniu wynosi 1 rok, z możliwością przedłużenia w uzasadnionych okolicznościach.

⁶³ M. Staburzyńska, Terapia ambulatoryjna w systemie pomocy dla osób uzależnionych, W: Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1(45)/2009.

⁶⁴ Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy?*, Warszawa, 2009.



2.6. Programy redukcji szkód (harm reduction)

Programy redukcji szkód obejmują zorganizowane działania na rzecz ograniczenia następstw zdrowotnych zażywania narkotyków poprzez popularyzację bezpiecznych sposobów zażywania⁶⁵. Główne działania interwencyjne w tej dziedzinie ukierunkowane są na ograniczenie liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem oraz rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Obejmują one leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów oraz programy wymiany igieł i strzykawek. Świadczenia te dostępne są we wszystkich krajach z wyjątkiem Turcji⁶⁶.

Programy wymiany igieł i strzykawek wprowadzono w Unii Europejskiej w połowie lat 80-tych jako reakcję na zagrożenie epidemią wirusa HIV w grupie osób przyjmujących narkotyki dożylnie. Programy te na dużą skalę zostały rozwinięte w latach 90-tych⁶⁷. Redukcja szkód polega m.in. na dotarciu do jak największej liczby osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji ze sterylnymi, jednorazowymi igłami i strzykawkami. W ramach programu sprzęt wydawany jest za darmo, a osoba z niego korzystająca powinna zwrócić do specjalnego pojemnika wykorzystane igły i strzykawki⁶⁸.

W województwie śląskim wymianę igieł i strzykawek prowadzi jedna organizacja pozarządowa w formie stacjonarnej.

W ramach programów redukcji szkód realizowane jest również leczenie substytucyjne. W Polsce pierwszy program leczenia substytucyjnego powstał w 1992 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii i miał początkowo charakter pilotażowy. Od roku 1997 leczenie substytucyjne metadonem jest prawnie dopuszczoną metodą leczenia osób uzależnionych od opiatów.

Leczenie substytucyjne stosowane jest w przypadku uzależnienia od opiatów, których zażywanie cechuje się szybkim narastaniem zależności psychicznej, fizycznej oraz wzrostem tolerancji. W uzależnieniu od tego typu substancji zmianie ulegają mózgowo-chemiczne procesy neurochemiczne, co powoduje powstanie silnej potrzeby przyjmowania środka, stąd uzależnienie opioidowe charakteryzuje częste i regularne przyjmowania narkotyków i duża

⁶⁵ M. Jędrzejko, K. Piórkowska, *Leksykon narkomanii*, Pułtusk 2004, s. 158-159

⁶⁶ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Sprawozdanie roczne 2009: stan problemu narkotykowego w Europie*, s. 33

⁶⁷ EMCDDA, www.ar2005.emcdda.europa.eu/pl/page065-pl.html.

⁶⁸ E. Trębińska-Szumigraj, *Współuzależnienie matek narkomanów*, Gdańsk, 2010, s. 49



tendencja do nawrotów⁶⁹. Wskazuje się, że leczenie substytucyjne w połączeniu z opieką socjalną, medyczną oraz psychologiczną daje największe prawdopodobieństwo skuteczności spośród wszystkich innych dostępnych form leczenia uzależnienia od opiatów.

Zasady prowadzenia programów substytucyjnych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. z 2007 roku, Nr 205, poz. 1493). Zgodnie z nim pomoc tego typu prowadzona jest w ramach programu leczenia uzależnienia poprzez stosowanie produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy. Leczenie tego typu ma na celu poprawę stanu somatycznego i psychicznego, reintegrację społeczną osób uzależnionych, a także ograniczenia rozprzestrzeniania zakażeń, w szczególności: HIV, HCV, HBS oraz gruźlicy. Leczenie substytucyjne umożliwia m.in. poprawę jakości życia, pomoc w stabilizacji sytuacji społecznej, w tym ułatwienie podjęcia nauki, pracy i powrotu do rodziny, ograniczenie aktywności kryminalnej, poprawę stanu zdrowia oraz ułatwienie podjęcia decyzji o leczeniu⁷⁰. Program leczenia substytucyjnego obejmuje wydawanie leku pacjentom, kontrolę abstynencji oraz psychoterapię i rehabilitację w wymiarze co najmniej dwóch godzin tygodniowo.

Podstawowym środkiem substytucyjnym stosowanym w ramach programu jest metadon, który pozwala na ograniczenie spożycia heroiny, zmniejszenie ilości zgonów na skutek przedawkowania, przestępczości narkotykowej oraz zakażeń. Metadon nie wywołuje stanów euforycznych, blokuje objawy syndromu odstawienia i pozwala osobie uzależnionej wrócić do normalnego trybu życia⁷¹. Wśród zalet stosowania metadonu wymienia się:

- wystarczająco silne działanie, by nie dopuścić do wystąpienia objawów abstynencyjnych, wywołanych przerwaniem przyjmowania opiatów (heroiny, morfiny),
- skuteczność przy przyjmowaniu doustnym, dzięki czemu nie ma potrzeby stosowania iniekcji,
- dłuższe działanie (od 12 do 24 godzin) niż narkotyków opiatowych, co pozwala na rzadsze przyjmowanie,

⁶⁹ E. Miturska, K.R. Petrikowska, *Metadon – lek czy narkotyk?* w: *Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia*, nr 4/2009

⁷⁰ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa, 2009, s.454

⁷¹ T. McGill, *Przewyciężyć uzależnienie. Poradnik dla rodziców*, Poznań 2007, s. 38



– długotrwałe stosowanie metadonu nie wywołuje niekorzystnych skutków ubocznych. Wadą metadonu są jego właściwości uzależniające. Wskazuje się jednak, że powoduje on minimalną tolerancję i łagodzi pragnienie przyjęcia narkotyku⁷².

Substytucja lekowa w Polsce jest mało dostępna, na początku 2010 roku na terenie kraju działały 23 programy leczenia substytucyjnego, w tym 17 realizowanych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz 6 realizowanych w jednostkach penitencjarnych. Terapią tego typu objętych jest jedynie ok. 7% osób uzależnionych⁷³. Na terenie województwa śląskiego od kilku lat działa jeden program leczenia substytucyjnego realizowany w formie ambulatoryjnej w Poradni Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych i Współuzależnień Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie, gdzie oczekiwanie na przyjęcie wynosi do 1,5 roku. W 2008 roku w Poradni zapewniono 140 miejsc co stanowi wzrost w stosunku do poprzedniego roku o 24 miejsca. Koszty poniesione na realizację ww. świadczeń w 2008 roku wyniosły 979 795,60 złotych, tj. o 26% więcej w stosunku do 2007 roku⁷⁴.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii umożliwia prowadzenia programu leczenia substytucyjnego w aresztach i zakładach karnych, jednak w województwie śląskim brakuje tego typu programów w warunkach ograniczenia wolności.

⁷² B. Szukalski, *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*, Warszawa 2005, s. 28-29

⁷³ K. Gryn, *Dostępność programów leczenia substytucyjnego*, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1 (49)/2010

⁷⁴ Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii* (2008 i 2007 r.) op. cit.

Programy substytucyjne w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie całego kraju w 2010 roku



Źródło: K. Gryn, *Dostępność programów leczenia substytucyjnego*, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1 (49)/2010.

2.7. Samorządy gminne

Podstawy prawne działalności gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii

Zgodnie z art. 10 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku, zadania dotyczące przeciwdziałania narkomanii należą do zadań własnych gminy i obejmują:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem,



- udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej,
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii,
- pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Gminne programy przeciwdziałania narkomanii

W celu realizacji przez gminę zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii wójt, burmistrz lub prezydent miasta opracowuje projekt gminnego programu przeciwdziałania narkomanii.

Informacji na temat działań podejmowanych przez samorządy gminne w obszarze przeciwdziałania narkomanii w danym roku dostarczają ankiety corocznie składane do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii⁷⁵.

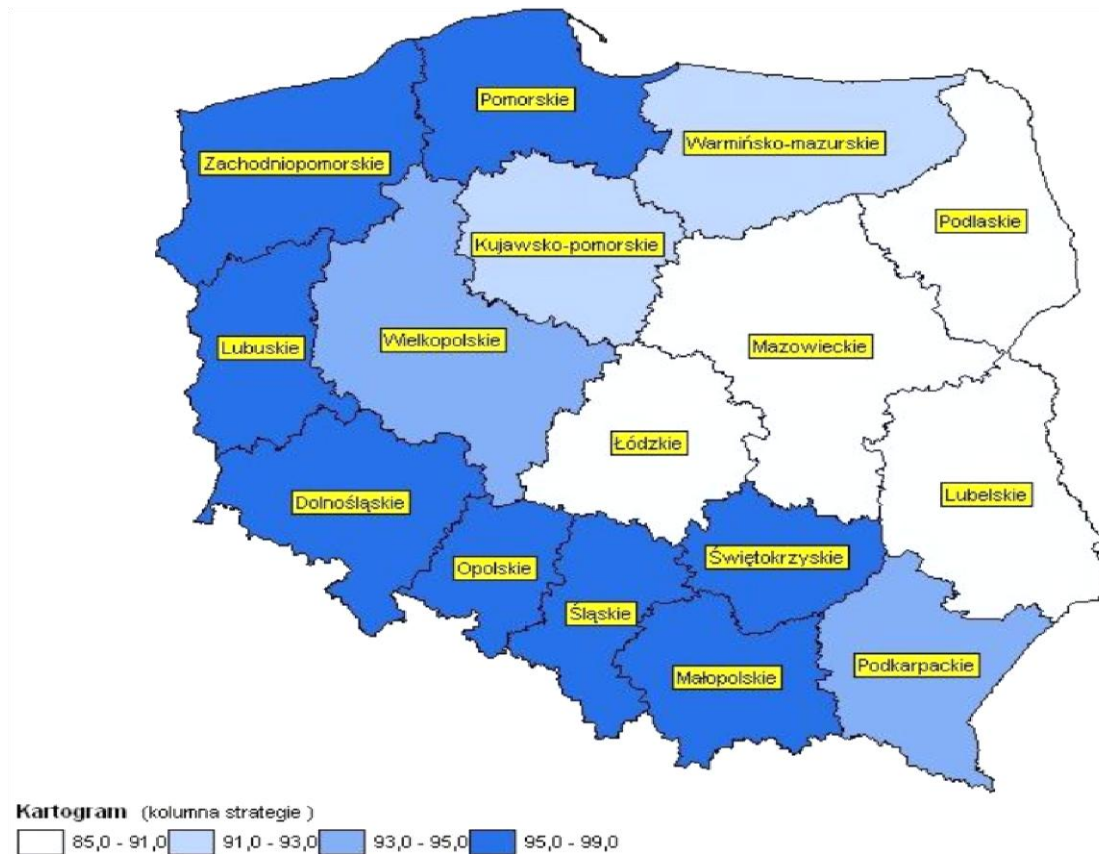
W 2009 roku ponad 95% gmin województwa śląskiego, spośród tych, które nadesłały sprawozdania zadeklarowało opracowanie gminnego programu przeciwdziałania narkomanii lub wspólnego gminnego programu przeciwdziałania uzależnieniom. Odsetek ten wzrósł nieznacznie na przestrzeni lat 2006-2009 z 92,2 % do 93,8 % gmin.

Największe odsetki gmin opracowały programy przeciwdziałania narkomanii w województwach zachodniej i południowej Polski, w tym w województwie pomorskim, zachodniopomorskim, lubuskim, dolnośląskim, opolskim, śląskim, małopolskim

⁷⁵ W 2009 roku sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii nadesłało 161 gmin województwa śląskiego, co stanowi 96% z ogółu gmin w województwie.

i świętokrzyskim. Najmniejsze odsetki gmin z opracowanym programem odnotowano w województwach: podlaskim (89%), mazowieckim (89%) oraz łódzkim (85%)⁷⁶.

Odsetki gmin w województwach, które opracowały gminne programy przeciwdziałania narkomanii w 2009 roku



Źródło: A. Malczewski, *Realizacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez gminy w 2009 roku - zakres działań i trendy*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2010

Z informacji zgromadzonych ze sprawozdań wynika, że coraz mniejszy odsetek gmin zarówno w województwie śląskim, jak i w kraju organizuje lub dofinansowuje szkolenia z zakresu tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. W 2009 roku 17,4 % gmin w województwie śląskim deklarowało organizację tego typu szkoleń. Dla porównania w latach 2006-2007 szkolenia na ten temat zorganizowało ponad 23% gmin. Tendencję

⁷⁶ A. Malczewski, *Realizacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez gminy w 2009 roku - zakres działań i trendy*, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010.



spadkową aktywności gmin w tym obszarze tłumaczyć można tym, że potrzeba szkolenia na temat tworzenia gminnych programów nie jest już tak nagląca jak w latach wcześniejszych.

W latach 2006-2009 wzrósł odsetek gmin, które organizowały szkolenia z zakresu ewaluacji gminnych programów przeciwdziałania narkomanii (z 2,3% gmin w 2006 roku do 4,3% w 2009 roku). Odsetek gmin przeznaczających fundusze na zakup publikacji z zakresu metodologii tworzenia programów przeciwdziałania narkomanii od 2008 roku utrzymuje się na poziomie około 3%. Powyższe działania są jednymi z najrzadziej podejmowanych przez gminy.

Realizacja zadań z obszaru profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych przez gminy

Działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej są zadaniami najczęściej finansowanymi przez gminy. Programy tego typu adresowane są do grupy niskiego ryzyka i mają na celu promocję zdrowego stylu życia oraz opóźnienie wieku inicjacji. W skali kraju w 2009 roku prawie 70% gmin wspierało programy profilaktyki pierwszorzędowej w ramach programów realizowanych w szkołach lub poza szkołami i wydało na ten cel ponad 36 milionów złotych. W 2009 roku powyższe działania realizowane były w 10 961 placówkach (w szkołach, świetlicach, ogniskach dla dzieci itp.), gdzie w sumie dofinansowano 7 348 programów. Działaniami objęto 2 200 000 osób, co oznacza wzrost w stosunku do 2008 roku, kiedy odbiorcami było około 1 493 000 osób. W przypadku liczby uczestników i programów dane mogą być zawyżone, ponieważ ten sam odbiorca mógł uczestniczyć w kilku programach⁷⁷. Zgromadzone dane wskazują również na związek pomiędzy częstotliwością realizowania zadań z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej a typem gminy. Gminy miejskie i miejsko-wiejskie zdecydowanie częściej podejmują działania w tym obszarze. W kraju 91% gmin miejskich i 78% gmin miejsko-wiejskich realizowało programy profilaktyki pierwszorzędowej, natomiast w przypadku gmin wiejskich było to już tylko 63% gmin. W województwie śląskim działania w omawianym obszarze podejmowano częściej niż średnio w kraju. W 2009 roku nastąpił ich duży wzrost w stosunku do roku poprzedniego, z 74% do 82% spośród gmin, które wysłały sprawozdania.

⁷⁷ Ibidem.



W przypadku profilaktyki drugorzędowej prawie 17% gmin w Polsce w 2009 roku podejmowało działania w tym zakresie. Programy profilaktyki drugorzędowej adresowane są do grup podwyższonego ryzyka, a ich celem jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji oraz umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych. W województwie śląskim programy profilaktyki drugorzędowej realizowała co czwarta gmina. Odsetek gmin w województwie wspierających te działania wzrósł z 25% w 2008 roku do 26,7% w roku 2009 i należy do największych w kraju.

W obszarze finansowania, opracowania i upowszechnienia materiałów informacyjno-edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii gminy województwa śląskiego należą do najaktywniejszych w kraju. W 2009 roku tego typu działania podejmowało ponad 19% gmin w województwie, podczas gdy w kraju takich gmin było 12,9%.

W 2009 roku współpracę z mediami podejmowało około 16% gmin w Polsce. Najaktywniejsze w tym zakresie były gminy w województwach: dolnośląskim, opolskim, śląskim i pomorskim. W województwie śląskim obserwować można zmniejszenie intensywności współpracy z mediami z 25,7% w 2008 roku do 21,7% w 2009 roku.

Kolejnym działaniem podejmowanym przez gminy w obszarze profilaktyki jest prowadzenie edukacyjnych kampanii społecznych na temat narkomanii. W województwie śląskim odsetek gmin, które sprawozdają realizację tego typu zadań w okresie 2006-2009 utrzymuje się na poziomie ponad 21% z nieznacznym wzrostem w 2008 roku do 24,3%.

Szkolenia dotyczące problemu narkotyków i narkomanii z obszaru leczenia, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych w 2009 roku wspierało finansowo ponad 7% gmin województwa śląskiego. W stosunku do 2008 roku jest to wzrost o 1 punkt procentowy. Najczęściej w 2009 roku szkolenia w tej tematyce finansowały gminy w województwach: kujawsko-pomorskim (12%), dolnośląskim (9,5%), wielkopolskim (9%) i lubuskim (9%).

Odsetek gmin finansujących programy zdrowotne z zakresu leczenia uzależnień od narkotyków prowadzone w jednostkach ambulatoryjnych znajdował się na bardzo niskim poziomie. W 2009 roku dla całego kraju wyniósł on 5,6% (wśród gmin które nadesłały sprawozdania). Województwo śląskie, z odsetkiem na poziomie ponad 9%, należy do województw, których gminy najczęściej deklarowały tego rodzaju wsparcie finansowe.

Finansowanie programów ograniczenia szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków (programy wymiany igieł i strzykawek, programy pracowników ulicznych,



noclegownie dla osób uzależnionych, programy dyskotekowe oraz programy leczenia substytucyjnego) są działaniami najrzadziej podejmowanymi przez gminy. W 2009 roku było to 1,2% sprawozdających się gmin w Polsce oraz 1,86% w województwie śląskim.

Kolejnym działaniem podejmowanym przez gminy jest finansowanie programów ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych od narkotyków (np. mieszkania readaptacyjne i/lub hostele, programy umożliwiające kształcenie lub alternatywne formy zatrudnienia). W całej Polsce w 2009 roku programy tego typu wspierało 2,3% sprawozdających się gmin. W tym samym roku najczęściej powyższe działania podejmowano w gminach województw: zachodniopomorskiego (6,3%), opolskiego (4,4%) i śląskiego (3,7%)

Finansowanie wydawania materiałów informacyjnych na temat placówek i programów dla osób uzależnionych od narkotyków również należy do działań rzadko podejmowanych przez gminy. W 2009 roku tego typu materiały dofinansowało 3,6% gmin w kraju oraz prawie 5% gmin w województwie śląskim⁷⁸.

⁷⁸ Ibidem.

Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Zadania realizowane przez gminy województwa śląskiego w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2006 – 2009

Nazwa zadania	Liczba gmin realizujących zadania				Procent z gmin, które przysłały sprawozdania			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Liczba gmin, które przesyłały sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	128	156	148	161	-	-	-	-
Liczba gmin, które opracowały gminny program przeciwdziałania narkomanii lub opracowały wspólny gminny program przeciwdziałania uzależnieniom	118	141	140	154	-	-	-	-
Liczba gmin, które wspierały finansowo programy profilaktyki pierwszorzędowej	96	108	110	132	75,0	69,2	74,3	82,00
Liczba gmin, które wspierały finansowo programy profilaktyki drugorzędowej	29	28	37	43	22,7	18,00	25,0	26,7
Liczba gmin, które organizowały lub dofinansowały szkolenia z zakresu tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii	30	36	20	28	23,4	23,1	13,5	17,4
Liczba gmin, które organizowały szkolenia z zakresu ewaluacji gminnych programów przeciwdziałania narkomanii	3	0	4	7	2,3	0,00	2,7	4,4
Liczba gmin, które finansowały zakup publikacji z zakresu metodologii tworzenia programów przeciwdziałania narkomanii	3	8	5	5	2,3	5,1	3,4	3,1
Liczba gmin, które finansowały opracowania i upowszechnienia materiałów informacyjno - edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii	24	26	33	31	18,8	16,7	22,3	19,3
Liczba gmin, które podejmowały współpracę z mediami	33	41	38	35	25,8	26,2	25,7	21,7
Liczba gmin, które prowadziły edukacyjną kampanię społeczną na temat problemu narkomanii	29	33	36	34	22,7	21,2	24,3	21,1
Liczba gmin, które wspierały finansowo organizację szkoleń dotyczących problemu narkotyków i narkomanii z obszaru leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych dla grup zawodowych	13	17	9	12	10,2	10,9	6,0	7,5
Liczba gmin, które wspierały finansowo programy zdrowotne z zakresu leczenia uzależnień od narkotyków prowadzone w jednostkach ambulatoryjnych	11	12	14	15	8,6	7,7	9,5	9,3
Liczba gmin, które dofinansowały programy ograniczenia szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków (programy wymiany igieł i strzykawek, programy pracowników ulicznych, noclegownie dla osób uzależnionych, programy dyskotekowe oraz programy leczenia substytucyjnego)	3	3	1	3	2,3	1,9	0,7	1,9
Liczba gmin, które dofinansowały realizację programów ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych od narkotyków	brak danych	5	7	6	brak danych	3,2	4,7	3,7
Liczba gmin, które dofinansowały wydanie materiałów informacyjnych na temat placówek i programów dla osób uzależnionych od narkotyków	brak danych	7	11	8	brak danych	4,5	7,4	5,00



2.8. Placówki opiekuńczo - wychowawcze wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży w województwie śląskim

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego odgrywają ważną rolę w systemie pomocy dziecku i rodzinie, w tym dzieciom z rodzin z problemem narkotykowym. Placówki te prowadzone mogą być przez samorządy gminne lub organizacje pozarządowe. Zgodnie z art. 71 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (t.j.: Dz. U. z 2009 roku Nr 175, poz. 1362 ze zm.), w celu wsparcia funkcji opiekuńczych rodziny dziecko może zostać objęte opieką i wychowaniem w następujących placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego:

- 1) opiekuńczej, prowadzonej w formie kół zainteresowań, świetlic, klubów, ognisk wychowawczych, które pomagają dzieciom w pokonywaniu trudności szkolnych i organizowaniu czasu wolnego,
- 2) specjalistycznej, w której jest realizowany program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny, w tym terapia pedagogiczna, psychologiczna, rehabilitacja, resocjalizacja.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego współpracują z osobami i podmiotami działającymi w środowisku lokalnym. Korzystanie z usług tego rodzaju instytucji jest dobrowolne i nieodpłatne. Na mocy ustawy o pomocy społecznej prowadzenie rejestru placówek opiekuńczo-wychowawczych należy do zadań wojewody.

W 2009 roku w województwie śląskim zarejestrowanych⁷⁹ było 130 placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego. Dysponowały one 5 049 miejscami, a z ich usług skorzystało w całym roku 6 447 osób. Miejsca w tego rodzaju jednostkach stanowiły 66,5% puli miejsc, którymi dysponowały wszystkie rodzaje placówek opiekuńczo-wychowawczych. Na poziomie ponadlokalnym⁸⁰ z ogólnej liczby 725 miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego 581 należało do jednostek opiekuńczych, natomiast 144 do specjalistycznych.

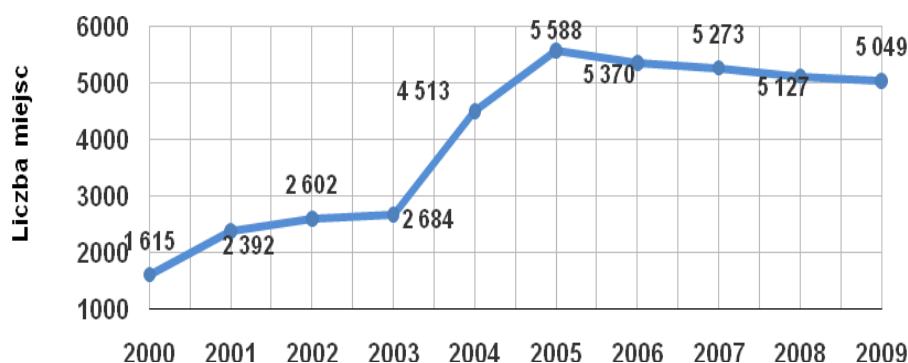
W okresie 2000-2009 nastąpił znaczący wzrost zarówno poziomu zasobów, jak również liczby klientów. W przypadku liczby placówek wyniósł on 382%, liczby miejsc - 313%, natomiast jeśli chodzi o liczbę klientów – 399%.

⁷⁹ W rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

⁸⁰ Na poziomie lokalnym brak jest tego rodzaju danych statystycznych.



Liczba miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego w województwie śląskim w latach 2000-2009



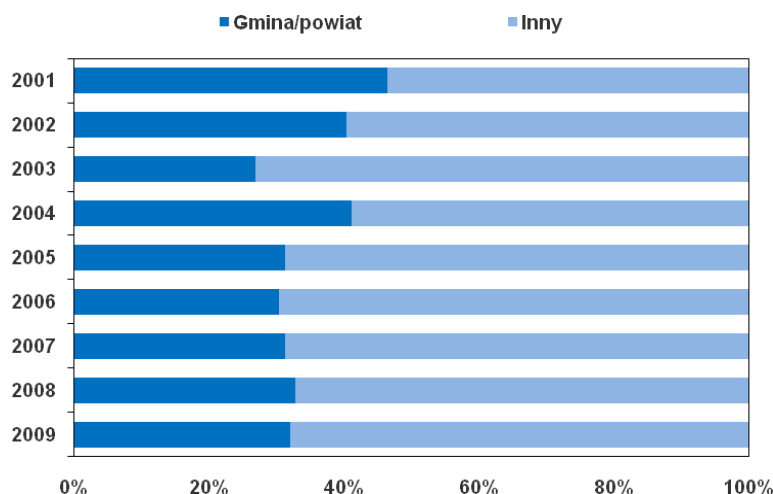
Źródło: *Sprawozdania MPiPS-03 za lata 2000-2009*, Wydział Polityki Społecznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Na koniec 2009 roku 3 431 miejsc (68,0%) należało do placówek prowadzonych przez podmioty inne niż gmina czy też powiat – najczęściej przez stowarzyszenia, fundacje oraz kościelne osoby prawne. Dla porównania w roku 2001⁸¹ było to 1 280 miejsc, które stanowiły 53,5% zasobów tego rodzaju jednostek. Zatem latach 2001-2009 mieliśmy do czynienia z dosyć dynamicznym wzrostem zasobów podmiotów niepublicznych.

Kolejną bardzo wyraźną tendencją, jaka wystąpiła w tym okresie był znaczny spadek udziału miejsc w placówkach o zasięgu ponadlokalnym. W 2000 roku 86,7% miejsc należało do instytucji, których zasięg przekraczał granicę gminy, podczas gdy na koniec 2009 r. było to już zaledwie 14,4%.

⁸¹ W 2000 roku nie prowadzono jeszcze statystyk dotyczących podmiotu prowadzącego jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - struktura miejsc wg podmiotu prowadzącego - województwo śląskie w latach 2001-2009



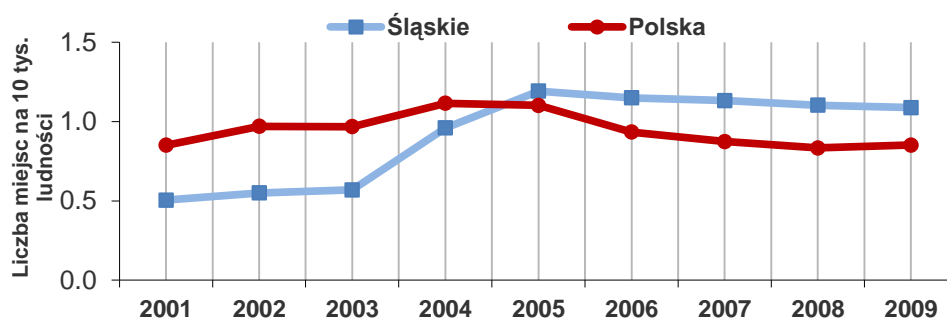
Źródło: Ibidem.

Liczba miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego w przeliczeniu na 10 tys. ludności była na koniec 2009 roku wyższa od przeciętnej krajowej i wyniosła 10,9. Dla porównania dla Polski wskaźnik ten kształtował się na poziomie 8,5. Pod względem liczby miejsc na 10 tys. ludności województwo śląskie znalazło się w 2009 roku na piątym miejscu wśród polskich regionów. Najwyższe wartości wskaźnik ten osiągnął w województwach: lubuskim (18,6), lubelskim (16,0) oraz warmińsko-mazurskim (13,7), najniższe natomiast w opolskim (1,5), mazowieckim (2,5) oraz pomorskim (3,8).

Cechą charakterystyczną województwa śląskiego jest duży udział miejsc w placówkach o zasięgu lokalnym. Na koniec 2009 roku wyniósł on 85,6%. Dla porównania dla kraju wskaźniki ten kształtował się na poziomie 47,6%. Z kolei biorąc pod uwagę strukturę miejsc ze względu na podmiot prowadzący mieliśmy w tym czasie do czynienia niemal z identyczną sytuacją na poziomie kraju i regionu.

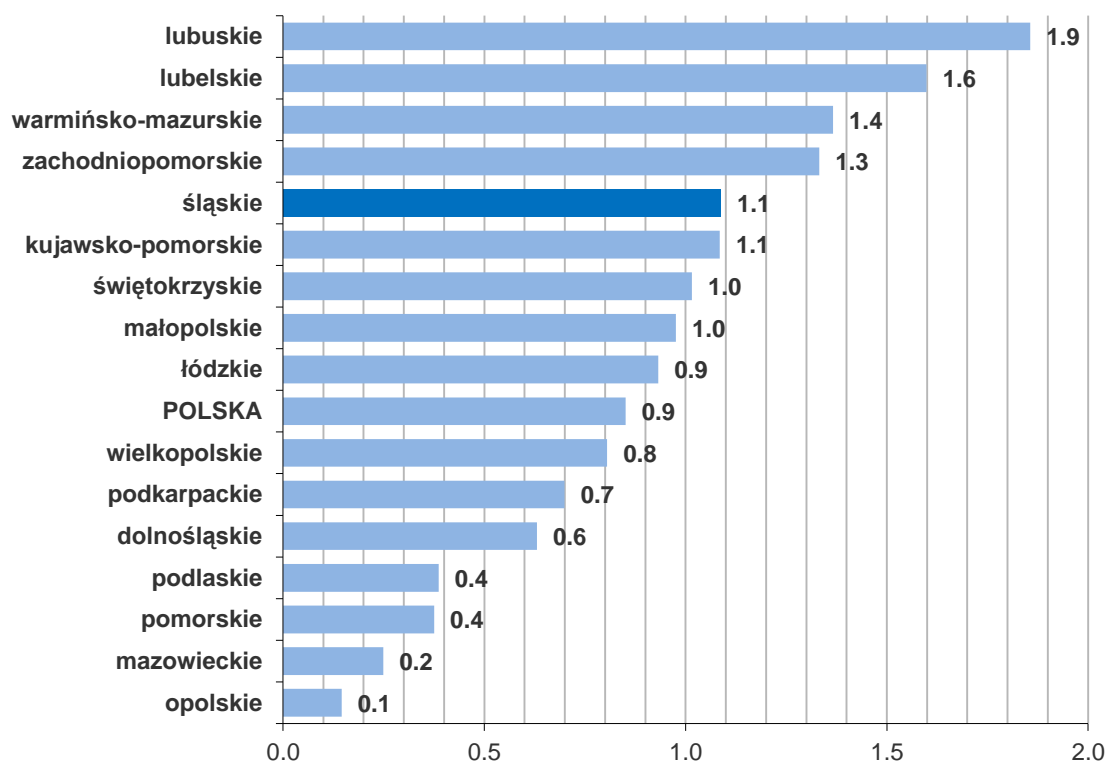
Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - liczba miejsc na 10 tys. ludności w województwie śląskim oraz w Polsce w latach 2001-2009



Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdania MPiPS-03 za lata 2001-2009; Główny Urząd Statystyczny - www.stat.gov.pl.

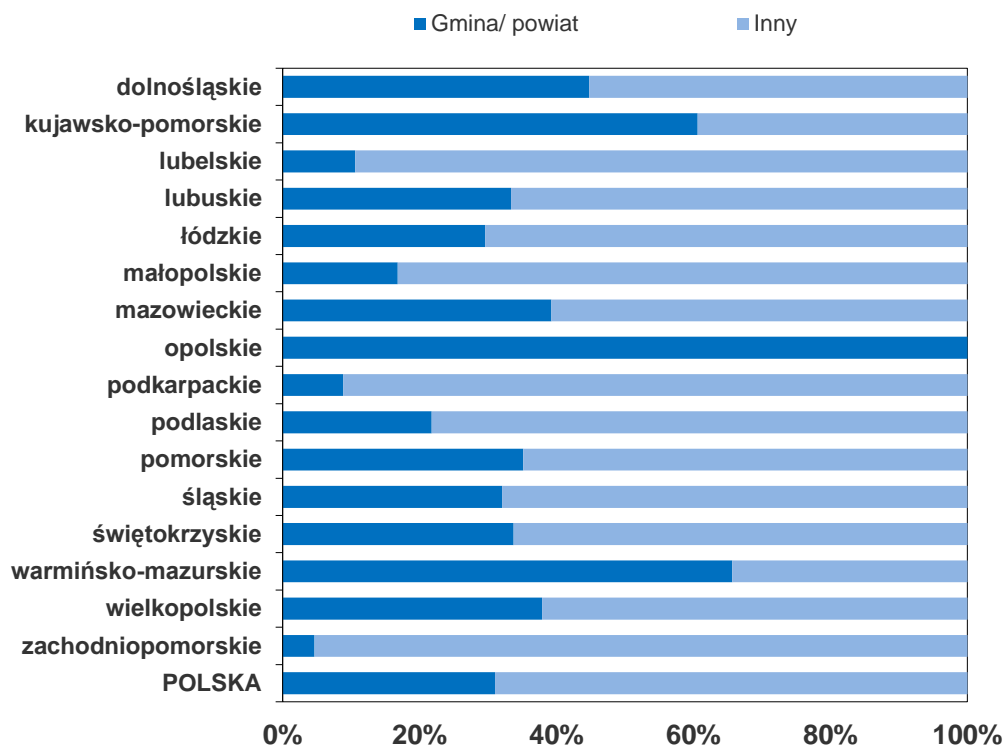
Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - liczba miejsc na 10 tys. ludności wg województw - stan na koniec 2009 roku



Źródło: Ibidem.



Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - struktura miejsc wg podmiotu prowadzącego i województw – stan na koniec 2009 roku



Źródło: Ibidem.

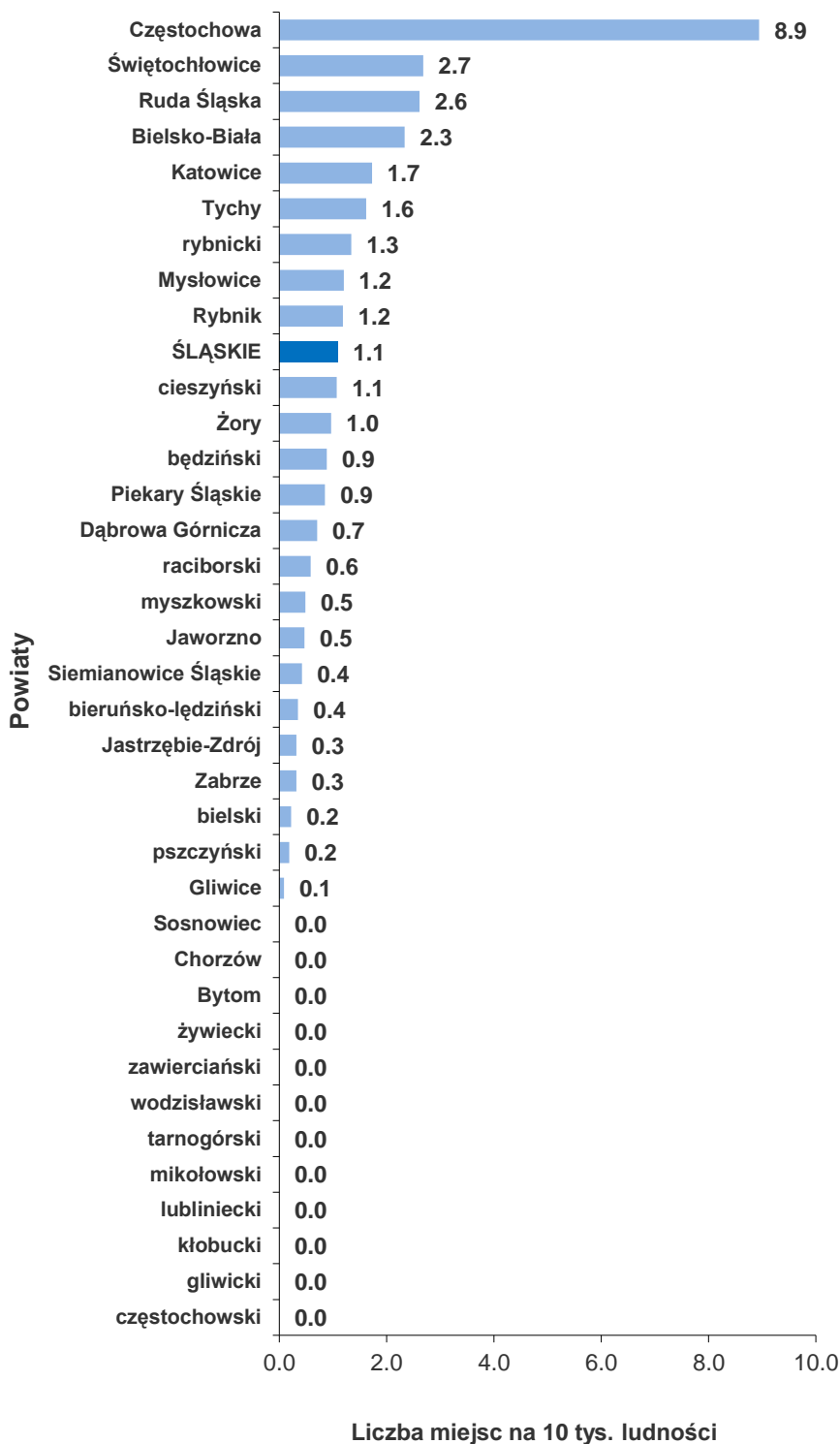
W samym województwie śląskim wskaźnik liczby miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego w przeliczeniu na 10 tys. ludności był zróżnicowany. Na tle całego regionu zdecydowanie odznaczał się powiat Częstochowa, gdzie jego poziom wyniósł 89,4. W kolejnym pod względem wysokości wskaźnika powiecie - Świętochłowicach - był on znacznie niższy i kształtował się na poziomie 26,8. Warto podkreślić, że w jednej trzeciej powiatów województwa śląskiego jego wartość wyniosła 0. Nie oznacza to jednak, że na ich terenie nie funkcjonowały żadne instytucje świadczące usługi charakterystyczne dla placówek opiekuńczo-wychowawczych, a jedynie to, że żadna z nich nie znalazła się w rejestrze prowadzonym przez wojewodę.

Wskaźnik liczby miejsc zdecydowanie korzystniej przedstawiał się w powiatach grodzkich niż ziemskich, na co wpływ miały jego wysokie wartości w miastach na prawach powiatu: Częstochowie, Świętochłowicach, Rudzie Śląskiej, Bielsku-Białej, Katowicach, Tychach, Mysłowicach oraz Rybniku.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - liczba miejsc na 10 tys. ludności wg powiatów województwa śląskiego - stan na koniec 2009 roku



Źródło: Wydział Polityki Społecznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Sprawozdanie MPiPS-03 za okres I- XII 2009 r., Główny Urząd Statystyczny - www.stat.gov.pl, op.cit.



2.9. Centra i Kluby integracji społecznej

Centra i Kluby Integracji Społecznej działają w oparciu o zapisy ustawy o zatrudnieniu socjalnym z 13 czerwca 2003 roku (Dz. U. Nr 122, poz. 1143 ze zm.). Przepisy ustawy stosuje się m.in. do osób uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych, a także znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. Centrum Integracji Społecznej może być tworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego lub organizację pozarządową.

Zgodnie z art. 3 ustawy o zatrudnieniu socjalnym Centrum Integracji Społecznej prowadzi reintegrację społeczną i zawodową poprzez:

- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu;
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych;
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą;
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Rejestr jednostek organizacyjnych, którym nadano status Centrum Integracji Społecznej prowadzony jest przez Wojewodę Śląskiego i jest w nim ujętych jest 5 Centrów Integracji Społecznej, z których 4 prowadzą organizacje pozarządowe. Na terenie województwa działa także 14 Klubów Integracji Społecznej⁸².

⁸² Bilans potrzeb w zakresie pomocy społecznej w województwie śląskim otrzymany przez ROPS od ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie województwa śląskiego.



Wykaz Centrów Integracji Społecznej w województwie śląskim

Lp.	Nazwa instytucji
1	Centrum Integracji Społecznej ul. Brzozowa 19 42-450 Łazy
2	Centrum Integracji Społecznej ul. Kolejowa 2 43-190 Mikołów
3	Centrum Integracji Społecznej ul. Szczakowska 44 43-600 Jaworzno
4	Centrum Integracji Społecznej ul. Edukacji 5 i ul. Edukacji 11 43-100 Tychy
5	Centrum Integracji Społecznej ul. Jurajska 121 42-400 Zawiercie-Żerkowice

Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie rejestru Wojewody Śląskiego, www.suw.gov.pl.

2.10. Organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe

Organizacje pozarządowe oraz inne podmioty wskazane ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2010, Nr 234, poz. 1536), stanowią bardzo ważne ogniwo w systemie przeciwdziałania narkomanii. W Polsce organizacje pozarządowe odgrywają dominującą rolę spośród wszystkich instytucji, które zajmowały się redukcją popytu na narkotyki⁸³. Działania organizacji pozarządowych skierowane są do szerokiego grona odbiorców, w tym dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, osób uzależnionych od narkotyków, członków rodzin z problemem uzależnienia oraz osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w tym wychowawców i terapeutów. Prowadzą one działalność informacyjno–edukacyjną z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii, realizują programy profilaktyczne dla osób zagrożonych narkomanią, programy wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin oraz organizują szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe osób realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Część z nich prowadzi również niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oferujące pomoc w leczeniu oraz hostele i mieszkania readaptacyjne.

⁸³ R. Sobiech, *Ciągłość i zmiana. Polski system redukcji popytu na narkotyki*, W: Serwis Informacyjny NARKOMANIA, nr 4(43)/2008.



W województwie śląskim działalność w tym zakresie prowadzą organizacje pozarządowe, wśród których część zorganizowana jest sieciowo, prowadząc równoległe kilka placówek w kraju, a część prowadzi działania o charakterze lokalnym.

Grupy samopomocowe są dobrowolnymi zgromadzeniami osób, których działanie skierowane jest na wspólne pokonywanie problemów dotyczących ich bezpośrednio albo ich bliskich. Uczestnicy opierają się na własnych doświadczeniach, a nie na wiedzy pochodzącej od profesjonalistów. W grupie samopomocy obowiązuje zasada równości i dlatego wszyscy jej członkowie mają taki sam status. Uczestnictwo w niej jest dobrowolne, a poruszane w trakcie spotkań sprawy i problemy nie mogą być przekazywane na zewnątrz.

Osoby uzależnione od narkotyków mogą korzystać z grup samopomocy, opartych na programach Dwunastu Kroków i Dwunastu Tradycji Anonimowych Alkoholików. Anonimowi Narkomanii, nie są związani z innymi organizacjami lub ośrodkami terapeutycznymi, ich działalność polega głównie na udzielaniu wzajemnej pomocy przez osoby uzależnione⁸⁴. Pierwsza autorska broszura NA, tzw. Biała Książeczka opisuje Anonimowych Narkomanów w następujący sposób: „NA jest bezdochodową wspólnotą mężczyzn i kobiet, dla których narkotyki stały się głównym problemem. Jesteśmy zdrowiejącymi uzależnionymi, którzy spotykają się regularnie, aby pomagać sobie nawzajem w pozostaniu czystymi.” Główną formą działań podejmowanych przez Anonimowych Narkomanów są mityngi grupowe, w których uczestniczyć mogą wszyscy narkomanii, niezależnie od rodzaju używanych narkotyków.

Na terenie województwa śląskiego funkcjonują 3 grupy anonimowych narkomanów:

- Grupa „Niezapominajka” w Bielsku-Białej,
- Grupa „8 marca” w Katowicach,
- Grupa „Diament” w Gliwicach.

2.11. Zakłady karne

Oddziaływania wobec osób uzależnionych od środków psychoaktywnych prowadzone są również przez areszty śledcze i zakłady karne. Zastosowanie programów terapeutycznych i profilaktycznych wobec osób uzależnionych lub używających narkotyków, które popełniają przestępstwa, zwiększa ich szansę na zerwanie z nałogiem⁸⁵.

⁸⁴ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, op. cit., s.455

⁸⁵ M. Charmast, M. B. Janicz, M. Kolmus, A. Łukasiewicz, M. Moneta, A. Sosnowska, S. Strzeżek, J. Tytman, *Postępowanie karne a możliwości terapii osób uzależnionych*, ms.gov.pl/Data/Files/_public/probacja/2009/nr3-4/10charmast.pdf



W województwie śląskim funkcjonuje 9 aresztów śledczych oraz 7 zakładów karnych. W Zakładzie Karnym w Lublińcu prowadzone są specjalistyczne działania dla skazanych kobiet uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych⁸⁶.

2.12. Placówki pomocy społecznej

Pomocy osobom uzależnionym od narkotyków i ich rodzinom udzielają również placówki pomocy społecznej, w tym ośrodki pomocy społecznej, ośrodki interwencji kryzysowej i powiatowe centra pomocy rodzinie. W województwie śląskim funkcjonuje 149 Miejskich i Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej, 17 Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie⁸⁷ oraz 18 Ośrodków Interwencji Kryzysowej⁸⁸. Do zadań tych instytucji należy m.in. udzielanie schronienia, posiłku oraz pomoc w formie świadczeń.

Poza wymienionymi wyżej instytucjami, działania w obszarze profilaktyki i pomocy osobom uzależnionym oraz ich rodzinom prowadzą placówki oświatowe, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, sądy, prokuratury, policja poradnie rodzinne, telefony zaufania itp. Ponadto w województwie śląskim funkcjonują placówki prowadzące bezpłatne badania na obecność wirusa HIV.

⁸⁶ <http://www.sw.gov.pl/Strony/Inspektorat.aspx?ItemID=173>

⁸⁷ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, *Informator Służb Społecznych - tom 1 - Jednostki organizacyjne pomocy społecznej*, www.rops-katowice.pl.

⁸⁸ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach za okres I-XII 2009 roku*, op. cit.



3. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • Wspieranie przez Samorząd Województwa Śląskiego działalności lokalnych placówek wsparcia dla dzieci i młodzieży, w tym świetlic środowiskowych realizujących programy socjoterapeutyczne i opiekuńczo-wychowawcze w gminach. • Wzmacnianie programów profilaktycznych stosowanych przez samorządy lokalne i organizacje społeczne. • Współpraca Samorządu Województwa z administracją rządową (zwłaszcza z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii), w zakresie realizacji kampanii i badań. • Wspieranie przez Województwo Śląskie organizacji społecznych z terenu województwa śląskiego działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii. • Możliwość doskonalenia zawodowego osób działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień służące poszerzeniu wiedzy, doskonaleniu umiejętności, wymianie doświadczeń oraz ich integracji. • Zaangażowanie różnych podmiotów w działania prowadzone na rzecz promocji zdrowego stylu życia oraz zapobiegania używania narkotyków przez dzieci i młodzieży. • Łatwy dostęp do informacji w zakresie problematyki uzależnień w tym m.in. raportów z badań, Internetowej Bazy Informacyjnej Służb Społecznych oraz informatora Miejsca pomocy osobom z problemem uzależnienia oraz ofiarom i sprawcom przemocy domowej, na stronie www.rops-katowice.pl. • Wspieranie rozwoju oraz modernizacji bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej zakładów prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków lub używających narkotyków w sposób szkodliwy (jednostek samorządu województwa). • Wspieranie placówek mających na celu reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych (np. centrów integracji społecznej), w tym możliwość udzielenia przez samorząd województwa dotacji celowej na rozpoczęcie działalności centrów integracji społecznej. • Prowadzenie badań obejmujących m. in. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stereotypy w postrzeganiu osób uzależnionych i ich rodzin wśród społeczeństwa. • Niedostateczna współpraca służb społecznych w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii. • Niewystarczająca wiedza o problemach uzależnień wśród pracodawców, pracowników służby zdrowia, nauczycieli i przedstawicieli innych zawodów. • Niewystarczająca wiedza o problemie uzależnienia przez rodziców. • Niewystarczająca oferta edukacyjno-terapeutyczna dla rodziców w obszarze uzależnień. • Niewystarczająca ilość placówek wsparcia dziennego realizujących programy socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży. • Niewystarczająca liczba specjalistów z zakresu socjoterapii w placówkach świetlicach i klubach dla dzieci i młodzieży na terenach wiejskich. • Niewystarczające w gminach wiejskich środki finansowe na realizację optymalnych gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii. • Niedobór placówek ambulatoryjnych pomagających osobom uzależnionym. • Brak systemowych badań dotyczących problemów uzależnień w województwie śląskim. • Niedobór placówek oferujących różne sposoby spędzania czasu wolnego przeznaczonych dla dzieci i młodzieży. • Niedostateczna wiedza dorosłych na temat środków psychoaktywnych. • Wzrost tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych. • Niewłaściwe gospodarowanie czasem wolnym przez młodzież. • Utrudniony dostęp do leczenia – np. długie terminy oczekiwania na leczenie substytucyjne. • Brak informacji na temat skuteczności realizowanych programów profilaktycznych. • Niewystarczająca liczba placówek prowadzących reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od narkotyków. • Mała liczba podmiotów realizujących programy profilaktyczne skierowane do grup ryzyka.



<p>problematykę uzależnień przez różne instytucje badawcze i naukowe w kraju i UE (EMCDDA; ESPAD).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzrost ujawnialności przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przez Policję. • Realizacja programów profilaktycznych w szkołach. • Publiczna debata na temat zagrożeń powodowanych przez substancje psychoaktywne (w tym dopalacze). • Wzrost liczebności wykwalifikowanej kadry terapeutycznej. • Realizacja przez zakłady leczenia uzależnień oddziaływań terapeutycznych zarówno dla osób uzależnionych, jak również członków ich rodzin. • Poprawa bazy lokalowej zakładów leczenia uzależnień. • Dobrze rozwinięta sieć podmiotów uzupełniających działalność podmiotów zajmujących się leczeniem uzależnienia od narkotyków, tj. organizacje pozarządowe, grupy samopomocowe, punkty konsultacyjne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zróżnicowany poziom usług świadczonych przez podmioty leczące uzależnienia od narkotyków (pod względem oferty, kwalifikacji personelu, ilości świadczeń zakupionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia). • Małe zainteresowanie pracowników służby zdrowia udziałem w szkoleniach w zakresie rozpoznawania problemu uzależnienia od narkotyków oraz podejmowania wobec osób nim dotkniętych działań. • Łatwy dostęp do narkotyków. • Brak dostatecznej liczby programów niskoprogowych.
<p>Szanse</p>	<p>Zagrożenia</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Korzystne regulacje prawne – ustawowy obowiązek gmin opracowania i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii. • Duże możliwości finansowe w realizacji gminnych programów rozwiązywania problemów uzależnień, w szczególności gmin miejskich. • Tworzenie zespołów interdyscyplinarnych ds. rozwiązywania problemów społecznych, w tym uzależnień. • Rozwój sieci świetlic socjoterapeutycznych i środowiskowych w województwie śląskim. • Rządowe programy służące dostosowaniu sieci placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży ze środowisk defaworyzowanych. • Obowiązek szkół w zakresie realizacji szkolnych programów profilaktycznych. • Działalność podmiotów na rzecz rozwijania właściwych postaw społecznych, wolnych od nałogów, w tym kampanie społeczne na rzecz zapobiegania i przeciwdziałania uzależnieniom. • Zaangażowanie młodzieży w działalność wolontariatu. • Możliwość realizowania projektów dotowanych z Funduszy Strukturalnych, w tym 	<ul style="list-style-type: none"> • Występowanie czynników wzmacniających zjawisko uzależnień (bezrobocie, ubóstwo). • Wykluczenie społeczne osób uzależnionych oraz członków ich rodzin. • Stygmatyzacja osób uzależnionych oraz członków ich rodzin. • Wzrost liczby uzależnień wśród dzieci i młodzieży. • Szkody społeczne (np. dysfunkcja rodziny, demoralizacja, patologia, przestępczość, wypadki drogowe, utrata zdrowia) spowodowane używaniem narkotyków. • Niechęć do podejmowania leczenia przez uzależnionych oraz do współpracy w tym zakresie osób współuzależnionych. • Osłabienie wpływu rodziców na proces wychowania dzieci. • Rozpad więzi rodzinnych. • Nieznane rozmiary sprzedaży narkotyków, z uwagi na ich nielegalność. • Sprzedaż narkotyków o różnym poziomie czystości. • Łatwiejszy dostęp do narkotyków w Czechach z uwagi na transgraniczność. • Turystyka narkotykowa w związku



<p>Europejskiego Funduszu Społecznego.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwiększająca się świadomość zagrożeń związanych z uzależnieniami. • Aktywność społeczna środowisk lokalnych oraz organizacji pozarządowych. • Brak przyzwolenia rodziców do przyjmowania narkotyków przez młodzież. • Organizacja w środowisku lokalnym alternatywnych form spędzania czasu wolnego dla dzieci i młodzieży. • Kontrola i likwidacja sklepów sprzedających środki zastępcze (dopalacze). • Rozbudowany system placówek specjalistycznych pomocy społecznej. • Leczenie w zakładach opieki zdrowotnej osób z podwójną diagnozą. • Spadek liczby uczniów w wieku 15-16 oraz 17-18 lat, którzy kiedykolwiek używali przetworów konopi oraz amfetaminy (ESPAD 2004,2007). 	<p>z wejściem do strefy Schengen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Łatwy dostęp do środków psychoaktywnych, w tym do środków zastępczych (w tym dopalaczy). • Pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych na scenie narkotykowej. • Internetowa sprzedaż środków zastępczych (w tym dopalaczy). • Wzrost liczby czynów związanych z narkotykami przez nieletnich sprawców. • Większe w województwie niż w skali kraju zjawisko politoksykomanii. • Duża liczba uzależnionych osób w młodym wieku, tj. 16-24 lata. • Niewystarczająca liczba placówek leczenia stacjonarnego dla osób niepełnoletnich. • Zmiana przekonań normatywnych młodzieży dotyczących używania narkotyków powodujących upowszechnienie zażywania środków psychoaktywnych w niektórych środowiskach. • Nieskuteczna procedura przyjęcia do leczenia, zwłaszcza osób nieletnich.
--	--