

WOJEWÓDZKI PROGRAM  
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII  
NA LATA 2017-2020

Łódź 2016

## SPIS TREŚCI

I. WPROWADZENIE.....	3
1. Podstawy prawne Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017 - 2020 .....	4
1.1. Dokumenty międzynarodowe normujące problematykę narkomanii .....	4
1.2. Dokumenty krajowe normujące problematykę przeciwdziałania narkomanii....	4
II. DIAGNOZA SYTUACJI WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W ZAKRESIE PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z UŻYWANIA NARKOTYKÓW.....	8
1. Rozpowszechnienia używania narkotyków wśród mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2011-2015.....	8
2. Używanie narkotyków w populacji osób dorosłych.....	10
3. Wzory konsumpcji narkotyków wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na podstawie badań ankietowych ESPAD, w latach 2007 - 2011-2015.....	14
4. Dostępność do świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji, reintegracji i ograniczania szkód zdrowotnych osób uzależnionych od narkotyków w województwie łódzkim, w latach 2011 - 2015.....	19
5. Interwencje medyczne podejmowane w związku z używaniem nowych substancji psychoaktywnych tzw. „dopalaczy” w województwie łódzkim w latach 2014-2015.....	21
6. Aktywność gmin województwa łódzkiego w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w latach 2011-2015 .....	24
7. Profilaktyka .....	26
III. WNIOSKI .....	29
IV. REALIZACJA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2017 – 2020 .....	35
Cel strategiczny .....	35
Cel główny .....	35
Cel operacyjny 1 Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychoaktywnych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych .....	35
Cel operacyjny 2 Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii.....	36
Cel operacyjny 3 Profilaktyka .....	36
Cel operacyjny 4 Redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja społeczna.....	39
Cel operacyjny 5 Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych .....	40
V. REKOMENDACJE .....	41

## I. WPROWADZENIE

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017 - 2020 jest kolejnym piątym wojewódzkim programem. Pierwszy realizowany był w latach 2000-2002, drugi w latach 2003-2006, trzeci w latach 2007-2010, czwarty obowiązywał w latach 2011-2016.

Program przygotowany został w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 04.08.2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. 2016, poz. 1492).

Strategicznym celem programu jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Celem głównym programu jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Cel główny realizowany będzie poprzez 5 celów operacyjnych wskazujących poszczególne działania do podjęcia, a w konsekwencji do ich realizacji.

Wyznaczone do realizacji cele operacyjne skupiają się na obszarach: działania informacyjne i edukacyjne, rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, profilaktyka, redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja społeczna, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych – NSP (tzw. „dopalaczy”), oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych.

Realizacja zadań znajdujących się w programie będzie finansowana ze środków pochodzących z budżetu województwa łódzkiego, przeznaczonych na jego realizację.

W województwie łódzkim realizatorem Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii jest Regionalne Centrum Polityki Społecznej – Jednostka organizacyjna Samorządu Województwa, z siedzibą w Łodzi przy ul. Snycerskiej 8. Regionalne Centrum zostało powołane Uchwałą nr VII/61/99 z dnia 30 marca 1999 r. Sejmiku Województwa Łódzkiego.

Program zakłada podjęcie przez samorząd województwa współpracy z innymi podmiotami (instytucjami, organami administracji rządowej i samorządowej, organizacjami pozarządowymi) interdyscyplinarnych i kompleksowych działań

zmierzających do ograniczenia używania substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych w województwie łódzkim.

## **1. Podstawy prawne Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017 - 2020**

### **1.1. Dokumenty międzynarodowe normujące problematykę narkomanii**

1. Jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r., (Dz. U. 1966 nr 45 poz. 277).
2. Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi (Dz. U. 1995 nr 15 poz. 69).
3. Plan działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013-2016 (2013/C 351/01) (Dz. U. UE C z dnia 30 listopada 2013 r.).

### **1.2. Dokumenty krajowe normujące problematykę narkomanii**

#### **Ustawy**

1. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2016 r. poz. 224, 437).
2. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015 r. poz. 1916).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 904, 960).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 65, 652, 960).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2015 r. poz. 1163).
6. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, 960).
7. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z 2015 r. poz. 1418, 1707).

8. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 823, 960).
9. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 poz. 1412).
10. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486).
11. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. Nr 43 poz. 225).
13. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.).

### **Rozporządzenia**

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wydawania zezwoleń na wytwarzanie, przetwarzanie, przerabianie, przywóz, dystrybucję albo stosowanie w celu prowadzenia badań naukowych środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1 (Dz. U. 2015 poz. 1951).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2011 r. w sprawie szczegółowych warunków wydawania pozwoleń oraz dokumentów niezbędnych do przywozu, wywozu, wewnątrz wspólnotowego nabycia lub wewnątrz wspólnotowej dostawy środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1 (Dz. U. 2011 nr 188 poz. 1123).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu wydawania oraz cofania zezwoleń na obrót hurtowy środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi (Dz. U. 2011 nr 288 poz. 1698).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie (Dz. U. 2014 poz. 948).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2004 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do przechowywania oraz niszczenia środków

odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów grupy I-R, a także szczegółowych zasad i warunków ich przechowywania oraz niszczenia (Dz. U. 2004 nr 219 poz. 2231).

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, ich preparatami, prekursorami kategorii 1 oraz środkami zastępczymi gromadzonymi w celach naukowych przez jednostki naukowe prowadzące badania nad problematyką narkomanii (Dz. U. 2012 poz. 73).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. 2006 nr 169 poz. 1216).
9. 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. 2006 nr 239 poz. 1738).
10. 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. 2007 nr 5 poz. 40).
11. 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. 2007 nr 93 poz. 627).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2007 r. w sprawie sposobu postępowania w przypadkach wzbudzających podejrzenia, co do zgodności z przepisami prawa, czynności z udziałem prekursorów (Dz. U. 2007 nr 179 poz. 1277).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013 poz. 368).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2008 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na zbiór mleczka makowego i opium z maku oraz ziela lub żywicy konopi innych niż włókniste w celu prowadzenia badań

naukowych oraz na sporządzanie wyciągów ze słomy makowej (Dz. U. 2008 nr 197 poz. 1225).

15. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (Dz. U. 2012 poz. 38).
16. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz. U. 2015 poz. 1249).
17. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. U. 2013 poz. 1332).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych (Dz. U. 2015 poz. 2017).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych (Dz. U. 2000 nr 70 poz. 830).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie wykazu podmiotów uprawnionych do przeprowadzania badań mających na celu ustalenie, czy dany produkt jest środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną (Dz. U. 2015 poz. 2018).

## **II. DIAGNOZA SYTUACJI WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W ZAKRESIE PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z UŻYWANIA NARKOTYKÓW**

### **1. Rozpowszechnienia używania narkotyków wśród mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2011-2015**

Monitoring zjawiska narkotyków i narkomanii opiera się na gromadzeniu i analizowaniu danych zgodnie z wykorzystującą standardy europejskie metodologią Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Gromadzenie danych i analiza procesów rozwojowych zjawisk związanych z używaniem narkotyków umożliwia diagnozę problemów, określanie potrzeb i dostosowywanie do nich odpowiednich działań. Podstawowym wskaźnikiem jest w tym zakresie odsetek osób używających narkotyków w populacji generalnej. Polskie badania w populacji generalnej dotyczące rozpowszechnienia, postaw i zachowań społecznych wobec narkotyków oparte na metodologii EMCDDA publikowane są corocznie w formie raportów krajowych, co zapewnia porównywalność wyników na poziomie europejskim. Badania te, realizowane na próbie losowej mieszkańców w wieku 15-64 lat za pomocą wywiadów kwestionariuszowych, dostarczają informacji o używaniu narkotyków w ogóle, oraz o wzorach używania poszczególnych substancji.

Respondenci są pytani o doświadczenia związane z używaniem narkotyków w ogóle oraz poszczególnych, wymienionych z nazwy substancji w trzech przedziałach czasowych - w ciągu ostatnich 30 dni, 12 miesięcy oraz kiedykolwiek w życiu. Są to typowe przedziały stosowane w europejskim standardzie badań epidemiologicznych. Przyjęto, że odpowiedź na pytanie o używanie substancji kiedykolwiek w życiu, może dotyczyć nie tylko jednorazowego kontaktu z daną substancją, lecz także używania narkotyku dowolną ilość lat przed badaniem, określa fazę eksperymentowania z narkotykami, pozwala również na uchwycenie używania narkotyków najmniej popularnych. Odpowiedzi dotyczące użycia w ciągu 12 miesięcy przed badaniem odnoszą się do tzw. *aktualnego (okazjonalnego) używania*, natomiast potwierdzenie użycia w ciągu 30 dni – uznaje się za *używanie bieżące*, co w połączeniu z bardziej szczegółowymi danymi, można interpretować jako informację nt. osób używających systematycznie i wymagających podejmowania oddziaływań leczniczych.



Informacji o rozpowszechnieniu używania narkotyków w sposób problemowy (używanie szkodliwe lub uzależnienie) we wszystkich grupach wiekowych dostarczają dane statystyczne na temat zgłaszalności do leczenia uzyskiwane z placówek leczniczych. Na ich podstawie można stwierdzić, że dynamika zgłaszalności do leczenia odwykowego jest w Polsce w ostatnich latach niezwykle chwiejna; w latach 2009-2010 prawdopodobnie z powodu inwazji nowych substancji psychoaktywnych potocznie określanymi jako "dopalacze", nastąpił skokowy wzrost liczby pacjentów (w ciągu roku liczba pacjentów wzrosła z 12 981 do 14444, czyli o 11,3%, a w zakresie używania substancji "różnych lub nieokreślonych", czyli kategorii najczęściej stosowanej przy rejestracji użytkowników "dopalaczy" - nawet o 17,5%). W 2012 r. tendencja wzrostowa została zahamowana: leczono się wówczas w kraju 14 526 osób; co w porównaniu z rokiem poprzednim (14 150 pacjentów) oznaczało wzrost jedynie o 2,7%, jednak w kolejnym roku nastąpił ponowny znaczny wzrost (do 16 592 osób, czyli o 14,2%).

Liczba osób przyjmowanych do lecznictwa stacjonarnego w województwie łódzkim od lat powoli rośnie w liczbach bezwzględnych, jednak wskaźnik pacjentów leczonych odwykowo na 10 000 mieszkańców utrzymuje się stale na podobnym poziomie - nieco wyższym od średniej krajowej: w 2008 r. wskaźnik ten wynosił 35,9 na 10 000 mieszkańców (w Polsce wynosił - 33,1), w roku 2012 wynosił on 41,1 - w Polsce 37,7). W liczbach bezwzględnych w 2012 roku w województwie łódzkim zgłosiło się do leczenia 1037 osób (w całej Polsce 14526 osób), rok wcześniej - 1033 osób (w Polsce 14150 osób). Dane zgłaszalności do leczenia pacjentów lecznictwa stacjonarnego w województwie łódzkim w porównaniu z pozostałymi regionami Polski pozwalają stwierdzić, że łódzkie należy do grupy województw o wysokich wskaźnikach dotyczących przyjęć do lecznictwa stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (6 miejsce).

Na podstawie danych o zgłaszalności do leczenia przekazywanych przez placówki stacjonarne działające na terenie województwa trudno określić liczbę jego mieszkańców zgłaszających się do leczenia. Świadczenie to nie jest bowiem objęte rejonizacją, zatem do ośrodków regionu łódzkiego zgłaszają się osoby z całego kraju, bez względu na miejsce zamieszkania. W konsekwencji liczba zgłaszających się do leczenia stacjonarnego w województwie zależna jest raczej od liczby miejsc w poszczególnych ośrodkach, specyfiki programowej placówek i retencji

(pozostawiania w leczeniu) pacjentów, a nie oddaje rozmiarów problemów w populacji mieszkańców województwa.

Według niepełnych danych placówki leczenia ambulatoryjnego w samej Łodzi przyjęły w 2014 r. 1952 osoby, o 551 więcej niż w roku poprzednim. Zgłaszalność do poradnictwa i leczenia ambulatoryjnego w ciągu ostatnich lat wyraźnie wzrasta, czego przyczynę należy upatrywać przede wszystkim w zmianach wzorów używania. Specyfika działania nowych substancji psychoaktywnych, a przede wszystkim szybko pojawiające się, przykre i widoczne dla otoczenia zaburzenia zachowania powodują, że użytkownicy dopalaczy są szybciej ujawniani przez otoczenie, a i sami zgłaszają się po pomoc wcześniej niż osoby używające problemowo "klasycznych" narkotyków. Z najbardziej dostępnych i aktualnych danych poradni Stowarzyszenia Monar, z kompleksową ofertą, wynika, że ok. 1/3 pacjentów zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego w stolicy regionu, to mieszkańcy całego województwa, którzy dla zachowania anonimowości unikają korzystania z placówek położonych bliżej ich miejsca zamieszkania.

## **2. Używanie narkotyków w populacji osób dorosłych**

W połowie 2013 r. przeprowadzone zostało badanie ilościowe na reprezentatywnej próbie Polaków powyżej 15 roku życia w ramach projektu OMNIBUS, w którym za pomocą wywiadów osobistych (face-to-face), w domach respondentów, zadaje się pytania z wielu dziedzin życia. Wyniki tych badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych z reguły są niższe niż w przypadku badań dotyczących tylko uzależnień. W ich świetle używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu potwierdziło - 7,1 % Polaków, w ciągu ostatniego roku - 2,5%, w ciągu ostatnich trzydziestu dni - 1,5%.

Precyzyjne określenie wzorów używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol napotyka w ostatnich latach na znaczne trudności. Stosowane od wielu lat narzędzia gromadzenia danych nie uwzględniają zmian epidemiologicznych związanych z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych potocznie określanych jako "dopalacze" (NSP). W większości placówek leczniczych użytkowników NSP zalicza się do rozpoznania F19 (*zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji innych lub*

*mieszanych*), co nie pozwala na ocenę stopnia rozpowszechnienia takich specyficznych i powodujących odmienne, poważne zaburzenia zdrowotne substancji z grupy "dopalaczy", jak syntetyczne katynony czy syntetyczne kannabinoidy. Wprowadzany od 2008 r. pilotażowo, nowoczesny system badania zgłaszalności do leczenia TDI (*treatment demand indicator*), umożliwiający stosowanie dla użytkowników tych substancji oddzielnych kategorii, jest używany przez niewielką tylko część placówek w różnych regionach kraju. Jedynie ośrodki Stowarzyszenia Monar (ok. 1/3 placówek stacjonarnych i 1/4 ambulatoryjnych w kraju) stosują go od 2015 r. w sposób systemowy.

W świetle najnowszych badań prowadzonych z użyciem metodologii EMCDDA (Europejski Raport Narkotykowy 2015) najczęściej używanymi narkotykami pozostają w Polsce przetwory konopi innych niż włókniste, czyli marihuana i haszysz. Odsetek okazjonalnych użytkowników tych substancji w populacji ogólnej osób w wieku 15 - 64 l. nieznacznie rośnie, jednak lokuje Polskę (8,1%) stosunkowo korzystnie na tle średniej krajów Unii Europejskiej (11,7%), a także wielu państw UE - np. Wielkiej Brytanii (11,2%), Niemiec (11,1%), Republiki Czeskiej (21,6%).

Na szczególne podkreślenie zasługuje natomiast wyraźny spadek liczby osób używających innych narkotyków "klasycznych", czyli tych, które dominowały na rynku narkotykowym przed pojawieniem się dopalaczy. Dotyczy to zwłaszcza używania opioidów (głównie heroiny, a poza tym morfiny, metadonu, i in.) - narkotyków, które przez wiele lat były najgroźniejszym symbolem polskiej narkomanii. Dane szacunkowe z najnowszego raportu EMCDDA dotyczące problemowego używania opioidów wskazują, że na 1000 mieszkańców Polski liczba użytkowników opioidów systematycznie spada i aktualnie kształtuje się w przedziale od 0,4 do 0,7 osoby, co jest jednym z najniższych wskaźników w Europie - dla porównania w Wielkiej Brytanii szacunki te wynoszą od 7,9 - do 8,4 osób na 1000 mieszkańców, w Austrii od 4,9 do 5,1; w Niemczech od 2,8 do 3,4, w Republice Czeskiej - 1,5. Podobnie przedstawia się rozpowszechnienie używania innego bardzo groźnego i nie mniej popularnego na całym świecie narkotyku - kokainy (Polska - 0,9, W. Brytania - 9,5, Austria 2,2, Niemcy 3,4, Czechy 0,4). Nawet używanie amfetaminy, narkotyku w naszym kraju w latach 1990-2010 bardzo popularnego, aktualnie szacuje się dla Polski na poziomie 2,9 osoby na 1000 mieszkańców, czyli niżej niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (3,5 na 1000 mieszkańców).

Również według najnowszego raportu z badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. na reprezentatywnej próbie osób w wieku 15 - 64 lata pod auspicjami Fundacji CBOS<sup>1</sup>, najbardziej popularnymi wśród badanych substancjami są marihuana i haszysz, których używanie kiedykolwiek w życiu potwierdziło 16,3% badanych. Pozostałe substancje są rozpowszechnione w dużo mniejszym stopniu. Do używania amfetaminy i ekstazy przyznało się 1,7% badanych, kokainy - 1,4%, nowych substancji psychoaktywnych ("dopalaczy", NSP) i LSD - 1,3%. Odsetek okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu badacze szacują na 4,6% respondentów. Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji utrzymywało się na poziomie poniżej 0,5%.

Informacji nt. aktualnych wzorów konsumpcji narkotyków wśród mieszkańców województwa łódzkiego dostarczają badania Pracowni Badawczo - Szkoleniowej „PERSPEKTYWA” w Warszawie przeprowadzone pod koniec 2015 r., na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi na reprezentatywnej próbie 800 mieszkańców województwa.

Porównując wyniki tych badań z wyżej przywołanym raportem CBOS i raportem krajowym dla EMCDDA<sup>2</sup> można stwierdzić, że odsetki mieszkańców województwa używających większości narkotyków kształtują się na poziomie niższym, a w przypadku kannabinoidów znacząco niższym, w porównaniu z szacunkami krajowymi. Ponieważ najbardziej popularnymi narkotykami, podobnie jak w całej Polsce, są przetwory konopi innych niż włókniste, ilość danych uzyskiwanych od użytkowników tych substancji w poszczególnych badaniach pozwala na uchwycenie istotnych tendencji, co w przypadku narkotyków mniej popularnych jest mniej wiarygodne.

Przynajmniej raz w życiu używał marihuany lub haszyszu jedynie co dziesiąty z badanych (10,4% - podczas gdy wg badań CBOS dla całego kraju – 16,3%,

---

<sup>1</sup> *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych, cz. II, Substancje psychoaktywne - postawy i zachowania*, CBOS, Warszawa, kwiecień 2015 r., s. 195-196, 221.

<sup>2</sup> *European Drug Report 2015: Trends and Developments*, <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>

a według raportu krajowego dla EMCDDA - 12,2%). Użycie amfetaminy potwierdziło 1,6% respondentów (CBOS - 1,7%, raport dla EMCDDA - 2,9%), kokainy - 0,3% pytaných (CBOS - 1,4%), LSD 0,3% (CBOS - 1,3%). Używanie pozostałych substancji ma charakter marginalny: mniej niż 0,5 % badanych stwierdziło, iż sięgało kiedykolwiek po „kompot” (0,4%), czy substancje wziewne (0,3%). Z ecstasy i sterydami anabolicznymi eksperymentowało 0,2% badanych.

Różnice między danymi krajowymi a wynikami badań wojewódzkich w zakresie używania kannabinoidów w innych przedziałach czasowych nie są już tak jednoznaczne. W ciągu ostatnich 12 miesięcy użycie potwierdziło 4,3% mieszkańców województwa, czyli nadal nieco mniej niż w badaniach krajowych CBOS (4,6). Na uwagę zasługuje natomiast okoliczność, że wyraźnie inaczej, i bardzo niekorzystnie, przedstawia się na tle badań krajowych *używanie okazjonalne* wśród młodych dorosłych (od 29 do 34 roku życia), którzy są wśród użytkowników konopi najliczniej reprezentowani. W tej grupie w badaniach łódzkich używanie okazjonalne potwierdziło 12,5%, podczas gdy w badaniach krajowych odsetek ten wynosił 8,1 (raport EMCDDA), lub 9,9% (badania CBOS). Warto przy tym zauważyć, że w grupie respondentów potwierdzających użycie substancji w ciągu ostatniego roku pewna część (szacunkowo ok. 20%), stanowią osoby, w przypadku których można już mówić o negatywnych intrapsychicznych i społecznych konsekwencjach używania (czego symptomami są np. zaniedbywanie nauki lub pracy, używanie w samotności, bezskuteczne dążenie do odstawienia).

Odsetek mieszkańców regionu używających konopi w ciągu ostatnich 30 dni wynosił 2,7% i był już znacząco wyższy niż w badaniach krajowych CBOS (2,1), przy czym wskaźnik ten dla najbardziej narażonej kohorty wiekowej dorosłych (18 - 29 lat) wyniósł w województwie już 5,5%.

Wyniki badań nie potwierdzają natomiast wyobrażeń o bardzo poważnym wzroście używania w populacji generalnej nowych substancji psychoaktywnych, tzw. "dopalaczy". Użycie przynajmniej raz w życiu dopalaczy potwierdziło 0,9% respondentów (to o 0,4 punktu procentowanego mniej niż w badaniach krajowych i ok. 10 razy mniej, niż odsetek mieszkańców regionu używających konopi).

### **3. Wzory konsumpcji narkotyków wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na podstawie badań ankietowych ESPAD w latach 2007 - 2011 - 2015**

W maju 2015 r. Pracownia Badawczo-Szkoleniowa „PERSPEKTYWA” w Warszawie przeprowadziła na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi badania na reprezentatywnej próbie 2056 uczniów (944 uczniów gimnazjów i 1112 uczniów szkół ponadgimnazjalnych) pt. *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa łódzkiego*. Badanie to, zgodne z europejskim standardem ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs) umożliwia sformułowanie diagnozy rozpowszechnienia zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, a przez porównanie z podobnymi badaniami realizowanymi w latach 2007 i 2011 również i jego dynamiki oraz częstotliwości używania. O wysokiej wartości badania przesądza pogłębione ujęcie problemu, uwzględniono w nim postawy młodzieży wobec różnych substancji psychoaktywnych, poddano analizie niektóre czynniki społeczne i psychologiczne mające wpływ na popyt i podaż narkotyków, zestawiono odpowiedzi na pytania o używanie narkotyków z informacjami dotyczącymi jakości relacji z rodzicami i przyjaciółmi, relacji ze środowiskiem rówieśniczym, stosowania przemocy lub bycia jej ofiarą.

Wyniki badań pokazują, że niemal połowa uczniów z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych miała już za sobą inicjację z marihuaną lub haszyszem, przy czym w przypadku uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych pierwszy kontakt z substancją miał miejsce w wieku 14-15 lat, natomiast wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych inicjacja najczęściej następowała nieco później - w wieku 16 lat lub więcej. Można zatem uznać, że wiek inicjacji obniżył się w porównaniu z poprzednimi badaniami o 1-2 lata.

Pośród uczniów trzecich klas gimnazjum przynajmniej raz w życiu używała przetworów konopi ponad jedna czwarta chłopców (26%) i ponad jedna piąta dziewcząt (21,9%), wskaźniki dotyczące używania w ciągu 12 ostatnich miesięcy kształtują się na poziomie 18% w przypadku chłopców i 15,3% wśród dziewcząt, natomiast użycie w okresie 30 dni przed badaniem potwierdziło 10,4% chłopców oraz 6,2% dziewcząt.

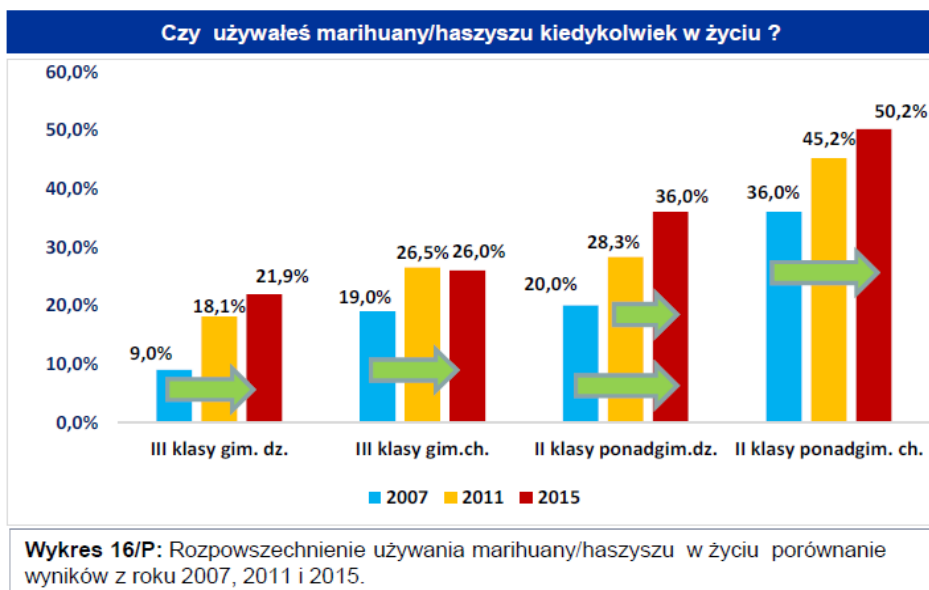
Wszystkie te wskaźniki są wyraźnie wyższe w badaniach uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych: przynajmniej raz w życiu paliła w tej grupie ponad połowa chłopców (50,2%) i 36% dziewcząt, w ciągu ostatnich 12 miesięcy - 39,2% chłopców i 23,7% dziewcząt, w ciągu ostatniego miesiąca - 22% chłopców i 7,6% dziewcząt. Warto zauważyć, że niepokojąca wysokość tych wskaźników nie odbiega od porównywalnych badań ESPAD zrealizowanych w maju i czerwcu 2015 r. dla całego kraju<sup>3</sup>, jedynie wskaźnik używania w ciągu ostatniego miesiąca jest w regionie łódzkim wyraźnie wyższy (o 4,8 punktu procentowego). Za alarmujący można natomiast uznać fakt, że w przypadku chłopców wskaźnik ten jest czterokrotnie wyższy w porównaniu z najbardziej nawet aktywną w zakresie używania narkotyków frakcją wiekową osób dorosłych 18-29 lat - (5,5%).

Nasilenie zjawiska używania pochodnych konopi znajduje potwierdzenie w wyrażanych przez badanych opiniach nt. popularności tych substancji w ich środowiskach rówieśniczych. Zdaniem ponad połowy gimnazjalistów i ok. 75% uczniów szkół ponadgimnazjalnych ich znajomi sięgają po marihuanę/haszysz.

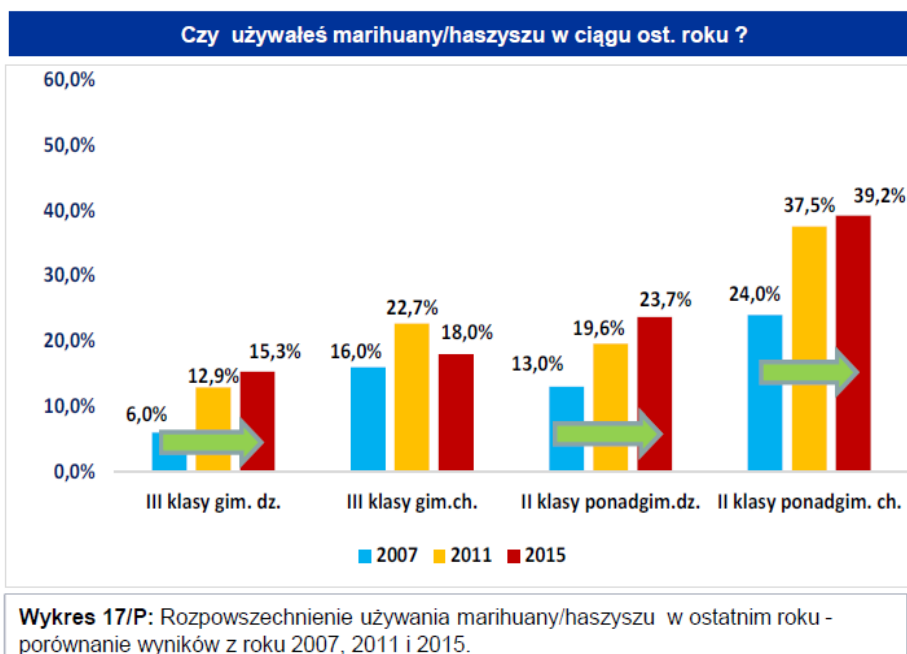
Dopełnieniem tego obrazu niech będzie porównanie z wynikami poprzednich badań z lat 2007 i 2011, z którego wynika, że we wszystkich przedziałach czasowych używanie przetworów konopi charakteryzuje się stałą, wyraźną tendencją wzrostową. W zakresie eksperymentowania wzrost ten w porównaniu z rokiem 2007 wyniósł dla gimnazjalistów 12,9, a dla gimnazjalistek 7 punktów procentowych, przy czym warto zauważyć, że w przypadku chłopców proces wzrostu uległ w zahamowaniu w roku 2011, i od tego czasu odsetek eksperymentujących nawet nieco się obniżył (o 0,6 punktu procentowego). W przypadku uczniów szkół ponadgimnazjalnych dynamika wzrostu odsetków osób eksperymentujących przedstawia się jeszcze bardziej równomiernie: dziewczęta od 20% (2007 r.), przez 28,3% (2011 r.) - do 36,0% w roku 2015, czyli wzrost w całym okresie o 16 punktów procentowych; chłopcy odpowiednio 36% - 45,2% - 50,2% (wzrost o 14,2 pkt).

---

<sup>3</sup> <http://www.cinn.gov.pl/portals?id=907006> W 2015 r.; badanie zostało zrealizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przy współpracy Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

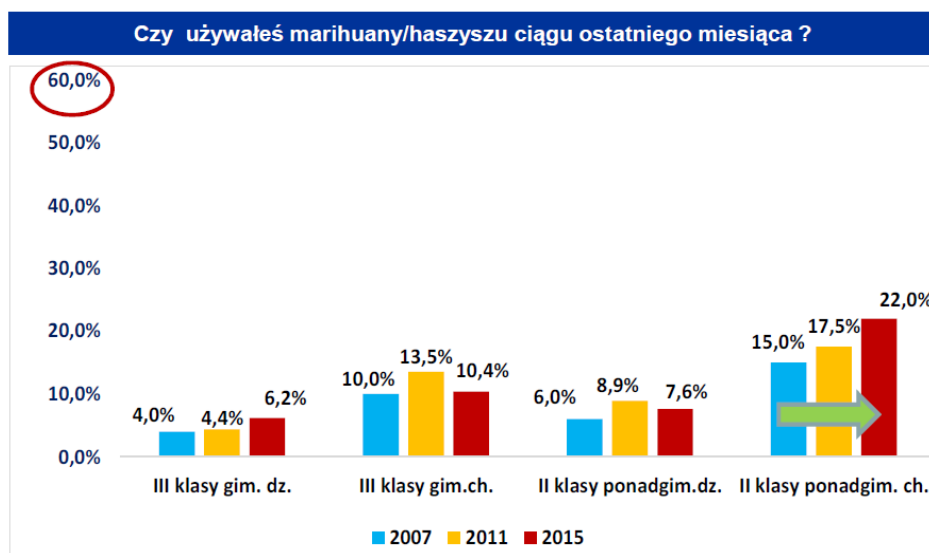


Odsetki uczniów potwierdzających używanie okazjonalne (w ciągu ostatniego roku) również na przestrzeni lat 2007-2015 rosną, choć warto zauważyć, że w okresie 2011-2015 wzrost ten uległ wyraźnemu spowolnieniu w większości grup respondentów, a w przypadku chłopców w III klasach gimnazjów doszło nawet do niewielkiego spadku (o 0,5 punktu procentowego).





Szczególny niepokój musi budzić fakt, że odsetki używających konopi w ciągu ostatniego miesiąca w przypadku uczennic gimnazjów i chłopców uczących się w szkołach ponadgimnazjalnych również stale rosną, do niewielkiego spadku doszło jedynie w ostatnim pięcioleciu w przypadku chłopców uczących się w gimnazjach i dziewcząt w starszej grupie respondentów.



Wykres 18/P: Rozpowszechnienie używania marihuany/haszyszu w życiu. Porównanie wyników z roku 2007, 2011 i 2015

Potwierdzenie używania w okresie ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni może - choć nie musi - oznaczać pojawienie się używania szkodliwego lub uzależnienia. Dokładniejszy obraz zagrożeń powodowanych używaniem konopi dają odpowiedzi na pytania o symptomy używania problemowego, takie jak palenie przed południem, używanie w samotności, palenie regularne (10 razy i więcej w ciągu ostatnich 30 dni), kłopoty z pamięcią, sugestie ze strony otoczenia dotyczące konieczności zaprzestania palenia, czy podejmowanie bezskutecznych prób odstawienia.

Wyniki badań wskazują, że problemy te dotyczą sporej części respondentów. 14,3% chłopców i 5,9% dziewcząt z gimnazjum oraz 10,8% chłopców i 1,1% dziewcząt z klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używających konopi w ciągu ostatniego roku potwierdziło częste palenie przed południem. Regularnie, tj. 10 i więcej razy paliło 1,9% badanych w młodszym roczniku i 3,4% w starszym. Do samotnego palenia przyznało się w młodszej grupie wiekowej 9,1% chłopców i 3% dziewcząt, a w grupie starszej - 4,9% chłopców, natomiast żadna z dziewcząt. Częstych problemów z pamięcią z powodu palenia konopi doświadczyło 7,8% chłopców i 2,9%

dziewcząt z gimnazjum oraz 7,1% chłopców i 1,7% dziewcząt ze starszego rocznika. 7,9% chłopców i 4,4% dziewcząt z gimnazjów przyznało, że często namawiano ich do ograniczenia lub zaprzestania używania konopi. Podobne sugestie ze strony otoczenia wielokrotnie słyszało również 5,4% chłopców i 0,6% dziewcząt ze starszych klas. 3,9% palących konopie gimnazjalistów i 10,3% gimnazjalistek oraz 10,5% chłopców i 1,1% dziewcząt z klas drugich szkół ponadgimnazjalnych potwierdziło, że często a zarazem bezskutecznie próbowali w ciągu ostatniego roku ograniczyć lub zaprzestać używania konopi.

Zestawienie tych danych uzasadnia postawienie hipotezy, że ok. 7% chłopców w obu grupach wiekowych, a także ponad 4% dziewcząt z grupy młodszej to osoby używające konopi w sposób problemowy.

Popularność marihuany/haszyszu rośnie mimo, że większość uczniów zdaje sobie sprawę ze szkodliwości regularnego ich używania - wskazują na to wysokie odsetki uczniów, którzy oceniają takie zachowanie jako bardzo ryzykowne: w klasach 3 gimnazjum chłopcy - 52%, dziewczęta - 74,1%, w klasach 2 szkół ponadgimnazjalnych chłopcy - 48,5%, dziewczęta - 80,4%.

Używanie przez młodzież szkolną innych "klasycznych" narkotyków należy uznać za zjawisko dużo mniej rozpowszechnione. Do używania amfetaminy kiedykolwiek w życiu przyznało się 4,6% chłopców i 3,6% dziewcząt z gimnazjów, oraz 7,4% uczniów i 5,6% uczennic ze szkół ponadgimnazjalnych, używanie tego narkotyku w ciągu ostatnich miesięcy potwierdziło 3,3% chłopców i 1,9% dziewcząt z młodszego rocznika, oraz 4,2% uczniów i 3,2% uczennic z rocznika starszego, a użycie w ciągu ostatnich 30 dni - 2,0% chłopców i 1,1% dziewcząt młodszych, a także 1,4% uczniów i 2,0% uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Jednakże częste używanie (10 lub więcej razy w ciągu ostatnich 30 dni) potwierdziło już tylko 0,7% chłopców z młodszego rocznika, oraz 0,1% dziewcząt i 0,2% chłopców z rocznika starszego. Używanie ekstazy w ciągu ostatnich 30 dni potwierdza nieco ponad 1% respondentów z obu roczników.

Na pytanie o używanie leków uspokajających dostępnych bez przepisu lekarza twierdząco odpowiedziały niewielkie odsetki uczniów: 10 lub więcej razy używało ich 1,5% chłopców i 2,4% dziewcząt z młodszego rocznika oraz 1,4% chłopców i 3,5% dziewcząt ze szkół ponadgimnazjalnych.

Nie wiadomo natomiast, jak przedstawia się rozpowszechnienie wielu używanych przez młodzież substancji, które nie mieszczą się w określeniu "*leki uspokajające*

*i nasenne wydawane bez przepisu lekarza*", wyklucza ona bowiem zarówno sporą grupę leków OTC (out of counter - bez przepisu lekarza), które nie mają działania uspokajająco - nasennego, takich jak słabo działające opioidy (dexametorfan, codeina) czy psychostymulanty (efedryna, pseudoefedryna), jak i środki uspokajające wydawane na receptę z grupy silnie uzależniających benzodiazepin czy Z-3.

Pojawiające się w przekazach medialnych spektakularne przykłady zatruc spowodowanych użyciem nowych substancji psychoaktywnych zdają się tworzyć wrażenie, że ich konsumpcja ciągle rośnie. Jednak porównania wyników badań wśród młodzieży szkolnej z lat 2011 i 2015 tego nie potwierdzają, wręcz przeciwnie, we wszystkich badanych grupach respondentów daje się zauważyć widoczny spadek. W zakresie używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy odsetek potwierżeń w grupie uczących się w gimnazjach dziewcząt zmniejszył się z 7,5% do 4,7%, a chłopców - z 9,1% do 6,3%, w starszym roczniku używanie w tym okresie obniżyło się w przypadku dziewcząt z 8,6% do 2,4%, a w przypadku chłopców z wyjątkowo wysokiego wskaźnika 16,5% zmniejszyło się do 8,5% (czyli aż o około połowę). Dane te można uznać za potwierdzenie skuteczności nasilonych działań profilaktycznych, zwłaszcza rozpowszechniania przekonywujących informacji o psychicznej i organicznej toksyczności tych substancji.

W zakresie używania narkotyków innych niż przetwory konopi, w porównaniu z okresami poprzednimi obserwujemy spadek lub stabilizację, natomiast konsumpcja marihuany/haszyszu, po spadku zarejestrowanym około roku 2007 - stale rośnie.

#### **4. Dostępność do świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji, reintegracji i ograniczania szkód zdrowotnych osób uzależnionych od narkotyków w województwie łódzkim, w latach 2011 - 2015**

W województwie łódzkim działa 13 poradni udzielających pomocy osobom z problemem używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Pięć z nich to działające w samej Łodzi, względnie pełnoofertowe ambulatoria oferujące szerokie spektrum świadczeń dla różnych grup osób uzależnionych i współuzależnionych. Pozostałe są małymi placówkami świadczącymi pomoc w Pabianicach, Wieruszowie, Tomaszowie Mazowieckim, Łasku, Piotrkowie Trybunalskim, Brzezinach, Bełchatowie oraz w strukturze wojewódzkiego szpitala w Skierniewicach,

przyjmujące łącznie ok. 300 pacjentów rocznie i mające charakter punktów konsultacyjnych, niekiedy z elementami oferty terapeutycznej. Osoby zamieszkujące inne części regionu są skazane na poszukiwanie pomocy w Łodzi lub na korzystanie z lokalnych poradni antyalkoholowych lub oddziałów szpitalnych dla osób uzależnionych od alkoholu.

Działa w regionie 8 placówek stacjonarnych (dysponujących łącznie ok. 180 miejscami), przy czym warte podkreślenia jest znaczne zróżnicowanie ich oferty:

- Ośrodek Monar w Łodzi realizuje krótkoterminowy program dla młodych dorosłych do 25 r. życia;
- jego filia w Ozorkowie oferuje podobny program dla osób niepełnoletnich;
- ośrodek Monar w Kęślinach oraz placówka fundacji Arka w Męckiej Woli pracują z osobami dorosłymi w programach terapii 10, 12 i 18-miesięcznej;
- kolejny ośrodek Stowarzyszenia Monar w Sokolnikach realizuje 1,5 roczny program rehabilitacyjny dla osób o dłuższym stażu używania narkotyków;
- ośrodek terapii uzależnień działający w strukturze Wojewódzkiego Szpitala w Bełchatowie (program 3-6 miesięczny);
- Całodobowy Ośrodek *Terapii Uzależnień* „TO TU” w Karnicach k. Poddębic dla dzieci i młodzieży od 14 roku życia realizujący program 6-miesięczny;
- w strukturze szpitala im. Babińskiego w Łodzi działa ośrodek dla osób uzależnionych od narkotyków ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi.;

Absolwenci programów terapeutycznych mogą uzyskać wsparcie postrehabilitacyjne w hostelu Stowarzyszenia Monar w Łodzi – 36 miejsc oraz w dwóch placówkach hostelowych Fundacji Arka (w Łodzi i Zgierzu) - łącznie stanowi to ofertę postrehabilitacyjną w wielkości ok. 100 miejsc.

Leczenie zespołów abstynencyjnych dla użytkowników substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (detoksykację) oferują szpitale w Bełchatowie, Warcie i Szpital im. Babińskiego w Łodzi, które realizują rocznie świadczenia dla ok. 900 osób; W Szpitalu im. Babińskiego w Łodzi działa również placówka leczenia substytucyjnego wydająca (uznawany powszechnie za anachroniczny) substytut heroiny - metadon, która obejmuje świadczeniami średnio ok. 150 osób w ciągu roku. Klinika Ostrego Zatrucia w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi świadczy dla pacjentów powyżej 14 r. pomoc medyczną w przypadku ostrego zagrażającego życiu zatrucia środkami psychoaktywnymi, a także detoksykację dla pacjentów uzależnionych od: środków pobudzających, substancji wziewnych, halucynogennych, opiatów.

Analiza potencjału leczniczego placówek wojewódzkiego pozwala stwierdzić, że w zakresie podstawowych usług potrzebnych osobom uzależnionym od narkotyków i ich rodzinom, dostępność i zróżnicowanie świadczeń są zadowalające. Brak natomiast informacji na temat jakości świadczonych usług i adekwatności oferowanych programów do potrzeb pacjentów, które w ostatnich latach szybko zmieniają się na skutek ewolucji rynku narkotykowego i sytuacji epidemiologicznej. Brakuje również ofert bardziej specjalistycznych, zwłaszcza oddziałów dziennych i oddziałów dla młodzieży, niskoprogowych programów redukcji szkód i programów out-reach, nowoczesnych programów leczenia substytucyjnego, systemowego powiązania programów leczniczych z usługami społecznymi na rzecz rodzin osób uzależnionych.

## **5. Interwencje medyczne podejmowane w związku z używaniem nowych substancji psychoaktywnych tzw. „dopalaczy” w województwie łódzkim w latach 2014-2015**

W 2008 roku otwarty został w Łodzi pierwszy w Polsce sklep z tzw. dopalaczami, czyli mało wcześniej znanymi projektowanymi substancjami psychoaktywnymi, których posiadanie, z powodu ich nieumieszczenia w aneksach do *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, nie było objęte zakazami prawnymi. Lawinowy rozwój handlu tymi związkami i wzrost liczby ich użytkowników, szczególnie nastolatków i młodych dorosłych, któremu towarzyszył wzrost liczby zatruć spowodował, że w kolejnych nowelizacjach *Ustawy* próbowano je objąć regulacjami prawnymi. Wiele substancji i roślin sprzedawanych w sklepach z „dopalaczami” zaliczono do środków odurzających grupy I-N, oraz środków psychotropowych z grup I-P, II-P, II-P, IV-P, co oznaczało, że ich posiadanie stało się nielegalne. W dniu 2 października 2010 r. Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję o zamknięciu sklepów, hurtowni oraz miejsc produkcji dopalaczy, w efekcie czego w ciągu kilku dni zamknięto 1378 punktów ich dystrybucji. Pomimo tych działań, „dopalacze” nie zniknęły z rynku substancji psychoaktywnych, a handel nimi przejęły pojawiające się co jakiś czas, ukrywające swój prawdziwy asortyment sklepy z drobiazgami, wyspecjalizowane sklepy internetowe oraz dealerzy. Metody prawno-karne okazały się nieskuteczne również z tego powodu, że na skutek konieczności stosowania długotrwałych,

wymaganych prawem procedur, delegalizacja poszczególnych substancji trwa niekiedy miesiące lub nawet lata, a i samo stwierdzenie, że jakaś znajdująca się w obrocie substancja jest już zakazana lub należy ją zakazać, jest trudne technicznie i czasochłonne. W efekcie reakcją na kolejne nowelizacje delegalizujące zidentyfikowane już substancje są gwałtowne zmiany na rynku dopalaczy: środki zdelegalizowane wyprzedaje się po obniżonych cenach i niekiedy ze zwiększoną mocą, a ich miejsce zajmują na rynku nowe, jeszcze nieobjęte zakazami.

Według informacji Głównej Inspekcji Sanitarnej w 2014 r. zarejestrowano 2513 zgłoszeń podejrzeń zatruc „dopalaczami”, natomiast do września 2015 r. ponad 5000, przy czym połowa z nich przypadła na okres lipiec-sierpień (w konsekwencji wejścia w życie kolejnej nowelizacji *Ustawy*). W 2015 r., 18 osób w wyniku zatruc „dopalaczami” zmarło.

Dopalacze to zróżnicowana grupa związków organicznych i syntetycznych naśladujących działanie większości dotychczas używanych narkotyków (stymulantów, kannabinoidów, halucynogenów i opioidów), którym w myśl ostatniej nowelizacji *Ustawy o przeciwdziałaniu Narkomanii* nadano wspólną nazwę *nowych substancji psychoaktywnych* (NSP).

W porównaniu z klasycznymi narkotykami dopalacze odznaczają się na ogół dużo większą toksycznością, i to zarówno w zakresie uszkodzeń organicznych jak i zaburzeń psychicznych, a kolejne mutacje pojawiające się na rynku w reakcji na próby ich delegalizacji, są jeszcze bardziej trujące od poprzedników. Poziom zagrożenia zwiększa ponadto ich zmienny skład (pod tą samą nazwą sprzedawane są często substancje o różnych właściwościach), brak możliwości laboratoryjnego rozpoznania użytej substancji w przypadku przedawkowania oraz brak wiedzy na temat jej właściwości farmakokinetycznych. Z tego powodu przeciwdziałanie zatruciom „dopalaczami” polega często na leczeniu wyłącznie objawowym i niestety w niektórych przypadkach okazuje się nieskuteczne.

W 2014 r. zarejestrowano w województwie łódzkim 686 przypadków podejrzeń zatruc dopalaczami (w tym ok. 2/3 zgłosił Instytut Medycyny Pracy w Łodzi), czyli 2,5 razy więcej niż w roku poprzednim. Podobnej wielkości przyrost zgłoszeń zarejestrowano w całym kraju, ale szczególną uwagę zwraca okoliczność, że liczba zgłoszeń z województwa łódzkiego stanowiła niemal 1/3 wszystkich zgłoszeń z całej Polski. Rozmiary zgłaszalności w województwie łódzkim można zobrazować porównując je z raportami przekazanymi z innych województw: poza województwem śląskim (516

zgłoszeń), w żadnym województwie nie przekroczono liczby 300, a w 7 województwach nie przekroczono poziomu 50 zatruc. W pierwszym półroczu 2015 r. liczba zgłoszeń wynosiła 663, co stanowiło 24,1% zatruc w całym kraju. Wzrost liczby zatruc w latach 2013 - 2014 i półroczu 2015 r. był uderzający: zgłoszono odpowiednio 259 - 686 - 663 (przypomnijmy, że ta ostatnia wartość dotyczy jedynie pierwszych 6 miesięcy 2015 r.), łącznie dawało to liczbę 1608 przypadków w ciągu 2,5 roku. Zgłoszenia dotyczyły przede wszystkim osób dorosłych (było ich 4-krotnie więcej, niż osób niepełnoletnich), a młodzi dorośli (19 - 29 lat) stanowili ponad połowę wszystkich zgłoszonych (351 osób). Na podstawie miejsc zgłoszeń można wskazać miasta, w których konsumpcja NSP jest najbardziej rozpowszechniona (potwierdzają to zresztą dane dotyczące liczby sklepów) - są to Łódź (418 zgłoszeń), Pabianice (57) oraz Bełchatów (48). Specyfikę zjawiska używania dopalaczy ilustrować może fakt, że w 511 przypadkach nie uzyskano nazwy użytej substancji, co prawdopodobnie w większości przypadków oznacza, że użytkownik nie wiedział, po jaką substancję sięga.

W 2015 r. liczba zgłoszeń zatruc dopalaczami osiągnęła 1559, czyli wzrosła o 127% w porównaniu z rokiem poprzednim, przy czym ponad 1/5 przypadków miała miejsce w lipcu, gdy dystrybutorzy gwałtownie wyprzedawali substancje zdelegalizowane wówczas przez kolejną nowelizację *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*. W pierwszej połowie 2016 r. liczba zatruc nadal rosła - wyniosła ona do 30 czerwca 784, co oznacza wzrost o 18% w porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego. W zbiorowości młodych użytkowników dominują młodzi dorośli, czyli osoby w wieku pomiędzy 18 a 29 rokiem życia (79,2%), za względnie pozytywny należy natomiast uznać fakt, że dzieci i młodzież (do 18 roku życia) stanowią jedynie 13,8 % wszystkich zgłoszeń.

Liczby zgłaszanych zatruc, zdecydowanie wyższe od danych z innych województw mogą tworzyć wrażenie, że konsumpcja NSP w województwie łódzkim jest zdecydowanie wyższa niż w innych regionach kraju. Nie potwierdzają tego jednak żadne badania dotyczące rozpowszechnienia i wzorów używania narkotyków. W dyskusjach poświęconych interpretacji tego zjawiska akceptację uzyskał pogląd, że przyczynę tak poważnych różnic pomiędzy danymi z województwa łódzkiego a informacjami z innych województw należy upatrywać w szczególnej rzetelności raportowania przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, z którego regularnie pochodzi 2/3 zgłoszeń.

## **6. Aktywność gmin województwa łódzkiego w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w latach 2011-2015**

W ramach realizacji *Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* gminy wykorzystują środki z pozwoleń na sprzedaż alkoholu na działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Jednostki samorządu terytorialnego zostały również zobowiązane do opracowywania i wdrożenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, a w kolejnych Krajowych Programach Przeciwdziałania Narkomanii (na lata 2006 – 2010 oraz 2011 - 2016) jednym ze spoczywających na nich zadań jest monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Przy pomocy sieci Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach, monitoring lokalny jest koordynowany na poziomie województw, a Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii organizuje monitoring na poziomie krajowym, prowadząc szkolenia i udzielając wsparcia merytorycznego.

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym umożliwia prowadzenie działań w oparciu o wyniki analiz i badań, a tym samym powinno umożliwiać lepsze zrozumienie i elastyczne reagowanie na zmieniające się potrzeby oraz bardziej efektywną alokację środków finansowych, dostarczać danych uzasadniających modyfikacje gminnych programów przeciwdziałania narkomanii oraz wniosków i rekomendacji do opracowywania programów kolejnych. Celem monitoringu lokalnego jest dostarczanie informacji z trzech obszarów: epidemiologii używania narkotyków, zinstytucjonalizowanych reakcji społecznych (profilaktyka, leczenie, postrehabilitacja), oraz lokalnych uwarunkowań społecznych, kulturowych i ekonomicznych mających wpływ na rozpowszechnienie zjawiska i zdolność odpowiedzialnych za to instytucji do efektywnego przeciwdziałania.

Monitorowanie problemu narkotykowego na poziomie lokalnym zakłada zbieranie danych i współpracę w tym zakresie z różnymi instytucjami m.in. z: placówkami leczenia uzależnień i leczenia ogólnego, Policją, ośrodkami pomocy społecznej, placówkami oświaty, organizacjami pozarządowymi, Prokuraturą, sądami i innymi urzędami. W ramach monitorowania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii rozsyła się do gmin województwa łódzkiego przygotowane przez KBPN kwestionariusze sprawozdawcze. Ankiety są wypełniane w odpowiednich



instytucjach lokalnych, a następnie przesłane poprzez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W omawianym okresie ankiety odsyłało od 157 do 167 gmin na ogólną liczbę 177 gmin w województwie łódzkim.

Na finansowanie działań przewidzianych w gminnych programach przeciwdziałania narkomanii gminy wydały w 2015 r. 8,5% wpływów z opłat koncesyjnych za sprzedaż alkoholu - to ok. 1/7 więcej niż w roku poprzednim (pozostała część tych środków jest niemal w całości przeznaczana na działania dotyczące przeciwdziałania alkoholizmowi).

W 90 gminach (ok. połowa gmin województwa) realizowano programy profilaktyki uniwersalnej na wszystkich poziomach edukacji, w 56 gminach (31% gmin województwa) realizowano programy skierowane specyficznie do rodziców. 74 gmin (42%) potwierdziło realizację ofert pozaszkolnych zajęć dla dzieci i młodzieży. Na działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej, które objęły ponad 76 tys. odbiorców, gminy wydały 67% wszystkich środków przeznaczonych na przeciwdziałanie narkomanii, jednak tylko 6% z ponad 76 tys. odbiorców objęto programami rekomendowanymi. Działania z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej prowadziło 30 gmin, tylko w 6 gminach realizowano program wczesnej interwencji profilaktyki selektywnej Fred Goes Net (program o potwierdzonej w wielu krajach Europy skuteczności, skierowany do dzieci i młodzieży po raz pierwszy ujawnionych jako użytkownicy narkotyków), a w 5 gminach realizowano programy profilaktyki selektywnej w miejscach o zwiększonym narażeniu na kontakt z narkotykami (kluby, dyskoteki, imprezy masowe).

Koszty działań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej wyniosły jedynie 7% środków przeznaczanych na realizację Gminnych Programów, a koszty szkoleń mających na celu podnoszenie kwalifikacji osób realizujących programy profilaktyczne i świadczących pomoc problemowym użytkownikom narkotyków i ich rodzinom - nieco ponad 1% całości wydatków.

Tylko w 27 gminach działają świetlice socjoterapeutyczne i ogniska wychowawcze prowadzące pracę profilaktyczno-wychowawczą, a w 55 gminach świadczono pomoc psychologiczną i prawną rodzinom, w których występuje problem narkomanii oraz problem przemocy. Brakuje w też w gminach programów kierowanych do specyficznych grup odbiorców (np. kobiet, matek z dziećmi, ofiar przemocy, sprawców przemocy). Z raportów dostarczanych przez gminy trudno wnioskować,

czy i jak realizowana jest pomoc osobom z problemem narkotykowym w ich naturalnych środowiskach, jednak pośrednio, na podstawie informacji nt. udzielania świadczeń pomocy społecznej (tylko w 26 gminach) można wnioskować, że cały obszar usług pozaterapeutycznych jest rozwinięty w niewielkim stopniu i nie zaspokaja rosnących potrzeb.

## 7. Profilaktyka

Poziom rozpowszechnienia wśród uczniów województwa łódzkiego substancji psychoaktywnych, szczególnie przetworów konopi, skłania do postawienia pytania o jakość działań profilaktycznych w szkołach. Pewnych danych w tym zakresie dostarczają wyniki badania "*Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną w województwie łódzkim w ocenie nauczycieli*", zrealizowanego w 2015 r. przez Pracownię Badawczo-Szkoleniową „PERSPEKTYWA” w Warszawie na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. Wynika z tych badań, że problem używania przez młodzież narkotyków i dopalaczy w obu typach szkół (analogicznie do badań młodzieży - czyli w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych) - jest postrzegany przez wychowawców klas jako zdecydowanie marginalny. Wśród wychowawców trzecich klas gimnazjum 24,87% stwierdziło, iż w ich klasie nie ma uczniów używających narkotyków. Co więcej, ponad połowa nauczycieli pracujących w gimnazjach (55%) i co trzeci badany w szkole gimnazjalnej uważa, że w całej ich szkole w ogóle żaden z uczniów narkotyków nie używa. Trudno się zatem dziwić, że tematyka używania przez uczniów narkotyków jest niemal nieobecna w rozmowach nauczycieli z rodzicami - 90% nauczycieli gimnazjów i 84 ponadgimnazjalnych w ogóle z rodzicami o tym nie rozmawia. Jedna czwarta badanych nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych oraz od 4 do 17% nauczycieli gimnazjów przyznało, że w ich klasie wychowawczej nie były realizowane żadne programy profilaktyczne dotyczące zachowań ryzykownych. Niepokojący jest również fakt, że spora grupa nauczycieli odczuwa w swojej pracy wychowawczej osamotnienie, brakuje im wsparcia ze strony dyrekcji, a nawet ze strony współpracowników w szkole (11% nauczycieli gimnazjów i 9% w szkołach ponadgimnazjalnych).

Na podstawie tych danych można wyrazić przypuszczenie, że w obszarze profilaktyki szkolnej utrzymuje się sytuacja zrelacjonowana w raporcie Najwyższej Izby Kontroli z 2013 r.<sup>4</sup>. W świetle tego raportu szkoły nie realizowały działań z zakresu profilaktyki i programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności, nauczyciele nie szkolili się w zakresie zagrożeń narkomanią i metodyki prowadzenia działań profilaktycznych. Pytani przez Najwyższą Izbę Kontroli o przyczyny zaniechań dyrektorzy uzasadniali to przekonaniem, że w ich szkołach narkotyki nie występują, jednakże na podstawie doświadczeń praktyków można przyjąć, że głównymi przyczynami beczynności szkół jest utrzymujący się brak kompetencji i lęk przed ujawnieniem problemów.

Z bezpośrednich kontaktów z wieloma szkołami wiadomo, że zobowiązane od roku 2002 do tworzenia i realizacji szkolnych programów profilaktycznych - radzą sobie przerzucając odpowiedzialność za realizację zadań na zewnętrzne podmioty - kupując u nich krótkie zajęcia profilaktyczne, realizowane w oderwaniu od realiów środowiska szkolnego i pozostające na ogół bez wpływu na jego funkcjonowanie. Brak danych, w jakim stopniu szkoły realizując tego rodzaju formy profilaktyczne sięgają po programy o potwierdzonej skuteczności (rekomendowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii), co powinno być przestrzegany powszechnie standardem działań profilaktycznych.

Nauczyciele, nie mając dostatecznego przygotowania do radzenia sobie z problemami wychowawczymi, koncentrują się przede wszystkim na dydaktyce uczniów tzw. „normalnych”, nie potrafią indywidualizować nauczania i wychowania w stosunku do uczniów zagrożonych uzależnieniem i innymi problemami, nie posiadają specjalistycznej wiedzy i umiejętności, nie potrafią adekwatnie zdiagnozować problemów wychowanków, kształtować z nimi w efektywnego kontaktu, tworzyć w klasach sprzyjające rozwojowi społecznemu i konstruktywnie oddziałujące środowisko.

Brak jest danych dotyczących działań profilaktycznych funkcjonujących na terenie województwa łódzkiego placówkach pracy z dziećmi i młodzieżą o szczególnej sytuacji: w Domach Dziecka, Młodzieżowych Ośrodkach Socjoterapii i Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych. Z badań przeprowadzonych w 2014 r.

---

<sup>4</sup>Profilaktyka narkomanii w szkołach. Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Wrzesień 2013 r., <http://www.nik.gov.pl/plik/id,5334,vp,6917.pdf>

przez pedagogów Uniwersytetu Łódzkiego wynika, że w części tych placówek przeważają nadal autorytarne i restrykcyjne metody pracy o patogennym charakterze, co z punktu widzenia podstawowych zasad nowoczesnej pracy wychowawczej i profilaktycznej przesądza o przeciwności ich oddziaływań<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> M. Granosik, A. Gulczyńska, R. Szczepanik, *Klimat społeczny instytucji wychowawczych i jego uwarunkowania. Perspektywa pracowników i wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i socjoterapii (MOS)* (w:) W: J. Kowalska, [Zapobieganie wykluczeniu z systemu edukacji dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Perspektywa pedagogiczna](#), WUL 2014, s 13-73).

### III. WNIOSKI

1. Zgłaszalność do leczenia w placówkach województwa łódzkiego w ciągu ostatnich lat wyraźnie wzrasta, co może być spowodowane zarówno używaniem substancji powodujących szybsze i bardziej spektakularne zmiany w funkcjonowaniu użytkowników, jak i upowszechnieniem wiedzy o możliwości podejmowania leczenia i rozwojem oferty leczniczej.

2. W zakresie używania narkotyków innych niż przetwory konopi obserwujemy w porównaniu z okresami poprzednimi spadek lub stabilizację. Spadek dotyczy w największym stopniu silnie działających opiatów (zwłaszcza "kompotu", niezwykle szkodliwej organicznie heroiny uzyskiwanej w warunkach domowych), czemu towarzyszy niemal całkowity odwrót od przyjmowania narkotyków drogą iniekcji. Konsekwencją tego jest stabilna liczba osób uzależnionych od opiatów oraz równie stabilny trend zakażeń z powodu wirusa HIV oraz zgonów. Zanik uzależnień od opiatów powoduje również, że traci na znaczeniu niewielki potencjał leczniczy krajowych ośrodków terapii substytucyjnej (Polska zajmuje w tym zakresie jedno z ostatnich miejsc w Europie).

3. Konsumpcja popularnych na zachodzie narkotyków: heroiny do palenia (*brown sugar*) i kokainy stabilizuje się w województwie łódzkim na poziomie nieco niższym niż krajowy i wyraźnie niższym od średniej europejskiej. Nie bez znaczenia może być fakt, że są to narkotyki bardzo drogie, i zarazem szybko uzależniające, co skazuje ich użytkowników na ponoszenie znacznych kosztów. Wydaje się, że względnie niski poziom materialny i niewielki odsetek wśród mieszkańców województwa osób zamożnych może być jedną z przyczyn preferowania narkotyków zdecydowanie tańszych.

4. Szczególnie zauważalnym zjawiskiem jest wzrastająca popularność pochodnych konopi wśród młodzieży i młodych dorosłych i zmiana postaw wobec tego narkotyku. Zjawisko to można interpretować na kilka sposobów. Marihuana i haszysz stały się przedmiotem angażującej emocjonalnie debaty publicznej, w której przeważały poglądy liberalne, silnie popularyzowane również w innych krajach Europy i Stanów Zjednoczonych. Będące tego konsekwencją zmiany postaw społecznych mogą

z jednej strony sprzyjać używaniu marihuany, z drugiej natomiast strony zachęcać do raportowania o tym w badaniach ankietowych. Wzrost używania marihuany, przy zauważalnym spadku zainteresowania klasycznymi narkotykami, zwłaszcza opioidami, może też być konsekwencją względnego zablokowania dostępu do dopalaczy. Po okresie fascynacji NSP, co było spowodowane wieloma czynnikami (legalność, efekt nowości, krótki na ogół czas widocznego odurzenia, brak wiedzy o ich toksyczności), nastąpiło gwałtowne zahamowanie popytu na NSP przez zamknięcie sklepów i rozpowszechnienie wiedzy o szkodach organicznych i psychicznych powodowanych ich używaniem, czego konsekwencją mogło być skierowanie popytu właśnie na przetwory konopi, coraz powszechniej uznawane za substancje dużo bezpieczniejsze zarówno od narkotyków i dopalaczy, jak i od alkoholu.

Większość problemowych użytkowników przetworów konopi (w Polsce według ostatnich szacunków to grupa 61 000 - 110 000 osób) pozostaje poza systemem leczenia. Wprawdzie nie wszyscy z nich wymagają podejmowania oddziaływań leczniczych, to w wielu przypadkach interwencje z zakresu profilaktyki wskazującej byłyby pożądane. W województwie łódzkim dotyczy to przede wszystkim młodzieży szkolnej i młodych dorosłych. Objęcie tych grup efektywnymi, nowoczesnymi oddziaływaniami profilaktycznymi i leczniczymi stanowi poważne wyzwanie.

5. Wyniki badań nie potwierdzają przypuszczeń o bardzo poważnym wzroście używania przez mieszkańców województwa "dopalaczy", które to przypuszczenia wynikały z rzetelnego - w porównaniu z innymi województwami - raportowania zatruć. Konsumpcja NSP w populacji generalnej mieszkańców województwa łódzkiego kształtuje się na poziomie nieco niższym od krajowego, w zakresie używania NSP przez młodzież szkolną notujemy nawet wyraźny spadek, co można uznać za potwierdzenie skuteczności oddziaływań profilaktycznych, silnie zorientowanych w ostatnich latach na przeciwdziałanie właśnie dopalaczom. Uzasadnione jest przypuszczenie, że popularność NSP odwróciła widoczny do roku 2007 trend polegający na spadku zapotrzebowania na leczenie stacjonarne (odpowiednie przede wszystkim dla osób uzależnionych od narkotyków coraz rzadziej używanych, jak opiaty czy amfetamina). Zauważalny w skali kraju, zwłaszcza w ciągu ostatnich trzech lat, wzrost liczby zgłoszeń do ośrodków stacjonarnych (kolejki oczekujących przekraczały w latach 2013-2015 w niektórych ośrodkach 6 miesięcy) można

przypisać właśnie wzrostowi liczby poważnych problemów wynikających z uzależnienia od NSP. Brak odpowiednich narzędzi uniemożliwia potwierdzenie tego przypuszczenia w placówkach województwa łódzkiego niestosujących systemu TDI. Na podstawie danych z używających TDI placówek Stowarzyszenia Monar można stwierdzić, że ok. połowa pacjentów zaliczanych dotychczas do rozpoznania F19.2 (*uzależnienie od substancji innych lub mieszanych*), to użytkownicy "*dopalaczy o działaniu stymulującym*", co oznacza, że ok. 35% wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia stacjonarnego to obecnie osoby używające głównie NSP.

6. Zmiany wzorów używania substancji psychoaktywnych powodują, że coraz więcej osób używa jednocześnie lub naprzemiennie wielu substancji psychoaktywnych wedle rozmaitych wzorów.

Użytkownicy narkotyków nie stanowią już, jak to miało miejsce w okresach dominacji opiatów czy amfetaminy, jednorodnej grupy, funkcjonują w wielu różnorodnych sytuacjach społecznych i mają daleko bardziej zróżnicowane potrzeby i możliwości. Najczęściej osoby te nie są uzależnione fizjologicznie i utrzymują się w rolach społecznych - a w konsekwencji nie potrzebują leczenia stacjonarnego, lecz wyspecjalizowanych, nowoczesnych programów ambulatoryjnych. W przypadku dużej części użytkowników biologiczne podłoże uzależnienia nie odgrywa wielkiej roli, a podstawowy charakter mają zróżnicowane problemy intrapsychiczne i interpersonalne.

Używanie narkotyków należy w wielu przypadkach uznać za aspekt stylu życia ukształtowanego w efekcie destrukcyjnych mechanizmów adaptacyjnych. (Wyjątkiem są tu osoby używające problemowo NSP, które często wymagają złożonych oddziaływań w tym łączenia terapii stacjonarnej z farmakoterapią, natomiast z powodu zaburzeń psychotycznych często zgłaszają się po krótszym okresie używania, co najczęściej wiąże się z mniejszymi stratami życiowymi).

7. Istotnym elementem diagnozy powinno być społeczno-ekonomiczne tło sytuacji województwa w zakresie zagrożenia uzależnieniami. Używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież dotyczy szczególnie osób pochodzących ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym, które są w regionie (zwłaszcza w samej Łodzi) szczególnie liczne. Badania prowadzone w Instytucie Socjologii UŁ

w ramach projektu WZLOT (raport z 2010 r.)<sup>6</sup> jednoznacznie wskazują na szczególne nasilenie zjawiska juvenilizacji wykluczenia społecznego i biedy w regionie – biednych, zagrożonych wykluczeniem dzieci i młodzieży było wówczas ponad 2,62 razy więcej niż biednych dorosłych. Badania zidentyfikowały wiele enklaw dziecięcej biedy, gdzie dochodzi do jej utrwalenia z pokolenia na pokolenie.

Uczniowie z zagrożonych środowisk czują się niepewnie wśród rówieśników, są bierni, nastawieni na unikanie porażek, ukrywają zaległości szkolne i nie nadrabiają ich, stąd mają niewielkie szanse na rozpoznanie i rozwój osobistych potencjałów. Brak wsparcia w niewydolnych wychowawczo rodzinach i unikających często pracy wychowawczej szkołach powoduje, że uczą się oni zaspokajać swoje potrzeby emocjonalne w patologicznych grupach rówieśniczych, m.in. przez zachowania ryzykowne. W konsekwencji nie kontynuują edukacji na wyższych poziomach, co uniemożliwia im wydobyć się z obszaru wykluczenia.

W badaniach WZLOT zdiagnozowano bariery szczególnie ograniczające prawidłowe funkcjonowanie dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- zaniedbania edukacyjne i kończenie edukacji na poziomie elementarnym;
- brak kompetencji społecznych umożliwiających efektywne funkcjonowanie;
- brak zasobów ekonomicznych i zaplecza kulturowego;
- stygmatyzacja utrudniająca wchodzenie w nowe, bardziej konstruktywne i wspierające środowiska. Sytuacja psychospołeczna większości uczniów z tych środowisk odpowiada profilowi osoby zagrożonej uzależnieniem od środków psychoaktywnych i innymi zaburzeniami psychicznymi. Najistotniejsze cechy tego profilu to<sup>7</sup>:

- brak zrozumienia i wsparcia w rodzinie;
- anomia, zanik lub rozchwianie świata wartości;
- samotność - trudności w utrzymywaniu wartościowych więzi interpersonalnych, okazywaniu uczuć, brak poczucia przynależności do społeczeństwa,
- poczucie niskiej wartości, bezsilności, braku wpływu na swoje życie,
- brak konstruktywnych zainteresowań i celów życiowych,

---

<sup>6</sup>W. Warzywoda-Kruszyńska, A. Golczyńska-Grondas, *Wzmocnić szanse i osłabić transmisję biedy wśród mieszkańców miast województwa łódzkiego - WZLOT. Raport końcowy + rekomendacje*, Wydawnictwo BIBLIOTEKA, Łódź 2010.

<sup>7</sup>J. Sierosławski, *Analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów*, Instytut psychiatrii i neurologii, Warszawa 2007, [www.narkomania.gov.pl/portal?id=15&res\\_id=537049](http://www.narkomania.gov.pl/portal?id=15&res_id=537049)



- brak umiejętności samoorganizacji i współpracy na płaszczyźnie życia społecznego.

8. Trudna sytuacja społeczna, narażonej na uzależnienia, grupy wiekowej "młodych dorosłych", mających problemy z odnalezieniem się na rynku pracy i doświadczających innych trudności z wchodzeniem w dorosłe życie i realizowaniem związanych z tym ról społecznych. Kategoria tzw. NEET (*not in employment, education or training*), osób w wieku 15–24 lata pozostających poza edukacją, poza pracą i poza szkoleniami przygotowującymi do zawodu obejmowała w roku 2011 w całym kraju 590 tysięcy młodych ludzi. Osoby z tej grupy wiekowej stanowiły w 2015 r. 25% zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego i 37% poszukujących pomocy w ośrodkach stacjonarnych Stowarzyszenia Monar.

Istotną cechą wielu osób uzależnionych w starszych grupach wiekowych jest trudna sytuacja społeczna wynikająca z destrukcyjnych zmian biograficznych - bezrobocia, długów, zniszczenia życia rodzinnego, braku stałego miejsca zamieszkania, niskiego wykształcenia i braku funkcjonalnych umiejętności warunkujących radzenie sobie w coraz trudniejszym życiu społecznym. Owo zjawisko kumulowania się ryzyk socjalnych powoduje, że niezwykle istotna staje się dostępność do efektywnych, opartych na współpracy międzyinstytucjonalnej programów reintegracji społecznej. Brak takich programów wspomagających skuteczne procesy terapii uważa się za czynnik niwelujący pozytywne efekty leczenia.

9. Ofertę leczniczą skierowaną do osób z problemem narkotykowym w województwie łódzkim należy w wielu aspektach uznać za względnie szeroką. Placówki lecznictwa stacjonarnego są programowo różne ze względu na wiek przyjmowanych pacjentów, długość programów i stosowanej metody terapii, co jest szczególnie istotne z uwagi na coraz bardziej różnicujące się potrzeby pacjentów. Brakuje natomiast ofert specjalistycznych leczenia stacjonarnego dla osób ze szczególnymi problemami (np. poważnie chorych, czy samotnych rodziców z dziećmi), oddziałów dziennych leczenia uzależnień zwłaszcza dla młodzieży, programów redukcji szkód i programów out-reach. Brak, coraz bardziej potrzebnych w obliczu zróżnicowanych potrzeb pacjentów, rozwiązań instytucjonalnych lub przykładów dobrych praktyk w zakresie integrowania z leczeniem pozaterapeutycznych form oddziaływań,

zwłaszcza łączenia terapii ambulatoryjnej i/lub stacjonarnej z pracą socjalną i asystenturą rodzinną w środowisku naturalnym pacjenta.

10. Gminy województwa łódzkiego w działaniach związanych z przeciwdziałaniem narkomanii nadmiernie koncentrują się na zadaniach z zakresu profilaktyki uniwersalnej, przy czym większość realizowanych w tym zakresie programów to propozycje o nieznannej jakości, nieposiadające odpowiednich rekomendacji. W minimalnym stopniu realizowane są programy profilaktyki uniwersalnej o potwierdzonej skuteczności, zwłaszcza takie, które zakładają rozwój umiejętności wychowawczych nauczycieli i samodzielną realizację przez nich oddziaływań profilaktycznych wobec uczniów, którymi zajmują się na co dzień jako ich wychowawcy.

Brakuje działań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej, zwłaszcza programów wczesnej interwencji profilaktycznej oraz oddziaływań typu out-reach (kluby, dyskoteki, imprezy masowe), programów pomocowych w naturalnych środowiskach osób używających narkotyków, świetlic socjoterapeutycznych i ognisk wychowawczych, programów kierowanych do specyficznych grup odbiorców (np. kobiet, matek z dziećmi, ofiar przemocy, sprawców przemocy), programów podnoszących kwalifikacje pomagających im pracownikom i ich rodzinom.

11. Szkoły, które są dla oddziaływań w zakresie przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym naturalnymi środowiskami, nie prowadzą efektywnej pracy profilaktycznej, nauczyciele często nie mają odpowiedniego przygotowania do prowadzenia pracy wychowawczej z uczniami i z powodu wielu trudności systemowych lub osobistych nie współpracują z rodzicami uczniów. Na podstawie danych z wielu gmin można też wyciągnąć wniosek, że w lokalnych (gminnych) programach profilaktyki brakuje hierarchizacji celów, co powoduje, że jednostki samorządu terytorialnego realizują działania przypadkowo dobrane, bez względu na istniejące potrzeby i aktualną sytuację epidemiologiczną.

## **IV. REALIZACJA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2017 – 2020**

### **Cel strategiczny**

Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

### **Cel główny**

Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.

### **Cel operacyjny 1**

#### **Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych**

Działania informacyjne i edukacyjne

##### 1.1 Edukacja zdrowotna

1.1.1. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia.

1.1.2. Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji

psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie.

## **Cel operacyjny 2**

### **Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii.**

2.1. Prowadzenie doskonalenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą dotyczącego wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, NSP oraz umiejętności i podejmowania interwencji profilaktycznej.

2.2. Szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych.

2.3. Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego.

## **Cel operacyjny 3**

### **Profilaktyka**

**profilaktyka uniwersalna** – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na całą populację, to jest działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających

rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój; działania uniwersalne są realizowane np. w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym; przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi;

**profilaktyka selektywna** – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, to jest działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego; działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do danej grupy; profilaktyka selektywna jest działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym;

**profilaktyka wskazująca** – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub NSP bądź problemów wynikających z uzależnień behawioralnych, ale jeszcze niespełniające kryteriów diagnostycznych uzależnienia, a także wskazujące na symptomy innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych. Przykładem profilaktyki wskazującej są interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami; niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem tych substancji);

### 3.1. Profilaktyka uniwersalna

3.1.1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, osób dorosłych, w tym

programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

3.1.2. Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

### 3.2. Profilaktyka selektywna

3.2.1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby).

3.2.2. Poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny.

### 3.3. Profilaktyka wskazująca

3.3.1. Poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów profilaktyki wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w

ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

3.4. Ewaluacja zadań oraz aktualizacja i upowszechnianie standardów profilaktyki, w tym upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii.

## **Cel operacyjny 4**

### **Redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja społeczna.**

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

4.1.1. Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi – HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwionośnych (HIV, HBV i HCV).

4.1.2. Rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.

4.1.3. Rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.

4.1.4. Wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.

4.1.5. Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia.

## **Cel operacyjny 5**

**Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych.**

5.1. Realizacja badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD, „Młodzież”), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA.

5.2. Analiza danych na temat aktywności jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i NSP.

5.3. Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych.



## V. REKOMENDACJE

1. Rozwijanie systemu mającego na celu regularne gromadzenie danych z terenu województwa, opracowywanie aktualnych diagnoz problemów związanych z używaniem narkotyków oraz monitorowanie realizacji programów przeciwdziałania narkomanii.

2. Zapewnienie problemowym użytkownikom narkotyków dostępności do pełnego zakresu świadczeń profilaktycznych i leczniczych, odpowiednich dla ich zróżnicowanych potrzeb. Warto przy tym wziąć pod uwagę, że zmiany epidemiologiczne powodują konieczność rezygnacji w leczeniu uzależnień z podejścia izolacyjnego, opierającego się na przekonaniu, że z powodu silnych destrukcyjnych czynników środowiskowych, pacjentów należy leczyć przede wszystkim jak najdalej od ich naturalnych środowisk. W obliczu zadowalającego stanu oferty podstawowej lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego, szczególny nacisk należy położyć w tym obszarze na:

- wspieranie rozwoju specjalistycznych programów leczenia stacjonarnego odpowiadających na specyficzne potrzeby pacjentów: dla osób z tzw. podwójną diagnozą (czyli ze współwystępowaniem zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowości), dla pacjentów z poważnymi schorzeniami organicznymi, dla uzależnionych rodziców i kobiet, ofiar przemocy;
- w przypadku braku na terenie województwa określonego typu programów - umożliwienie dostępu do nich przez tworzenie systemu kierowania pacjentów do placówek istniejących na terenie całego kraju;
- tworzenie warunków instytucjonalnych i wspieranie programów umożliwiających stosowanie wobec pacjentów kompleksowych oddziaływań polegających na łączeniu terapii ambulatoryjnej, stacjonarnej i postrehabilitacji - z działaniami na rzecz reintegracji społecznej osób kończących terapię, oraz z usługami socjalnymi i terapeutycznymi na rzecz rodzin pacjentów (praca socjalna, asystentura rodzinna);
- wspieranie nowoczesnych programów terapii ambulatoryjnej dla osób, które ze względu na swoją sytuację socio-ekonomiczną i poziom uzależnienia nie wymagają leczenia stacjonarnego, ze szczególnym uwzględnieniem programów elastycznych, umożliwiających pacjentowi samodzielny wybór między dążeniem do abstynencji czy

też do ograniczania używania narkotyków (np. ambulatoryjny program CANDIS dla problemowych użytkowników przetworów konopi).

3. Inicjowanie i wspieranie rozwoju programów dziennych dla osób uzależnionych lub używających szkodliwie - zarówno dla dzieci i młodzieży, jak i dla osób dorosłych. Z powodu ewolucji wzorów używania substancji psychoaktywnych, oddziały dzienne są obecnie najbardziej potrzebną i skuteczną formą pomocy w odniesieniu do wielu użytkowników, dla których przestaje być adekwatna długoterminowa terapia stacjonarna, a z drugiej strony pomoc ambulatoryjna, ze względu na destrukcyjne oddziaływanie środowisk rówieśniczych i dysfunkcje systemów rodzinnych – okazuje się niewystarczająca. Formuła oddziału pobytu dziennego umożliwia połączenie intensywności oddziaływań opartych na metodzie społeczności terapeutycznej z kontynuacją nauki, pracy oraz rozwojem umiejętności interpersonalnych i społecznych w środowisku naturalnym.

4. Zapewnienie osobom uzależnionym od opiatów kwalifikujących się do terapii substytucyjnej dostępu do nowoczesnych programów leczenia. Programy takie powinny być realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych leków substytucyjnych (np. suboxone) umożliwiających ochronę przed dolegliwościami reakcji abstynencyjnej bez odurzenia, eliminujących "dobieranie" i niepowodujących organicznych problemów zdrowotnych. W zależności od zmian sytuacji prawnej programy te powinny umożliwiać optymalne korzystanie z nich przez osoby zamieszkujące różne regiony województwa bez zaburzenia ich naturalnego trybu życia (np. przez konieczność regularnego dojeżdżania do placówki), oraz udostępniać pacjentom wszelkie inne formy pomocy (takie jak psychoterapia ambulatoryjna, leczenie stacjonarne, programy redukcji szkód) zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami i możliwościami.

5. Wspieranie rozwoju niskoprogowych programów z zakresu ograniczania szkód dla czynnych użytkowników narkotyków, świadczących pomoc zgodnie z ich gotowością do przyjmowania konkretnych form wsparcia. W zależności od aktualnej diagnozy potrzeb powinny to być w odpowiednich proporcjach programy typu street-working, party-working, noclegownie, punkty wymiany igieł i strzykawek, pokoje iniekcyjne. Programy te powinny zapewniać szeroką gamę usług bazując na współpracy

międzyinstytucjonalnej (praca socjalna, asystentura rodzinna, usługi medyczne, policja, prokuratura, probacja).

6. Inicjowanie i wspieranie rozwoju ofert i placówek w obszarze szeroko pojmowanej pozaszkolnej pracy wychowawczej z dziećmi i młodzieżą - np. w klubach i świetlicach, oraz w Domach Dziecka, Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych i Młodzieżowych Ośrodkach Socjoterapii. MOSy i MOWy powinny zostać poddane reformie w celu zapewnienie realizacji w nich nowoczesnych programów pracy wychowawczej i profilaktycznej w oparciu o metodę społeczności terapeutycznej i kompetentną, zaangażowaną kadre.

7. Organizacja wsparcia dla szkół w realizacji *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii*. Istotą *Rozporządzenia* jest odejście od nieefektywnego i nierzadko mało wiarygodnego informowania o zagrożeniach na rzecz kształtowania w szkołach i innych placówkach całościowo oddziałyującego środowiska profilaktycznego. Dlatego szczególnie istotne jest prowadzenie w szkołach i innych placówkach nasilonych oddziaływań mających na celu:

- rozwój wiedzy dyrektorów i nauczycieli o aktualnym obrazie sceny narkotykowej w środowiskach młodzieżowych,
- rozwój wychowawczych i profilaktycznych aspektów środowiska szkolnego przez położenie nacisku na profilaktykę odwołującą się do angażujących emocjonalnie wartości i atrakcyjnych zainteresowań, przez wprowadzanie zmian w relacjach między nauczycielami a uczniami, identyfikacji uczniów ze szkołą i ich upodmiotowienie w społeczności szkolnej, rozwój współpracy zespołowej w radach pedagogicznych,
- korzystanie z nowoczesnych programów profilaktycznych o dowiedzionej efektywności, rekomendowanych przez KBPN, PARPA, ORE oraz ze współpracy ze środowiskiem terapeutów,
- naukę współpracy z rodzinami uczniów,

- wspieranie szkół przez szkolenia i superwizje dla nauczycieli-wychowawców dotyczące problemów pojawiających się w pracy wychowawczej z klasami, pracy indywidualnej z uczniami i z ich rodzicami,
- stałą współpracą między szkołą a specjalistycznymi placówkami działającymi w zakresie profilaktyki i wczesnej interwencji,
- opracowanie i wdrażanie w szkołach programów wczesnej interwencji profilaktycznej realizowanych przez interdyscyplinarne zespoły problemowe składające się ze współpracującymi ze szkołami specjalistów z dziedziny innych usług społecznych.

8. W związku z rosnącą popularnością przetworów konopi, należy położyć szczególny nacisk na realizację programów mających na celu realistyczne informowanie o zagrożeniach wynikających z używania tych substancji.

Warto wziąć również pod uwagę, że redukcyjne, "silosowe" ujmowanie zadań profilaktycznych polegające na dzieleniu je na profilaktykę dotyczącą używania narkotyków, picia alkoholu, uzależnień behawioralnych, przemocy rówieśniczej itd. - utrudnia całościowe, efektywne wspieranie szkół w działaniach wychowawczych. Zdecydowanie bardziej instruktywne wydaje się uznanie, że większość sztywnych wzorów zachowań ryzykownych uczniów wynika z tego samego obszaru problemów dostosowawczych charakterystycznych dla okresu dorastania, i - co za tym idzie - całościowe ujmowanie zadań wychowawczych i profilaktycznych, przed jakimi stają placówki edukacyjne.

9. Współdziałanie policji, prokuratury, probacji, pracy socjalnej i ośrodków terapeutycznych wobec użytkowników narkotyków - zmierzające do powołania zespołów interdyscyplinarnych dla osób używających szkodliwie substancji psychoaktywnych i uzależnionych, których działania wyprzedzałyby zastosowanie środków karnych wobec użytkowników substancji psychoaktywnych wchodzących w konflikt z przepisami karnymi *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*.

10. Prowadzenie profesjonalnego wsparcia przez zapewnienie możliwości korzystania z superwizji realizatorom programów przeciwdziałania narkomanii pracownikom poradni i punktów konsultacyjnych na terenie województwa,

nauczycielom, wychowawcom placówek (MOS i MOW, DD), asystentom rodzinnym, uczestników prac zespołów interdyscyplinarnych.