

**WOJEWÓDZKI PROGRAM
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA LATA 2016-2017**

OPOLE, GRUDZIEŃ 2015 ROK

Spis treści:

1. Wprowadzenie	3
2. Diagnoza (sytuacja epidemiologiczna i monitorowanie) narkomanii w województwie opolskim.	4
2.1. Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży województwa opolskiego.....	4
2.2. Stan profilaktyki w województwie opolskim.....	7
2.3. Trendy epidemiologiczne wg. danych z leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego.	8
2.4. Przestępczość narkotykowa w województwie opolskim	13
2. Cel główny programu	15
3. Obszary realizacji programu	15
3.1. Profilaktyka	15
3.2. Rehabilitacja, leczenie, społeczna reintegracja i ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych	18
3.3. Badania i monitoring	20
4. Współpracujący partnerzy Samorządu Województwa w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	22
5. Organizacja i finanse	22

1. Wprowadzenie

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2016-2017 opracowany jest w oparciu o:

- Ustawę z dnia 29 lipca 2005r. o Przeciwdziałaniu Narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.),
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 – 2016,
- Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2012 – 2016,
- Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. po z. 1356 z późn. zm.),
- Ustawę o pomocy społecznej z 12 marca 2004 (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593, z późn. zm.),
- Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. nr 231, poz. 1375),
- Ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 1998 Nr 91 poz. 576, z późn. zm.).

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Opolskiego na lata 2016 – 2017 wynika z ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.). Podstawę prawną opracowania Programu stanowi art. 9 ust. 1 ww. ustawy, zgodnie z którym organ wykonawczy samorządu województwa opracowuje projekt Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, uwzględniając kierunki i rodzaje działań określone w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii oraz zadania ujęte w art. 2 ust. 1 pkt. 1 - 3 ustawy tj.:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą,
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych,
- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych.

Zadania o których mowa ust. 1 pkt. 1 – 3 są finansowane ze środków własnych, podmiotów wykonujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, środków przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych oraz środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

W myśl zapisów art. 9 ust. 3 przywołanej ustawy organ wykonawczy samorządu województwa odpowiada za przygotowanie projektu Wojewódzkiego Programu i jego realizację oraz koordynację, udziela pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania objęte Wojewódzkim Programem, współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Program przeciwdziałania narkomanii w województwie opolskim na lata 2016-2017 został przygotowany w oparciu o dotychczasowe doświadczenia w realizacji poprzednich Programów Wojewódzkich. Program został napisany na podstawie przeprowadzonej diagnozy, analizy dostępnych danych oraz o zadania wskazane w krajowych i międzynarodowych programach dot. przeciwdziałania narkomanii.

Najskuteczniej problemy społeczne są rozwiązywane na szczeblu lokalnym. Lokalnie działające instytucje, osoby czy organizacje pozarządowe są w stanie trafnie określić charakter problemu, jego skalę oraz podjąć adekwatne środki zaradcze. Istotnym argumentem na rzecz rozwiązywania problemów narkomanii na szczeblu wojewódzkim i lokalnym jest możliwość budowania koalicji instytucji, osób i organizacji współpracujących w przygotowaniu lokalnej strategii i biorącej odpowiedzialność za jej realizację.

2. Diagnoza (sytuacja epidemiologiczna i monitorowanie) narkomanii w województwie opolskim.

2.1. Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży województwa opolskiego

W maju i czerwcu 2011 r. w ramach międzynarodowego projektu ESPAD (Europejski Program Badań Ankiетowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków) Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zrealizowano audytoryjne badania ankiетowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) Województwa Opolskiego. Badania ESPAD podjęto w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy. Na poziomie europejskim badania koordynowane są przez szwedzki ośrodek badań nad alkoholem i narkotykami CAN ze Sztokholmu. Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży. ESPAD jest pierwszym ogólnopolskim badaniem spełniającym warunki międzynarodowej porównywalności i jednocześnie podjętym z intencją śledzenia trendu w zakresie używania substancji przez młodzież szkolną. Badanie ESPAD zrealizowano w Polsce już pięciokrotnie: w 1995 r. w 1999 r., 2003 r., 2007 r. oraz w 2011r. Wspierane jest ono przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była jednak również próba identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono zatem takie kwestie, jak dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym jak psychologicznym, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem. Wszystkie te kwestie zostały poddane

pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dla młodzieży Województwa Opolskiego i porównania z wynikami badań ESPAD dla całego kraju. Poniżej przytoczone zostaną wstępne wyniki badań ESPAD z 2015r. oraz wyniki z raportu z 2011r., dotyczące używania narkotyków na terenie województwo opolskiego.

Z aktualnych badań wynika, że nadal najpopularniejszym środkiem psychoaktywnym używanym przez młodzież poza alkoholem i tytoniem są przetwory konopi. Aż 47,4% młodzieży ponadgimnazjalnej używała marihuany chociaż raz w życiu (w 2011 - 40,2%); około 34,8% w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (w 2011 – 32,3%), a w czasie ostatnich 30 dni 18,5% (w 2011 – 17,1%). W przypadku młodzieży gimnazjalnej kiedykolwiek w życiu używało jej 20% (w 2011 – 29,7%); w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 16,7% (w 2011 – 24,7%); w czasie ostatnich 30 dni 8,4% (w 2011 – 12,6%). Porównanie wyników badania ESPAD zrealizowanego w maju-czerwcu 2015r. z wynikami analogicznego badania z 2011r. sugeruje spadek rozpowszechnienia używania przetworów konopi wśród gimnazjalistów oraz wzrost w starszej kohorcie.

Tabela nr 1. Używanie marihuany lub haszyszu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną w latach 2011 i 2015.

używanie marihuany lub haszyszu	młodzież gimnazjalna 2011	młodzież gimnazjalna 2015	młodzież ponadgimnazjalna 2011	młodzież ponadgimnazjalna 2015
kiedykolwiek w życiu	29,7	20,0	40,2	47,4
12 miesięcy przed badaniem	24,7	16,7	32,3	34,8
30 dni przed badaniem	12,6	8,4	17,1	18,5

źródło: badanie „Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015 przeprowadzone na zlecenie Województwa Opolskiego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (umowa nr6/2015 z dnia 12.04.2015r.)

Ocena dostępności do przetworów konopi przez młodzież ponadgimnazjalną uważana jest za łatwą lub bardzo łatwą dla 59,7% (w 2011 - 51,9%). W grupie młodzieży gimnazjalnej postrzegana łatwa dostępność substancji wynosi 39,3% (w 2011 – 48,1%).

W ciągu ostatnich kilku lat dużo problemów zaczęły sprawiać nowe substancje psychoaktywne, w Polsce od 2008 nazywane „dopalaczami”. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii określa je jako środek zastępczy i definiuje: „Substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych”.

Polska jako praktycznie pierwszy kraj Unii Europejskiej zaczęła w sposób systemowy zajmować się problematyką nowych „dopalaczy”, czego wyrazem była m.in. waga, jaką

zaczęto przywiązywać do objęcia powyższego zjawiska aktywnym monitoringiem i badaniami.

W sondażu Eurobarometru z 2014 r. przeprowadzonym telefonicznie na 13 128 respondentach, do zażycia „dopalacza” choć raz przyznało się 8 proc. mieszkańców UE w wieku 15-24 lat. Polska z 9 proc. jest nieco powyżej przeciętnej. W zestawieniu za Irlandczykami (22%), Hiszpanami i Słoweńcami (po 13%) są Francuzi (12 proc.) i Brytyjczycy (10 proc.). Z problemem borykają się też w Norwegii, Rosji czy USA.

Z raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego za lata 2013-2014 na temat walki z dopalaczami wynika m.in., że w 2014 r. zarejestrowano ponad 2,5 tys. zgłoszeń podejrzeń zatruciu dopalaczami. Oznacza to dwu-, trzykrotny wzrost liczby interwencji medycznych w takich przypadkach w stosunku do 2013 r.

W województwie opolskim (wg badań ankietowych ESPAD 2015) niemal wszyscy badani słyszeli o „dopalaczach” (wśród uczniów trzecich klas gimnazjów – 93,4%, wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych – 92,9%). Jednak tylko 14% uczniów ze szkoły ponadgimnazjalnej próbowało dopalaczy kiedykolwiek w życiu. Wśród uczniów ankietowanej grupy młodszej do używania dopalaczy kiedykolwiek w życiu przyznało się 7,5%. Odsetki uczniów sięgających po dopalacze są w obu kohortach niższe, niż odsetki używających marihuany lub haszyszu. W przypadku dopalaczy obserwujemy spadek odsetka użytkowników zarówno wśród uczniów trzecich klas gimnazjów, jak i wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. W tej pierwszej grupie odsetek używających dopalaczy chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem spadł z 8,8% w 2011 r. do 5,6% w 2015 r., zaś w drugiej grupie z 9,5% do 5,3%.

Najnowsze badania prowadzone wśród młodzieży uwzględniają także uzależnienia behawioralne. Pomimo tego, że nie wiążą się bezpośrednio z przeciwdziałaniem narkomanii, zostały one objęte m.in. badaniami Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) oraz ESPADu, Najbardziej niepokojącymi z nich są uzależnienia od hazardu (m.in. nadmierne korzystanie z gier) oraz od Internetu (m.in. nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych).

Najnowsze badania przeprowadzone przez CBOS (Warszawa 2015) wskazują, iż zagrożeni uzależnieniem od Internetu to najczęściej badani poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni. Wśród najmłodszych badanych użytkowników Internetu, czyli osób w wieku 15-17 lat, 6,2% w zastosowanym teście (Internet Addiction Test), wykazuje zagrożenie uzależnieniem bądź uzależnienie od sieci, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18-24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,7%. Ponad połowa badanych wykazujących zagrożenie uzależnieniem od Internetu (53,6%) nie przekroczyła 22 roku życia.

Badania prowadzone w woj. opolskim przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (ESPAD 2015) wykazały, iż w przeciągu 7 dni przed badaniem z Internetu korzystało 96,5% gimnazjalistów i 96,9% ankietowanych uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych. Ilość godzin spędzanych przez uczniów w Internecie w typowym dniu roboczym, w przeciągu ostatnich 7 dni poprzedzających badanie wskazana przez największą ilość respondentów to 2-3 godz.

(35% uczniowie ze szkół gimnazjalnych, 35,2 uczniowie ze szkół ponadgimnazjalnych). Więcej czasu, bo 4-5 godzin spędza w Internecie aż 17,2% gimnazjalistów oraz 17,7% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych. Sześć godzin lub więcej w Internecie w ciągu dnia spędza aż 15,3% respondentów z grupy młodszej i 15,6% z grupy starszej. Do najczęściej wybieranych aktywności w Internecie przez opolską młodzież ze szkół gimnazjalnych należy obecność na portalach społecznościowych, wyszukiwanie informacji on-line oraz słuchanie muzyki i oglądanie filmów on-line. Starsi uczniowie najczęściej wykorzystują Internet do szukania informacji, słuchania muzyki i oglądania filmów oraz podejmowania aktywności na portalach społecznościowych.

2.2. Stan profilaktyki w województwie opolskim

W roku 2013 przeprowadzono diagnozę stanu profilaktyki w gminach województwa opolskiego. Dokonano analizy realizacji oraz planowania działań profilaktycznych w obszarze profilaktyki uzależnień. Głównym celem badania, było oszacowanie oraz charakterystyka zrealizowanych działań na rzecz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz uzależnień behawioralnych.

Badaniem objętych zostało 71 gmin na terenie województwa opolskiego, w porównaniu do 66 biorących udział w roku ubiegłym. Podobnie jak w poprzednim roku, z analizy statystycznej uzyskanych danych wynika, że gminy najchętniej udzielają wsparcia takim działaniom z zakresu profilaktyki uzależnień, jak organizacja imprez masowych, wyjazdów oraz kolonii terapeutycznych, realizacji programów edukacyjnych oraz psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży szkolonej.

W roku 2013, gminy coraz chętniej wspierają działania na rzecz profilaktyki uzależnień, które były realizowane za pomocą nowych technologii, takich jak sieć informatyczna Internet. Pozwala to po pierwsze na minimalizację poniesionych kosztów udzielonego wsparcia, oraz szerszy odbiór publikowanych treści profilaktycznych.

Na podstawie otrzymanych danych, zauważono również znaczne problemy w realizacji oraz planowaniu działań w zakresie uzależnień od czynności. Co prawda w ostatnich latach, temat uzależnień behawioralnych jest coraz chętniej analizowany (szczególnie dotyczący uzależnień od sieci informatycznych) i coraz częściej prowadzone są działania mające na celu profilaktykę niepożądanych zjawisk w zakresie uzależnień behawioralnych.

Uzyskane wyniki pozwalają również na zaobserwowanie istotnej różnicy w ilości obszarów podejmowanych działań profilaktycznych, ze względu na charakterystykę formalno prawną gmin. Okazuje się, że gminy miejskie oraz miejsko – wiejskie, zrealizowały istotnie więcej działań w różnych obszarach profilaktyki od substancji psychoaktywnych, w porównaniu do gmin wiejskich w 2013 roku.

2.3. Trendy epidemiologiczne wg. danych z leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego.

Trendy epidemiologiczne są badane na podstawie dwóch wskaźników pochodzących z leczenia stacjonarnego. Na pierwszy składa się liczba osób, które podjęły w danym roku leczenie w którejś z placówek, niezależnie od tego czy je w danym roku zakończyły, czy je kontynuowały w roku następnym. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej. Ten drugi wskaźnik jest w pewnym sensie czulszym narzędziem, bowiem odzwierciedla zmiany w narastaniu liczby nowych przypadków. Problem narkotyków w skali kraju podlega bardzo silnemu zróżnicowaniu terytorialnemu. Województwo opolskie charakteryzuje się wyraźnie niższym wskaźnikiem przyjęć do leczenia stacjonarnego w porównaniu z innymi województwami.

Dane z leczenia stacjonarnego (uzależnienia od środków psychoaktywnych) F.11 – F.19 wskazują, że województwo opolskie lokuje się na dwunastym miejscu ze wskaźnikiem 27,4 przyjętych do leczenia na 100 tys. mieszkańców w 2012 roku. Największy odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2012 roku występował w województwie opolskim (59,8). Odsetek osób w wieku do 18 roku życia w 2012 w województwie opolskim wynosił 11,9% (trzecie miejsce w Polsce).

Tabela nr 2. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2011 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim.

	Liczba osób w 2011 r.	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców w 2011r.	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców w 2010r.	Wskaźnik zmiany 2010 = 100	Wskaźnik zmiany 1999 = 100
Polska	14150	36,7	37,8	97,1	207,3
Opolskie	275	27,1	23,8	113,9	218,5

źródło: Narkomania w Polsce w 2011 r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierostawski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Opolskie lokuje się na dwunastym miejscu ze wskaźnikiem 27,4 przyjętych do leczenia na 100 tys. mieszkańców w 2012 roku. Liczba ta wzrosła o 376 pacjentów w porównaniu do roku 2011.

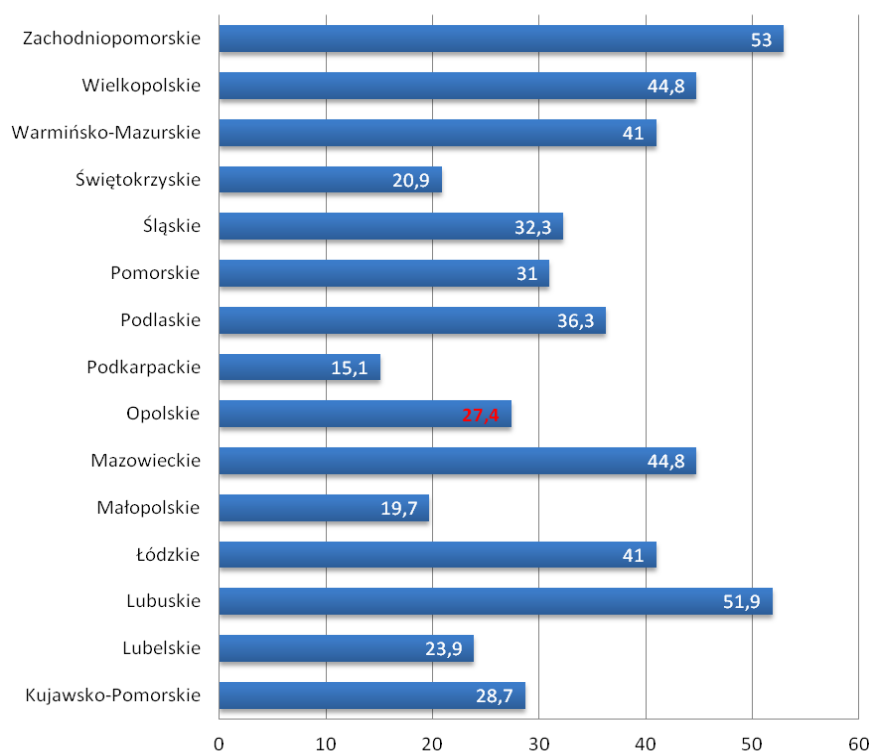
Tabela 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2012 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim.

	Liczba osób w 2012 roku	Wskaźnik na 100 000 mieszkańców w 2012 r.	Wskaźniki na 100 000 mieszkańców w 2011r.	Wskaźniki zmiany 2011 = 100	Wskaźniki zmiany 1999 = 100
Polska	14526	37,7	36,7	102,7	213,7
Opolskie	277	27,4	27,1	101,0	220,7

źródło: Narkomania w Polsce w 2012 r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierostawski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

W 2012r. w województwie opolskim wskaźnik przyjętych do leczenia na 100 tys. mieszkańców, wzrósł o 0,3 w porównaniu do 2011 roku. W zestawieniu ogólnokrajowym współczynnik osób przyjętych do leczenia stacjonarnego w 2012r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych na 100 000 mieszkańców wyniósł 37,7.

Wykres 1. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2012 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki na 100 000 mieszkańców).



źródło: Narkomania w Polsce w 2012r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierostawski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Tabela 4. Przyjęci pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2011 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim.

	Liczba osób w 2011 roku	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2011 roku	Wskaźnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2011 r.	Wskaźnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2010 = 100
Polska	6619	50,2	17,2	101,9
Opolskie	152	58,0	15,0	131,7

źródło: Narkomania w Polsce w 2011 r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierosławski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Tabela 5. Przyjęci pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w 2012 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim.

	Liczba pacjentów pierwszorazowych w 2012 r.	Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2012 r.	Współczynnik liczby pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców w 2012 r.	Współczynnik dynamiki liczby pacjentów pierwszorazowych 2011 = 100
Polska	6584	48,5	17,1	99,5
Opolskie	153	59,8	15,1	101,0

źródło: Narkomania w Polsce w 2012 r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierosławski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

W porównaniu do 2011 r. liczba osób przyjętych po raz pierwszy do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w województwie opolskim wzrosła w 2012 r. o jedną osobę. Największy odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w 2012 roku występował w województwie opolskim (59,8). Na kolejnych wysokich miejscach uplasowało się województwo kujawsko-pomorskie (53,3), Śląskie razem z Wielkopolskim (52,3) oraz Pomorskie (52,1).

Tabela 5. Odsetki kobiet wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2011 - 2012 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim.

	2011	2012
Polska	26,2	25,1
Opolskie	30,9	24,5

źródło: Narkomania w Polsce w 2012r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierosławski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

W 2012 roku większym odsetkiem kobiet przyjętych do leczenia stacjonarnego charakteryzowały się województwa: wielkopolskie (29,6), małopolskie (29,3), śląskie (29,1), świętokrzyskie (27,7) i łódzkie (27,4).

Tabela 6. Odsetki osób w wieku do 18 lat wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2011 - 2012 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) w województwie opolskim.

	2011	2012
Polska	7,3	7,0
Opolskie	10,2	11,9

źródło: Narkomania w Polsce w 2012r. Dane leczenia stacjonarnego, Janusz Sierosławski Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Największy odsetek osób w wieku do 18 roku życia w 2012 roku występował w województwie kujawsko-pomorskim (13,0) i lubelskim (12,2). Województwo opolskie ulokowało się na trzecim miejscu (11,9).

Ilość mieszkańców województwa opolskiego leczących się w leczeniu psychiatrycznym i podstawowej opiece zdrowotnej z kodem rozpoznania F 11 – F 19 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych) wzrasta (tabela nr 7) i w 2014r. wyniosła 1172 osoby. Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia wydatkował na ich leczenie 2 879 243,78 zł.

Tabela nr 7. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem F11-F19 w latach 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Województwo Opolskie	915	981	993	1 074	1172

Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.5.EB z dnia 24.09.2015 r.

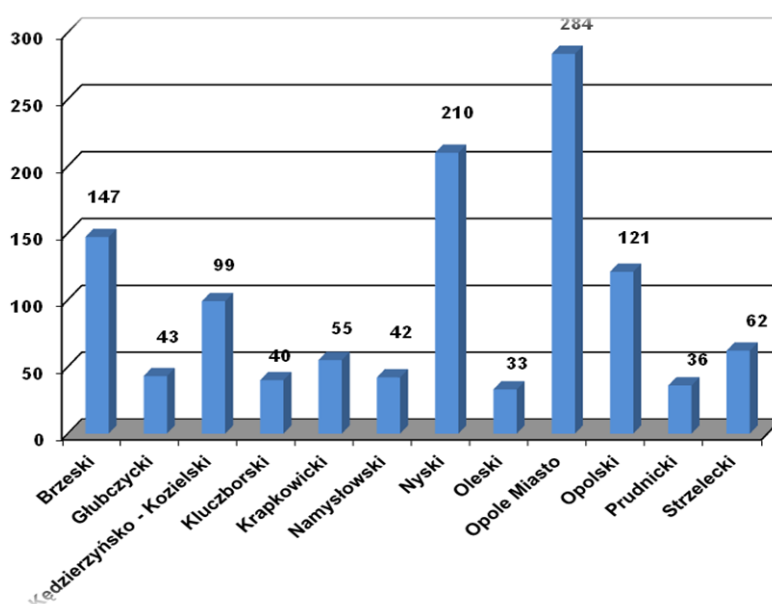
Tabela nr 8. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym z rozpoznaniem F11-F19 w latach 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Województwo Opolskie	722	811	775	910	1032

Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.5.EB z dnia 24.09.2015 r.

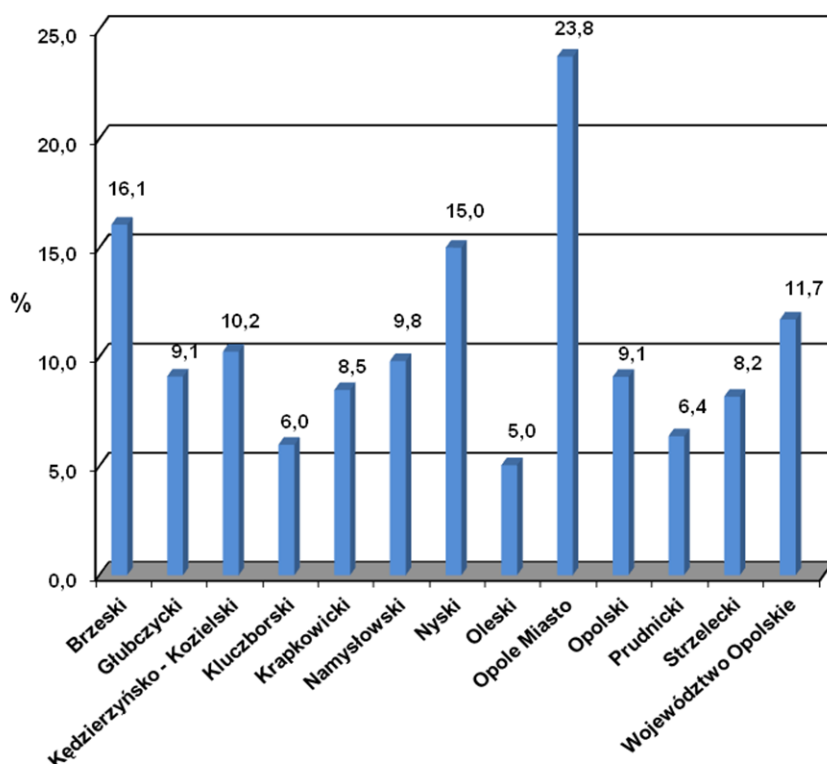
Ilość osób leczących się w lecznictwie psychiatrycznym oraz w podstawowej opiece zdrowotnej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych w poszczególnych powiatach wskazuje na rozpowszechnienie problemów narkotykowych w powiatach skupionych wokół większych miast: Opole Miasto, powiat nyski oraz brzeski.

Wykres nr 2. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F 11 - F 19) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.5.EB z dnia 24.09.2015 r.

rdół Wykres nr 3. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F 11 - F 19) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. na 10 tys. mieszkańców.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.5.EB z dnia 24.09.2015 r.

2.4. Przestępczość narkotykowa w województwie opolskim¹

Informacja z zakresu problematyki narkomanii obejmuje dane dotyczące przestępstw z udziałem nieletnich wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz dostępności narkotyków na rynku opolskim w 2013 roku. Przestępczość narkotykowa na Opolszczyźnie, podobnie jak w innych regionach kraju, dotyczy przede wszystkim posiadania substancji psychoaktywnych oraz udzielania i dystrybucji w celu osiągnięcia korzyści majątkowej.

Podobnie jak w 2012 roku na terenie województwa opolskiego dostępna była większość rodzajów narkotyków występujących w kraju, a do najpopularniejszych należały: marihuana, amfetamina i pochodne tych narkotyków. Coraz częściej jednak na miejscowym rynku pojawiały się takie narkotyki jak LSD, „Ecstasy”, MDMA oraz środki zastępcze w postaci dopalaczy. Wzrastał również popyt na grzyby halucynogenne i środki wziewne (kleje,

¹ Dane pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji, nr pisma: WS-I-076.2.2431.2014.HG z dn. 24.10.2014r.

rozpuszczalniki, rozcieńczalniki itp.), używane przeważnie przez osoby, które nie mogą pozwolić sobie na inne droższe narkotyki. Młodzież interesowała się też roślinami, których zażycie powoduje halucynacje i odurzenie. Najpopularniejsze z nich to – bielun dziedzierzawa, wilcza jagoda, sporysz i inne.

W roku 2013 na terenie działania Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu wszczęto 598 przestępstw z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (w 2012 – 496), stwierdzono 1588 (w 2012 - 1849), z czego 1493 zostało wykrytych. W ramach prowadzonych postępowań przygotowawczych ustalono ogółem 676 podejrzanych. przy czym 92 czyny popełniło 48 nieletnich.

Porównując rok 2013 do 2012 należy stwierdzić, iż przestępczość narkotykowa na terenie województwa opolskiego spadła o 261 przestępstw, tj. o 14,1%. Wskaźnik wykrywalności wyniósł w 2013 r. 94,0% (w 2012 r. – 96,2%).

Na podstawie posiadanych informacji można stwierdzić, że rodzaj miejsc, w których sprzedawane są narkotyki nie zmieniał się, a dealerzy działali wszędzie tam, gdzie gromadziła się młodzież, a więc w pubach, kawiarniach, dyskotekach, kafejkach internetowych, na masowych imprezach, a także coraz częściej na terenie szkół, nie omijając niewielkich placówek oświatowych w małych miejscowościach i na wsi oraz w zakładach karnych.

Tabela nr 9. Ilość przestępstw narkotykowych, podejrzanych, w tym nieletnich w poszczególnych powiatach.

powiat	przestępstwa	podejrzani	nieletni
brzeski	80	56	7
głubczycki	67	32	1
kędzierzyńsko-kozielski	152	85	8
kluczborski	89	36	1
krapkowicki	198	44	4
namysłowski	79	48	1
nyski	152	84	9
oleski	218	14	2
opolski	242	140	10
prudnicki	165	67	5
strzelecki	129	60	0
KWP Opole	17	10	0

Źródło: Dane pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji, nr pisma: WS-I-076.2.2431.2014.HG z dn. 24.10.2014r.

W porównaniu do roku 2012 wzrost przestępstw został odnotowany w powiecie Kędzierzyńskim (o 93 przestępstwa), w pozostałych powiatach zaobserwowano spadek przestępstw, największy w powiecie opolskim o 137 przestępstw, oleskim o 126, kluczborskim o 61, a w nyskim o 46 przestępstw. Jak wynika z danych zestawionych w tabeli największą ilość przestępstw z udziałem nieletnich stwierdzono w powiecie opolskim (10), następnie w nyskim (9) i kędzierzyńsko-kozielskim (8).

W celu ograniczenia dostępności do narkotyków podejmowane działania ukierunkowane są na zahamowanie wzrostu przemytu narkotyków i prekursorów na rynek wewnętrzny, rozwijanie współpracy międzynarodowej i transgranicznej odpowiednich służb, zmniejszenie handlu narkotykami na poziomie detalicznym, prowadzenie szkoleń dla policjantów wyznaczonych służb do zwalczania handlu narkotykami.

2. Cel główny programu

Zmniejszenie popytu na narkotyki i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego.

3. Obszary realizacji programu

Program będzie realizowany w obszarach:

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

Czwarty obszar dotyczy ograniczenia podaży i jest realizowany przez struktury rządowe (głównie policje). Piąty obszar – współpraca międzynarodowa realizowany jest głównie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, z zaangażowaniem zainteresowanych podmiotów w województwie opolskim.

Dla pierwszych trzech obszarów działań sformułowano cel strategiczny, którego osiągnięcie przyczyni się do zrealizowania założonego celu ogólnego.

3.1. Profilaktyka

Cel strategiczny: *Zmniejszenie tempa wzrostu popytu na narkotyki.*

W roku 2012 zostały wprowadzone w Polsce Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnienia od Narkotyków. Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień tworzą pierwszy europejski system dotyczący wdrażania wysokiej jakości profilaktyki uzależnień od narkotyków. Standardy odzwierciedlają wewnątrznie spójną i długofalową politykę w zakresie działań profilaktycznych, doceniają wagę stosowania zintegrowanych metod pracy z młodymi ludźmi, a także doceniania i wynagradzania udziału

profesjonalistów. Samorząd Województwa Opolskiego włączył się we wspieranie szkoleń na temat konstruowania programów profilaktycznych opartych na podstawach naukowych.

Kierunek 1. WSPIERANIE PROFILAKTYKI UNIWERSALNEJ

Rodzaje działań:

a) Pogłębienie wiedzy na temat konsekwencji używania narkotyków

- Wspieranie programów profilaktyki uniwersalnej w szkołach, placówkach oświatowych i szkołach wyższych.
- Udział w ogólnopolskich kampaniach społecznych.
- Podnoszenie kompetencji merytorycznych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą.
- Wspieranie tworzenia stron internetowych dla młodzieży.

b) Rozwinięcie umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, stanowiących czynniki chroniące przed używaniem narkotyków

- Wspieranie programów profilaktyki uniwersalnej w szkołach i placówkach oświatowych.
- Wspieranie programów edukacji rówieśniczej.

Kierunek 2: WSPIERANIE PROGRAMÓW PROFILAKTYKI SELEKTYWNEJ I WSKAZUJĄCEJ

Rodzaje działań:

a) Pogłębienie wiedzy na temat konsekwencji używania i przekonań normatywnych nt. narkotyków wśród osób z grup ryzyka

- Wspieranie poradni internetowych i telefonów zaufania.
- Wspieranie programów profilaktycznych w miejscach o zwiększonym natężeniu kontaktów z narkotykami – (kluby, dyskoteki, imprezy masowe).
- Wspieranie edukacji prawnej.

b) Wyposażenie młodzieży z grup ryzyka w kompetencje psychospołeczne i system wartości

- Wspieranie programów profilaktyki selektywnej i wskazującej dla dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych wykluczeniem społecznym – socjoterapia, grupy wsparcia.
- Wspieranie programów organizacji czasu wolnego (programy „alternatyw”).
- Wspieranie powszechnie uznawanego systemu wartości w szczególności dotyczących zdrowia i poszanowania prawa.
- Wspieranie realizacji programów edukacji rówieśniczej.

c) Zwiększenie umiejętności wychowawczych rodziców

- Rozwój form udzielania pomocy rodzinie.
- Wspieranie programów wczesnej interwencji dla rodziców.

d) Zwiększanie motywacji okazjonalnych użytkowników narkotyków do zaprzestania lub ograniczania używania

- Wspieranie programów wczesnej interwencji realizowane w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych.
- Wspieranie programów pracy środowiskowej (pracowników/pedagogów ulicznych).
- Wspieranie programów w miejscach o zwiększonym prawdopodobieństwie kontaktu z narkotykami (kluby, dyskoteki, imprezy masowe).

e) Profilaktyka zakażeń HIV (przy współpracy Wojewódzkiego Zespołu ds. realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania HIV)

- Wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS u ogółu społeczeństwa oraz zmiana postaw uwzględniających odpowiedzialność za własne życie i zdrowie.
- Udział w kampaniach medialnych skierowanych do grup docelowych zgodnie ze stanem epidemiologicznym.
- Zmniejszanie poziomu zachowań ryzykownych m.in. poprzez działania informacyjne i edukacyjne.
- Dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych.
- Zwiększenie dostępu oraz poprawa jakości usług świadczonych w Punktach Konsultacyjno – Diagnostycznych.
- Gromadzenie informacji na temat przeprowadzonych badań społecznych, opracowań, analiz sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w województwie opolskim.

Kierunek 3. PODNIESIENIE POZIOMU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Rodzaje działań:

a) Wzmocnienie edukacji ogółu społeczeństwa dotyczącej problemów narkotykowych.

- Upowszechnianie materiałów informacyjno – edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii.
- Udział w edukacyjnych kampaniach społecznych.
- Współpraca z mediami w zakresie upowszechniania wiedzy na temat narkomanii i związanych z nią problemów.
- Uaktualnianie i publikowanie danych epidemiologicznych oraz informacji o instytucjach i programach profilaktycznych.

b) Pogłębienie wiedzy na temat konsekwencji używania narkotyków oraz o nowych zjawiskach na scenie narkotykowej.

- Udział w ogólnopolskich kampaniach społecznych.
- Udział w konferencjach i seminariach organizowanych przez instytucje krajowe, samorządy lokalne, organizacje pozarządowe.

Wskaźniki:

- liczba gmin realizujących programy profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej,
- liczba realizowanych programów profilaktyki selektywnej i wskazującej na terenie powiatów i gmin,
- liczba osób wykwalifikowanych realizujących działania profilaktyczne na terenie gmin,
- liczba gmin, wspierających podnoszenie kwalifikacji oraz nabywanie nowych kompetencji przez specjalistów pracujących na rzecz profilaktyki oraz przeciwdziałania uzależnieniom,
- liczba programów wczesnej interwencji oraz pracy środowiskowej,
- liczba projektów realizowanych przez Wojewódzki Zespół ds. realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania HIV,
- liczba podmiotów biorących udział w edukacyjnych kampaniach społecznych lokalnych i ogólnopolskich,
- liczba artykułów i audycji medialnych .

3.2. Rehabilitacja, leczenie, społeczna reintegracja i ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych

Wyniki różnorodnych badań dotyczących oceny systemu leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce wskazują, że w większości placówek, niezależnie od trybu udzielania świadczeń zdrowotnych (ambulatoryjnie, stacjonarnie), leczenie kończy średnio 40% pacjentów.

Na zwiększenie wskaźników zaleczenia wpływa między innymi diagnoza potrzeb pacjentów i dostosowanie do niej oferty leczniczej. Najpoważniejsze zagrożenia zdrowotne obejmują: ryzyko zakażenia żółtaczką typu B i C, HIV, gruźlicą oraz ryzyko przedawkowania narkotyku.

Osoby uzależnione są zagrożone wykluczeniem społecznym. Uzależnienie koreluje z innymi problemami społecznymi np. z bezdomnością, wykluczeniem z rynku pracy, z zachowaniami kryminogennymi, marginalizacją. Pomoc osobom uzależnionym w dostępie do opieki psychospołecznej może poprawić zarówno ich jakość życia, jak i funkcjonowanie społeczne oraz podnieść poziom bezpieczeństwa publicznego.

Cel strategiczny: *Poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób szkodliwie używających i uzależnionych od narkotyków.*

Kierunek 1: ZWIĘKSZANIE DOSTĘPNOŚCI POMOCY TERAPEUTYCZNEJ I REHABILITACYJNEJ

Rodzaje działań:

- Pomoc w rozwijaniu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków lub szkodliwego ich używania.
- Upowszechnianie informacji na temat placówek i programów dla osób uzależnionych.
- Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

Kierunek 2: ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI PROGRAMÓW OGRANICZANIA SZKÓD ZDROWOTNYCH I LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Rodzaje działań:

- Inicjowanie i wspieranie programów profilaktyki HIV, HBV, HCV wśród osób uzależnionych.
- Wspieranie programów ograniczania szkód zdrowotnych i leczenia substytucyjnego.

Kierunek 3: ZMNIEJSZENIE MARGINALIZACJI SPOŁECZNEJ WŚRÓD OSÓB UŻYWAJĄCYCH NARKOTYKÓW SZKODLIWIE ORAZ OSÓB UZALEŻNIONYCH

Rodzaje działań:

- Pomoc we wdrażaniu programów i działań ukierunkowanych na reintegrację społeczną osób uzależnionych.
- Wspieranie programów kierowanych do specyficznych grup odbiorców (np. uzależnionych kobiet, matek z dziećmi).

Kierunek 4: WSPIERANIE ROZWOJU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W PLACÓWKACH PROWADZĄCYCH LECZENIE I REHABILITACJĘ OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Rodzaje działań:

- Organizacja i wspieranie szkoleń w obszarze uzależnień od środków psychoaktywnych.

Wskaźniki:

- liczba osób korzystających z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia i rehabilitacji,
- liczba osób korzystających z programu leczenia substytucyjnego,
- liczba programów kierowanych do specyficznych grup odbiorców ,
- liczba wspieranych szkoleń adresowanych do zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków.

3.3. Badania i monitoring

Cel strategiczny: *Zebranie i analiza informacji o narkotykach i narkomanii na terenie województwa opolskiego, monitorowanie przebiegu Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2016-2017*

Stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie narkotyków dostarcza podstaw do planowania konkretnych działań, oraz przesłanek do oceny ich skuteczności. Poprzez zbieranie dostępnych w tym obszarze danych statystycznych oraz prowadzenie badań ankietowych, jakościowych i kohortowych, a także szacowanie liczby użytkowników narkotyków, możliwa jest ocena sytuacji narkotykowej w Polsce i w województwie.

Misją Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction – EMCDDA) powołanego przez Komisję Europejską jest monitorowanie zjawisk związanych z używaniem narkotyków. Choć prace i zalecenia Europejskiego Centrum dotyczą badań i porównań prowadzonych na szczeblach krajowych, to jednak kwestia monitoringów lokalnych znajduje się także w obszarze zainteresowań tej instytucji, a wskazania metodologiczne zachowują swój walor aktualności również dla monitoringów lokalnych.

Poza realizacją monitoringu wojewódzkiego ważnym jest promowanie i zachęcanie samorządów lokalnych do prowadzenia analiz na poziomie gmin, co stanowi niezbędny warunek do prowadzenia skutecznych działań zapobiegawczych na szczeblu wojewódzkim i lokalnym.

Monitorowanie powinno obejmować zatem trzy zasadnicze obszary zagadnień:

1. Rozmiary i charakter problemu narkotyków (używanie narkotyków, problemy z tym związane, rynek narkotyków oraz ich dostępność);
2. Zinstytucjonalizowane reakcje społeczne (zasady i działania – profilaktyka, leczenie, ograniczenie szkód, pomoc społeczna, ściganie i karanie);
3. Lokalny kontekst kulturowy, społeczny i ekonomiczny, w jakim rozwija się problem i w jakim prowadzi się działania (postawy społeczne, wartości, podejścia).

Monitorowanie problemu narkotykowego realizowane jest w oparciu o źródła zastane, czyli statystyki prowadzone przez instytucje na własne potrzeby lub w ramach zinstytucjonalizowanych zobowiązań sprawozdawczych (np. stacjonarnego leczenia psychiatrycznego) oraz poprzez projekty badawcze.

Kierunek 1: MONITOROWANIE EPIDEMIOLOGICZNE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA SZCZEBLU WOJEWÓDZKIM

Rodzaje działań:

a) Prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz udostępnienie ich wyników

- Analiza dostępnych danych statystycznych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii.
- Badania ankietowe populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej na poziomie wojewódzkim.
- Udział w badaniach ogólnopolskich i samorządów lokalnych województwa opolskiego
- Identyfikacja źródeł danych statystycznych dotyczących narkomanii na terenie województwa opolskiego.
- Wykorzystanie danych statystyki publicznej.

Kierunek 2: MONITOROWANIE POSTAW SPOŁECZNYCH NA TEMAT PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII

Rodzaje działań:

- Monitorowanie reakcji społecznych na problem narkotyków i narkomanii.
- Zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących problemów społecznych na poziomie wojewódzkim.

Kierunek 3: ROZWÓJ SYSTEMU INFORMACJI O NARKOTYKACH I NARKOMANII

Rodzaje działań:

- Przekazywanie danych dotyczących województwa opolskiego do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.
- Stworzenie sieci wymiany informacji między instytucjami na poziomie wojewódzkim oraz władzami regionalnymi i lokalnymi odpowiedzialnymi za politykę wobec narkomanii – wg jednolitego systemu wypracowanego przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.
- Gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii.
- Gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii.
- Realizacja i przedłożenie Sejmikowi Województwa corocznego raportu z wykonania w danym roku Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.
- Sporządzanie w formie ankiety informacji z realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i przesłanie jej do KBPN, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

Wskaźniki:

- Raport z danych statystycznych dotyczących problemów społecznych na poziomie wojewódzkim kierowany do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii,
- Raport z wykonania w danym roku Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii,
- Wyniki ankiety z realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przekazywane do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

4. Współpracujący partnerzy Samorządu Województwa w realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Krajowe Centrum ds. AIDS,
- Samorządy powiatowe i gminne,
- Organizacje pozarządowe: organizacje, fundacje i stowarzyszenia mające w swoich zadaniach profilaktykę i pomoc osobom uzależnionym.
- Podmioty medyczne zajmujące się terapią/leczeniem uzależnienia od środków psychoaktywnych
- Wojewoda Opolski
- Komenda Wojewódzka Policji i Komendy Powiatowe na mocy zawartych porozumień,
- Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Opolu (na mocy zawartych porozumień),
- Instytucje oświatowe
- Kościół Rzymsko-Katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe,
- Uczelnie wyższe województwa opolskiego
- Media ogólnokrajowe i lokalne

5. Organizacja i finanse

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego. Za realizację programu odpowiada Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej. Pełnomocnik współdziała w zakresie wykonywanych zadań z właściwymi strukturami organizacyjnymi Urzędu Marszałkowskiego i z innymi instytucjami oraz organizacjami.

Zadania w ramach Wojewódzkiego Programu na lata 2016-2017 finansowane będą z dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu ujętych w dochodach województwa w § 048 oraz w miarę możliwości z pozyskanych środków zewnętrznych: krajowych i europejskich. Wydatki ujęte będą w budżecie województwa w dziale 851, w rozdziałach 85153 oraz w innych działach i rozdziałach zgodnie z potrzebami wynikającymi z formalnych wymogów.