

**UCHWAŁA NR LXIII/1647/17
RADY MIEJSKIEJ W ŁODZI
z dnia 28 grudnia 2017 r.**

**w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki
i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2018
oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2018.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 i 2232) art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487 oraz z 2017 r. poz. 2245) oraz art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458), Rada Miejska w Łodzi

uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2018, stanowiący załącznik Nr 1 do uchwały.

2. Przyjmuje się Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2018, stanowiący załącznik Nr 2 do uchwały.

§ 2. 1. Roczne sprawozdanie z realizacji Programu, o którym mowa w § 1 ust. 1, przedkłada Radzie Miejskiej w Łodzi osoba upoważniona przez Prezydenta Miasta Łodzi w terminie do 30 czerwca 2019 r.

2. Roczne sprawozdanie z realizacji Programu, o którym mowa w § 1 ust. 2, przedkłada Radzie Miejskiej w Łodzi osoba upoważniona przez Prezydenta Miasta Łodzi w terminie do 31 marca 2019 r.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Łodzi.

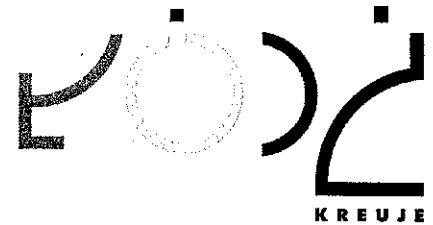
§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



**Przewodniczący
Rady Miejskiej w Łodzi**

Tomasz Kacprzak
Tomasz KACPRZAK

Załącznik Nr 1
do uchwały Nr LXIII/1647/17
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia 28 grudnia 2017 r.



Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2018

Opracowanie:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Departament Prezydenta

Urząd Miasta Łodzi

na podstawie Programu z 2016 r. opracowanego przez:

Dr n. hum. Elżbieta Korzeniowska

Dr n. hum. Krzysztof Puchalski

Dr hab. n. hum. Jacek Pyżalski

Łódź, 2017

Spis treści

I. Wstęp	3
II. Diagnoza problemu konsumpcji alkoholu	4
1. Skala i struktura konsumpcji alkoholu etylowego w populacji dorosłych w Polsce	4
2. Problem nadużywania alkoholu wśród dorosłych	5
3. Przemiany wzorów konsumpcji alkoholu	6
4. Nadużywanie alkoholu w regionie łódzkim i mieście Łodzi	7
5. Postawy dorosłego społeczeństwa wobec picia alkoholu	7
6. Konsumpcja alkoholu wśród łódzkiej młodzieży	8
7. Konsumpcja alkoholu wśród kobiet w ciąży	11
III. Rekomendacje do planowanych działań	11
IV. Zasoby Miasta do działań profilaktycznych i naprawczych	13
1. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych	13
2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	13
3. Wydział Edukacji	13
4. Wydział Sportu	14
5. Straż Miejska	14
6. Biuro Promocji Zatrudnienia i Obsługi Działalności Gospodarczej	14
7. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego	14
8. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Miasto Łódź	14
9. Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Łodzi	15
10. Organizacje pozarządowe	16
V. Podstawy prawne	16
VI. Cele Programu	17
VII. Działania i ilościowe wskaźniki ich realizacji	18
VIII. Finansowanie Programu	27
IX. Literatura	27

I. Wstęp

Nadużywanie alkoholu jest problemem nie tylko zdrowotnym, ale również społecznym. Towarzyszy różnym niepokojącym zjawiskom, takim jak: przemoc domowa, konflikty z prawem, demoralizacja dzieci i młodzieży, rozpad małżeństw itp. Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim, a w Europie na drugim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 60 różnych typów urazów wiąże się z jego spożyciem.

Do najważniejszych problemów związanych z nadmierną konsumpcją alkoholu etylowego można zaliczyć:

1. szkody zdrowotne i rozwojowe u młodych osób pijących alkohol,
2. szkody zdrowotne spowodowane piciem alkoholu przez dorosłych, w tym dotyczące zdrowia reprodukcyjnego,
3. zaburzenia życia rodzinnego spowodowane alkoholem, w tym przemoc w rodzinie,
4. naruszenia prawa przez osoby będące pod wpływem alkoholu, w tym kierowanie pojazdami pod wpływem alkoholu,
5. problemy dotyczące pracy zawodowej spowodowane piciem alkoholu,
6. szkody ekonomiczne w rodzinach osób nadmiernie pijących oraz w systemach zabezpieczeń społecznych, zdrowia publicznego i ochrony zdrowia.

Alkohol etylowy jest toksyną uszkadzającą wszystkie komórki organizmu. Jego spożywanie może być przyczyną powstawania wielu chorób, między innymi układu pokarmowego, krążenia, oddechowego, hormonalnego, nerwowego. Alkohol wpływa na osłabienie systemu odpornościowego, co skutkuje m. in. zwiększonym ryzykiem niektórych odmian raka, w szczególności wątroby, przetyku, gardła, krtani, tchawicy, jelita grubego, piersi. Picie alkoholu sprzyja niedoborom witamin i pierwiastków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, czego następstwem są m.in. zaburzenia widzenia, patologiczne zmiany szpiku kostnego, skóry, błon śluzowych, zaburzenia procesów rozrodczych (m.in. FAZ). Alkohol podwyższa ciśnienie krwi, zwiększa ryzyko nadciśnienia tętniczego i udaru mózgu (u młodych osób blisko 1/5 przypadków udaru może wiązać się z alkoholem). Wraz ze wzrostem spożycia alkoholu nasilają się objawy depresji i zaburzenia lękowe (u alkoholików 2-3 krotnie wzrasta ryzyko zaburzeń depresyjnych), częściej występuje bezsenność, próby samobójcze (ryzyko 3-9 razy większe niż u niepijących), zmiany osobowości, zespół otępienia, pojawia się nadużywanie innych używek i leków zwiększające ryzyko uzależnienia. U młodych osób alkohol hamuje rozwój emocjonalny i opóźnia dojrzewanie, zaburza zdolności do uczenia się, zapamiętywania i logicznego rozumowania. Za śmiertelne stężenie etanolu uważa się 4–5‰.

Osoby nadużywające alkoholu żyją średnio o 10-22 lata krócej od wieku oczekiwanego. Częściej są ofiarami przestępstw oraz wypadków ze skutkiem śmiertelnym. Częściej też wchodzi w konflikty z prawem, stosują przemoc w rodzinie, są narażone na zagrożenia związane z ryzykownym seksem (m.in. HIV, stosunki z pogranicza gwałtu, niechciana ciąża). Jako pracownicy częściej mają problemy z koncentracją uwagi, pamięcią, sprawnością psychomotoryczną. Częściej też powodują ogólne obniżenie wydajności pracy poprzez częstsze nieobecności, zwolnienia lekarskie, nieplanowane dni wolne, spóźnienia, konflikty ze współpracownikami.

Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych charakteryzuje wielopłaszczyznowe podejście do problemu, które jest niezbędne w przeciwdziałaniu i rozwiązywaniu problemów alkoholowych. Z uwagi na przywołane problemy ważnym obszarem polityki społecznej i zdrowotnej staje się zapobieganie, ograniczanie i rozwiązywanie problemów wynikających ze szkodliwej konsumpcji alkoholu.

W zakresie swoich działań wpisuje się w Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 w realizację celu operacyjnego obejmującego: profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.

II. Diagnoza problemu konsumpcji alkoholu

1. Skala i struktura konsumpcji alkoholu etylowego w populacji dorosłych w Polsce

Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że konsumpcja alkoholu w Regionie Europejskim jest najwyższa w porównaniu z innymi regionami świata. Wynosi 11 litrów czystego alkoholu w przeliczeniu na jednego dorosłego mieszkańca. Dane dotyczące wielkości spożycia alkoholu pochodzą ze statystyk dotyczących sprzedaży alkoholu. Nie uwzględniają one alkoholu produkowanego w warunkach domowych, zakupów wolnych od cła, alkoholu z magazynów i nierejestrowanych napojów alkoholowych. Oficjalne statystyki uwzględniają tylko napoje zarejestrowane, jak wina, piwa czy napoje spirytusowe i pokazują one z reguły niższy niż rzeczywisty poziom spożycia. Wielkości sprzedaży alkoholu z nielegalnego obrotu szacuje się nawet na ok. 30% rynku.

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w 2016 r. średnie spożycie na 1 mieszkańca Polski wyniosło 9,4 litra 100% alkoholu.

Napoje zawierające alkohol etylowy są w Polsce powszechnie konsumowane. Według ostatnich danych TNS abstynenci stanowili 16% dorosłych Polaków (11% mężczyzn i 20% kobiet). CBOS wielkość tę określił na 22% (16% mężczyzn i 30% kobiet), wskazując postępujący od końca lat 90. wzrost odsetka osób przyznających się do abstynencji (16% w 1997 r. i 19% w 2007 r.).

Badania TNS pokazują, że wraz z wiekiem systematycznie spada odsetek pijących alkohol (od 94% w grupie 18-24 lata do 73% wśród osób w wieku 60+).

CBOS potwierdza tę ogólną tendencję, wskazując na wzrost konsumpcji wśród mężczyzn w średnim wieku (35-54 lata) oraz wśród młodych kobiet (25-34) – tab. 1.

Tabela 1. Osoby pijące alkohol (w %)

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
18-24	98	79
25-34	83	91
35-44	90	78
45-54	85	77
55-64	78	67
65+	73	35

Źródło: CBOS 2010, Postawy wobec alkoholu.

Cytowane badania pokazują również wzrost odsetka osób pijących lub nadużywających alkoholu postępujący wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Ale dane z wcześniejszych lat prezentowały odwrotną zależność, podobnie jak badania EZOP z początku obecnej dekady (obejmujące populację aktywnych zawodowo), które problem uzależnienia od alkoholu częściej diagnozowały u mężczyzn o niskim statusie edukacyjnym. Zjawisko częstszej konsumpcji wśród lepiej wykształconych może być pochodną zmian struktury społecznej (lepiej wykształceni obecnie są na ogół młodszy, a oni piją więcej, z kolei najniżej edukowani to aktualnie głównie osoby starsze). Wiele współczesnych trendów konsumenckich wydaje się sprzyjać wzrostowi spożycia alkoholu w klasie średniej.

2. Problem nadużywania alkoholu wśród dorosłych

Prawie 2/3 Polaków deklaruje, że ma w swoim bliskim otoczeniu osobę nadużywającą alkoholu. Prawie, co drugi pijący alkohol mężczyzna i co ósma pijąca kobieta przyznaje, że sama upija się przynajmniej raz w roku. W badaniu TNS do wypicia zbyt dużej ilości alkoholu w tygodniu poprzedzającym sondaż przyznało się 4% mężczyzn i co setna kobieta.

Tabela 2. Osoby upijające się przynajmniej raz w roku wśród pijących alkohol (w %)

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
18-24	63	17
25-34	63	23
35-44	57	13
45-54	37	8
55-64	31	3
65+	24	3

Źródło: CBOS 2010, Postawy wobec alkoholu.

Według CBOS tylko 2% dorosłych uważa, że pije za dużo. Z danych Diagnozy Społecznej 2013 wynika, że do nadużywania alkoholu przyznaje się niespełna 7% populacji. Mężczyźni piją za dużo (w swej ocenie) cztery razy częściej niż kobiety. Zdecydowanie częściej nadużywają alkoholu mieszkańcy dużych miast, osoby w wieku średnim, reprezentanci skrajnych kategorii statusu materialnego (bogaci i biedni więcej niż średniozamożni), bezrobotni, robotnicy sektora prywatnego, osoby w stanie wolnym. Nadużywanie alkoholu często wiąże się z doświadczaniem silnego stresu. Co dwudziesta osoba wskazuje picie alkoholu jako swój sposób reagowania na kłopoty życiowe.

W oparciu o zewnętrzne kryteria diagnostyczne szacuje się, że nadużywanie alkoholu dotyczy blisko 12% populacji w wieku produkcyjnym (w tym blisko 2,5% spełnia – o ile można to ustalić w badaniach sondażowych – kryteria zespołu uzależnienia). CBOS symptomy problemów alkoholowych odnotowuje u co dziesiątego Polaka (co piątego mężczyzny i co pięćdziesiątej kobiety), przy czym skalę uzależnienia szacuje na ok. 2% dorosłej populacji.

3. Przemiany wzorów konsumpcji alkoholu

W 2013 roku, według raportu KPMG, Polacy wydali na napoje alkoholowe ponad 41,1 mld zł, kupując 4 436 mln litrów tego typu produktów. Niezmiennie już od wielu lat kluczowy udział w wartości sprzedaży miało piwo (47%) oraz wódka (31%). Ostatnio na rynku tym zarysowują się zmiany. Podczas gdy sprzedaż piwa ilościowo nie zmienia się (73% dorosłych deklaruje, że w minionym roku piło piwo kilkakrotnie lub regularnie), a wódki spada (43% deklaruje kilkurazowe lub regularne jej picie), to coraz większą popularnością cieszy się wino gronowe (analogicznie 45%), whisky (21%), napoje smakowe o obniżonej zawartości alkoholu (19%), cydr (11%). Dane te mogą być potwierdzeniem takich przemian w trendach kulturowych, które sprzyjają konsumpcji alkoholu przez osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, kobiety, osoby młode, mieszkańców dużych miast.

4. Nadużywanie alkoholu w regionie łódzkim i mieście Łodzi

Rozpowszechnienie spożycia i nadużywania alkoholu jest zróżnicowane ze względu na miejsce zamieszkania (w aspekcie wielkości miejscowości i usytuowania terytorialnego). Na wsiach mieszka mniej pijących niż w miastach, szczególnie wyraźnie widać to w populacji kobiet. Dane GUS pokazują, że województwo łódzkie ma niższe od średniej krajowej spożycie alkoholu, a także mniej osób niż w innych województwach przyznaje się do nadużywania alkoholu. Według danych zgromadzonych przez PARPA w 2016 roku w województwie łódzkim policja i straż miejska zatrzymały w izbach wytrzeźwień 12 689 nietrzeźwych osób dorosłych (11 133 mężczyzn i 1 556 kobiet), dodatkowo w innych miejscach (wskazanych przez gminy) zatrzymanych zostało 4 662 nietrzeźwych (476 osób nieletnich zatrzymanych w policyjnych izbach dziecka lub odwiezionych do domów rodzinnych i 4 186 nietrzeźwych zatrzymanych w celu wytrzeźwienia w pomieszczeniach policyjnych). Na tle innych województw liczba ta nie należy do niskich, co przy relatywnie niskiej konsumpcji alkoholu może świadczyć o sprawności działania służb porządkowych.

Jednym z kluczowych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu jest przemoc w rodzinie. Według danych policji, gromadzonych w wyniku procedury Niebieskiej Karty (bez innych instytucji stosujących tę procedurę), w 2016 roku w województwie łódzkim w stosunku do 3 232 osób zgłoszono podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie pod wpływem alkoholu (dotyczyło to 186 kobiet, 3 045 mężczyzn i 1 nieletniego) – na 4 662 osób podejrzanych o przemoc w rodzinie. W 2016 roku na terenie Łodzi podejrzanych (tylko przez policję) o przemoc w rodzinie pod wpływem alkoholu było 714 osób (dotyczyło to 622 mężczyzn i 92 kobiet), w tym izolowano bezpośrednio po interwencji poprzez zatrzymanie lub przewiezienie do wytrzeźwienia 378 osób.

5. Postawy dorosłego społeczeństwa wobec picia alkoholu

Czterech na pięciu dorosłych Polaków w badaniu TNS zadeklarowało, że zwróciłoby uwagę osobie sprzedającej alkohol nieletnim. Tylko połowa w tej sytuacji zawiadomiłaby policję. Również połowa deklaruje, że zawiadomiłaby Urząd wydający zezwolenia na handel alkoholem.

W 2017 roku Ogólnopolskie Stowarzyszenie "RoPSAN Rodzice Przeciwko Sprzedaży Alkoholu Nieletnim" w ramach kampanii profilaktyczno-interwencyjnej "Powstrzymać pijanego kierowcę" przeprowadziło badania, których celem była diagnoza rozmiarów zjawiska sprzedaży napojów alkoholowych nietrzeźwym kierowcom na terenie miasta Łodzi. Badanie przeprowadzono metodą "tajemniczego klienta" w 80 losowo wybranych punktach sprzedaży alkoholu tj. 40 stacjach paliw oraz 40 super i hipermarketach. Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, że aż 79% kasjerów pracujących w łódzkich super i hipermarketach oraz na stacjach paliw było gotowych sprzedać alkohol nietrzeźwemu kierowcy.

Badania z połowy minionej dekady ukazały, że zarówno alkoholizm, jak i picie alkoholu przez młodzież uznawane są przez opinię publiczną za bardzo ważne problemy

społeczne w Polsce (na ogół czwarte-szoste miejsce pod względem częstości wskazań). Nieco wyższą rangę uzyskują one w ocenach problemów występujących już nie w skali kraju, ale w społeczności lokalnej. Jednakże w obu aspektach oceny (kraj i społeczność lokalna) kluczowymi problemami okazują się na ogół te, które dotyczą stopy życiowej, ryzyka utraty pracy oraz różnych form przestępczości.

W badaniach z 2015 roku alkoholizm zestawiony z innymi uzależnieniami w opinii reprezentacji Polaków okazał się tym, które najczęściej (zaraz po narkomanii) uznawany jest, jako zagrażający życiu. Na skali ocen od 1 („niegroźne przyzwyczajenie, nawyk”) do 10 („nałóg zagrażający życiu”) uzyskał średnią wskazań 8,98. Opinia społeczna przychyliła się też do tezy, że uzależnienie od alkoholu powinno być leczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (średnia wskazań na skali pomiędzy 1 – „zdecydowanie nie” i 10 – „zdecydowanie tak” wyniosła 7,29, podczas gdy analogicznie oceniane poparcie dla leczenia uzależnienia od papierosów uzyskało średnią 5,36). Wyniki te są niezależne od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania, bardziej restrykcyjne postawy nieco częściej prezentują kobiety.

Z drugiej strony w 2014 roku zaledwie 6% społeczeństwa wskazuje unikanie picia alkoholu wśród dwóch najważniejszych elementów stylu życia przyczyniających się do poprawy zdrowia. Od pierwszej połowy lat 90. ubiegłego wieku odsetek ten systematycznie spada (co dotyczy także wskazań na niepalenie papierosów). Wzrasta natomiast rola przypisywana regularnemu uprawianiu gimnastyki, ćwiczeń, biegów itp.

6. Konsumpcja alkoholu wśród łódzkiej młodzieży

a. Pierwsze doświadczenia z piciem alkoholu

Badania oparte o metodologię ESPAD przeprowadzone w Łodzi w 2015 roku w reprezentatywnej próbie 1 843 uczniów w wieku 15-16 lat (trzecia klasa gimnazjum) oraz 17-18 lat (druga klasa szkół ponadgimnazjalnych) pokazują, że inicjację alkoholową ma już za sobą ok. 90% uczniów gimnazjów i ponad 98% starszej grupy (szczegółowo zob. tab. 3).

Tabela 3. Deklaracje posiadania doświadczeń z piciem różnych rodzajów napojów alkoholowych (w %)

	piwo	wino	wódka
Młodzież 15-16 lat			
Dziewczęta	86	77	64
Chłopcy	83	63	60
Młodzież 17-18 lat			
Dziewczęta	98	93	89
Chłopcy	96	81	91

Źródło: Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach ESPAD

Średnio co trzeci uczeń po raz pierwszy pił piwo mając 13 lat lub mniej. Kolejne 2/5 spróbowało piwa w wieku 14-15 lat. Wino przed 14 rokiem życia pił średnio co czwarty badany, natomiast wódkę co siódmy.

Do picia alkoholu w okresie ostatnich 12 miesięcy przyznaje się 75% chłopców i 83% dziewcząt z trzecich klas gimnazjów, a w przypadku starszych uczniów 96% w obu grupach płci. W okresie ostatnich 30 dni przed badaniem kontakt z alkoholem miało 57% chłopców i 65% dziewcząt z gimnazjum. W starszej grupie takie doświadczenia w minionych 30 dniach ma 88% chłopców i 89% dziewcząt. Ogólnie dziewczęta wcześniej zaczynają pić alkohol, a w młodszych grupach piją częściej niż chłopcy.

Dziesięć razy lub częściej w ostatnich 30 dniach przed badaniem alkohol pił co dziesiąty gimnazjalista, natomiast wśród starszych uczniów częściej niż co czwarty. Odsetki osób doprowadzających się do subiektywnie ocenianego stanu upojenia przedstawia tabela 4. Średnio co trzynasty uczeń upił się nie mając jeszcze 14 lat.

Tabela 4. Rozpowszechnienie upijania się (w %)

	w życiu	w ostatnim roku	w ostatnich 30 dniach
Młodzież 15-16 lat			
Dziewczęta	44	30	11
Chłopcy	39	26	10
Młodzież 17-18 lat			
Dziewczęta	69	45	16
Chłopcy	74	55	27

Źródło: Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach ESPAD

Porównanie subiektywnych ocen upicia się w ostatnim miesiącu z próbą oceny na podstawie deklarowanej ilości wypitego alkoholu pokazuje, że młodzież upija się zdecydowanie częściej, niż to sobie uświadamia. Według subiektywnych kryteriów do upojenia doprowadził się w tym czasie blisko co trzeci gimnazjalista i 60% starszych uczniów.

b. Doświadczenia łódzkiej młodzieży związane z pićm alkoholu

Alkohol sprzyja różnym negatywnym doświadczeniom, jak m.in. bójki, wypadki, problemy w relacjach społecznych, w nauce itp. (tab. 5)

Tabela 5. Przykre doświadczenia pod wpływem alkoholu w roku przed badaniem (w %)

Wydarzenie	Młodzież 15-16 lat		Młodzież 17-18 lat	
	dziewczeta	chłopcy	dziewczeta	chłopcy
Bójka	7	13	7	19
Wypadek lub uszkodzenie ciała	11	9	18	20
Poważne problemy z rodzicami lub przyjaciółmi	12	9	14	17
Gorsze wyniki w nauce	7	7	14	17
Bycie ofiarą rabunku lub kradzieży	1	3	2	4
Kłopoty z policją	4	7	7	18
Interwencja pogotowia ratunkowego	1	4	1	6
Seks bez zabezpieczeń	2	9	6	16
Niechciane doświadczenia seksualne	3	6	5	9

Źródło: Europejski Program Badań Ankietyowych w Szkołach ESPAD

Łódzka młodzież znacznie częściej dostrzega pozytywne niż negatywne skutki używania alkoholu. Wśród konsekwencji pozytywnych najczęściej wymienia świetną zabawę (spodziewa się tego 55% gimnazjalistów i 72% uczniów szkół ponadgimnazjalnych), poczucie odprężenia (odpowiednio 46% i 72%), towarzyskość (45% i 68%), zapomnienie o swoich problemach (40% i 45%), poczucie szczęścia (39% i 54%). W zakresie następstw negatywnych na pierwszym miejscu znalazł się kac (38% i 39%), szkody zdrowotne (34% i 25%), złe samopoczucie, mdłości (32% i 27%), obawa, że zrobi się coś, czego będzie się potem żałowało (30% i 26%), utrata kontroli nad własnym pićm (7% i 10%).

Porównanie wyników trzech badań ESPAD prowadzonych w próbach ogólnopolskich co cztery lata pokazuje, że silnie wzrósł odsetek uczniów oczekujących pozytywnych konsekwencji konsumpcji alkoholu, natomiast świadomość konsekwencji negatywnych wykazała tendencję spadkową. Obserwacje te wydają się skłaniać do krytycznej oceny edukacji zdrowotnej adresowanej do młodego pokolenia.

c. Dostępność alkoholu w ocenie łódzkiej młodzieży

Konsumpcji alkoholu przez łódzką młodzież sprzyja także relatywnie duża, subiektywnie postrzegana, dostępność tego produktu. Trzech na czterech gimnazjalistów i ponad 90% uczniów szkół ponadgimnazjalnych przyznaje, że ma łatwy dostęp do zakupu piwa. Odpowiednio 56% i 89% jako łatwy ocenia swój dostęp do wódki.

Weryfikacją postrzeganej dostępności może być fakt, że w okresie 30 dni przed udziałem w badaniu zakupu piwa dokonał prawie co trzeci uczeń gimnazjum i blisko 2/3 uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wódkę odpowiednio nabył co siódmy i blisko co trzeci uczeń.

7. Konsumpcja alkoholu wśród kobiet w ciąży

Każda ilość alkoholu spożyta w pierwszym trymestrze ciąży może zaszkodzić dziecku. Wypity alkohol etylowy krąży w krwioobiegu, następnie z łatwością przenika przez łożysko. Niedojrzała wątroba nienarodzonego dziecka, nie potrafi przetworzyć wypitego przez matkę alkoholu. Dlatego też osiąga on dużo większe stężenie we krwi dziecka niż w organizmie matki.

Z badań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wynika, że ok. 30% polskich kobiet pije alkohol w czasie ciąży. W badaniu kobiet przebywających w szpitalu w związku z porodem (N=2833) częściej niż co dziesiąta przyznała się do picia alkoholu w czasie ciąży. Prawie co czwarta uważa, że niewielka ilość alkoholu w ciąży nie powoduje ryzyka zdrowotnego dla przyszłej matki lub ryzyko to jest nieznaczące (co ósma w podobny sposób ocenia to ryzyko dla dziecka). Pogląd taki częściej podzielają te kobiety, które spożywały alkohol przed zajściem w ciążę. Okazało się też, że wśród kobiet w wieku rozrodczym picie alkoholu sprzyja specyficzna sytuacja rodzinna (rozwód, separacja, wolny związek), wyższe wykształcenie i zamieszkiwanie w wielkim mieście. Badanie pokazało też, że tylko w przypadku 42% kobiet lekarz zalecał im całkowite powstrzymanie się od picia w czasie ciąży. Ponadto 1,5% respondentek twierdziło, że lekarz dopuszczał lub nawet zalecał im picie w tym czasie niewielkich ilości alkoholu. Inne badania pokazują, że jedynie kilka procent ogółu pacjentów korzystających z konsultacji lekarskich pytanych jest przez lekarzy o sprawy związane z konsumpcją alkoholu.

III. Rekomendacje do planowanych działań

Przedstawione ustalenia dotyczące konsumpcji alkoholu w Polsce, województwie łódzkim i mieście Łodzi stanowią oparcie dla celów i działań Miejskiego Programu Profilaktyki

i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2018. Z danych tych wynikają następujące rekomendacje:

1. Dużo uwagi w profilaktyce picia alkoholu należy poświęcić adolescentom. W grupie tej diagnozuje się wiele bardzo niekorzystnych zjawisk, jak m.in. wczesna inicjacja alkoholowa, częste picie prowadzące do upojenia, bardzo łatwy dostęp do alkoholu, nieadekwatna ocena możliwości własnego organizmu, postrzeganie alkoholu głównie w kategoriach pozytywnych, etc.

2. Programy przeznaczone dla uczniów, dobrze dostosowane do faz rozwoju, należy wdrażać już na wczesnych etapach edukacji (w 4-5 klasie szkoły podstawowej), by uprzedzić faktyczną inicjację alkoholową i pierwsze incydenty upijania się oraz z wyprzedzeniem kształtować pożądane postawy młodzieży dotyczące alkoholu.

3. Równoległe z programami adresowanymi do uczniów należy prowadzić kampanie przeznaczone dla ich rodziców i ogółu obywateli, w celu kreowania właściwych postaw wobec nabywania i konsumpcji alkoholu przez adolescentów. Warto w tym kontekście wdrożyć specjalne działania skierowane do osób i instytucji zajmujących się sprzedażą alkoholu.

4. Należy zapewniać i doskonalić działania pomocowo-opiekuńcze i terapeutyczne adresowane do osób, grup i środowisk, których bezpośrednio dotyczą problemy alkoholowe (głównie uzależnienie, współuzależnienie, przemoc), także działania kontrolno-restrykcyjne wobec osób naruszających prawo. W tym kontekście dużo uwagi warto poświęcić wzmocnieniu instytucji oraz kompetencji osób zajmujących się profesjonalnie (także wolontarystycznie) terapią oraz pomocą. Należy także wspierać rozwój i wzmocnienie profesjonalnych kompetencji osób i instytucji realizujących profilaktykę picia alkoholu.

5. Istotną grupą adresatów działań profilaktycznych powinni być pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej, których przyczyną schorzeń somatycznych może być nadużywanie alkoholu.

6. Szczególną grupą docelową są osoby i środowiska o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, w której od lat występuje wysoka konsumpcja alkoholu, realizowana według innych wzorów niż w klasie średniej. W grupie tej zastosowanie mają przede wszystkim metody charakterystyczne dla pracy socjalnej i resocjalizacji, wykorzystujące nowoczesne rozwiązania wypracowane w profilaktyce i promocji zdrowia.

7. Ważną grupą docelową dla działań profilaktycznych powinna stać się populacja kobiet w wieku rozrodczym oraz kobiet w ciąży. Rozwiązanie nie może ograniczać się do działań skierowanych wyłącznie do kobiet, lecz wymaga kształtowania odpowiednich postaw w szerszych grupach społecznych, a także programów pozwalających pozyskać do współpracy lekarzy i innych profesjonalistów, których opinie mają istotny wpływ na świadomość i zachowania kobiet oczekujących dziecka.

9. Ważnym adresatem oddziaływań profilaktycznych, które mogą wpłynąć na postawy wobec alkoholu w klasie średniej, jest młodzież akademicka. Jest to też grupa docelowa istotna z uwagi na wysokie wskaźniki konsumpcji alkoholu. Ona też wymaga podjęcia nietradycyjnych interwencji, innych niż masowo realizowane wzory edukacji zdrowotnej.

10. Ze względu na wysoką konsumpcję alkoholu uwagi wymaga także zbiorowość robotników. Tutaj rekomenduje się – zweryfikowane w praktyce – wdrażanie polityk i programów profilaktycznych w zakładach pracy.

11. Z uwagi na postępujące w populacji zjawisko „oswajania problemu” (alkohol coraz rzadziej uznawany jest za jeden z głównych czynników stanu zdrowia) należy wypracowywać i wdrażać bardziej skuteczne kampanie informacyjno-edukacyjne kierowane do osób dorosłych. Ważnym kontekstem dla takich kampanii warto uczynić modę na zdrowy styl życia, pojmowany, jako przede wszystkim aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie.

12. Z uwagi na niedostatek badań pozwalających monitorować realizację i pokazywać efekty podejmowanych interwencji należy opracować szczegółową koncepcję badań ewaluacyjnych i w oparciu o ich wyniki corocznie weryfikować i doskonalić Miejski Program.

IV. Zasoby Miasta do działań profilaktycznych i naprawczych

1. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

W ramach swoich kompetencji Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych może zapewnić realizację programów terapeutycznych oraz działań wspierających dla osób szkodliwie pijących lub uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin, specjalistyczne działania konsultacyjno-interwencyjne dla osób z problemem alkoholowym, ich rodzin oraz osób doświadczających przemocy w rodzinie spowodowanej nadużywaniem alkoholu, jak również realizować kampanie nagłaśniające problem przemocy i zachęcające społeczeństwo do reagowania na to zjawisko w swoim otoczeniu.

2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej posiada zasoby umożliwiające organizację działań w zakresie ograniczania zaburzeń życia rodzinnego i społecznego wywołanych nadużywaniem alkoholu, przemocą i innymi czynnikami niszczącymi życie rodzinne i społeczne. Pozwalają one dotrzeć do wszystkich członków rodziny i wesprzeć ich w różnych aspektach funkcjonowania, poprzez np.: zajęcia dla dzieci w świetlicach środowiskowych, dożywianie, refundację zakupu leków oraz programy reintegracji społecznej i zawodowej, a także organizowanie i prowadzenie hostelu dla osób z problemem alkoholowym.

3. Wydział Edukacji

Zakres kompetencji Wydziału Edukacji pozwala na podejmowanie różnorodnych form oddziaływań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży. Mają one służyć zmniejszeniu lub eliminowaniu czynników ryzyka sprzyjających wczesnej inicjacji alkoholowej. Adresowane są do uczniów, którzy nie mieli kontaktu z alkoholem, jak i tych określanych, jako grupa zwiększonego ryzyka. Mogą być to np.: programy profilaktyczne w formie wykładów, konferencji, debat i warsztatów, zajęcia dodatkowe rozwijające zdolności i zainteresowania, zajęcia i imprezy promujące zdrowy styl życia.

4. Wydział Sportu

W ramach swoich kompetencji Wydział Sportu może organizować różnego rodzaju zajęcia sportowe, promujące aktywny sposób spędzania czasu, bez alkoholu czy narkotyków, włączając w nie elementy edukacyjne w zakresie profilaktyki uzależnień.

5. Straż Miejska

W ramach działań prewencyjnych funkcjonariusze Straży Miejskiej prowadzą kontrole placówek handlowych i gastronomicznych pod kątem przestrzegania warunków i zasad sprzedaży napojów alkoholowych.

6. Biuro Promocji Zatrudnienia i Obsługi Działalności Gospodarczej

Zakres kompetencji Oddziału Licencji i Zezwoleń w Biurze Promocji Zatrudnienia i Obsługi Działalności Gospodarczej pozwala na kontrolę placówek handlowych i gastronomicznych prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych pod kątem naruszenia przepisów określających zasady sprzedaży alkoholu, w szczególności: braku w placówkach decyzji zezwalających na prowadzenie działalności gospodarczej polegającej na sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży oraz w miejscu sprzedaży, braku dowodu dokonania opłaty za korzystanie z zezwolenia na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych czy braku tabliczek informujących o szkodliwości spożywania alkoholu.

7. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego

Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi przygotowane jest do hospitalizacji krótkoterminowej, udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób z problemem alkoholowym i ich rodzin, a także osób doświadczających przemocy domowej. Może świadczyć takie usługi jak: diagnoza psychologiczna, terapia indywidualna i grupowa, poradnictwo psychologiczne i terapeutyczne, wczesna interwencja, jak również prowadzić działania resocjalizacyjno-opiekuńcze wobec osób uzależnionych - zabezpieczenie trzeźwienia w warunkach kontrolowanych.

8. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Miasto Łódź

Miejskie placówki mogą włączyć się w realizację projektu „AUDIT” — wykonywanie wśród pacjentów POZ testów przesiewowych służących rozpoznawaniu problemów alkoholowych oraz prowadzeniu krótkich interwencji.

9. Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Łodzi

Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Łodzi została powołana zarządzeniem Nr 106/VII/14 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 17 grudnia 2014 r. w sprawie powołania Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Łodzi (zmienionym zarządzeniami Prezydenta Miasta Łodzi: Nr 647/VII/15 z dnia 18 marca 2015 r., Nr 4549/VII/16 z dnia 23 września 2016 r. oraz Nr 6547/VII/17 z dnia 26 lipca 2017 r.) na podstawie z art. 4¹ ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487 oraz z 2017 r. poz. 2245).

Komisja powołana jest do inicjowania działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, a także do podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

Do zadań Komisji należy w szczególności:

1) podejmowanie czynności zmierzających do objęcia leczeniem osób uzależnionych od alkoholu poprzez:

- inicjowanie i prowadzenie działań motywujących osoby uzależnione,
- kierowanie na badanie przez biegłych w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego,
- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym w przedmiocie zastosowania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu w zakładzie leczenia odwykowego i złożenie wniosku do sądu o wszczęcie postępowania,
- kierowanie do Sądu wniosków o wszczęcie postępowania w sprawie zastosowania obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu w zakładzie leczenia odwykowego,

2) opiniowanie wniosków o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w przedmiocie zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałą Nr LVIII/1228/13 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 6 marca 2013 r. w sprawie zasad usytuowania na terenie Miasta Łodzi miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych (Dz. Urz. Woj. łódzkiego poz. 2347) - zgodnie z art. 18 ust. 3a ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,

3) inicjowanie pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie, wobec rodzin, w których występują problemy alkoholowe,

4) inicjowanie, opiniowanie i nadzorowanie realizacji zadań w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii,

- 5) opiniowanie projektów uchwał dotyczących liczby miejsc sprzedaży napojów alkoholowych, przeznaczonych do spożycia na miejscu lub poza miejscem sprzedaży,
- 6) współdziałanie z władzami publicznymi, instytucjami oraz organizacjami społecznymi w zakresie promocji trzeźwego stylu życia i wartości abstynencji oraz rozwiązywania problemów alkoholowych,
- 7) inicjowanie innych przedsięwzięć z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wykonywanie innych czynności określonych przepisami.

10. Organizacje pozarządowe

Organizacje pozarządowe są cennym zasobem przy realizacji działań w zakresie profilaktyki uzależnień, jak również niwelowania negatywnych skutków tych zjawisk, zwłaszcza skutków społecznych. Organizacje prowadzą np. działania w zakresie interwencji kryzysowej, poradnictwa i konsultacji specjalistycznych, placówki wsparcia dziennego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, dożywianie dzieci czy centrum integracji społecznej.

W Łodzi w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu działa ok. 30 organizacji współpracujących z Urzędem Miasta Łodzi.

V. Podstawy prawne

Obowiązek uchwalenia Programu wynika z art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487 oraz z 2017 r. poz. 2245)

Przy realizacji zadań zawartych w Programie zastosowanie mają następujące akty prawne:

- 1) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487 oraz z 2017 r. poz. 2245);
- 2) ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390);
- 3) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 i 1985);
- 4) ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60, 573 i 1909);
- 5) ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1828);
- 6) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 2110 i 2217);
- 7) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110 i 2217);
- 8) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 i 2232);
- 9) ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1868);
- 10) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 i 2245);

- 11) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492);
- 12) uchwała Nr XXIV/570/16 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 3 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia „Polityki Społecznej 2020+ dla Miasta Łodzi – Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych”.

VI. Cele Programu

Cel I.	Upowszechnienie i utrwalenie postaw abstynenckich wobec alkoholu w wybranych grupach mieszkańców Łodzi, z dostosowaniem do specyfiki tych grup
Cel II.	Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych szkodliwym używaniem alkoholu
Cel III.	Zmniejszanie rozmiarów naruszeń prawa na rynku alkoholowym oraz prowadzenie procedur zmierzających do uzyskania orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego
Cel IV.	Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych piciem szkodliwym i uzależnieniem od alkoholu
Cel V.	Doskonalenie Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i kwalifikacji jego realizatorów dla wzrostu skuteczności prowadzonych działań

VII. Działania i ilościowe wskaźniki ich realizacji

Cel 1. Upowszechnienie i utrwalenie postaw abstynenckich wobec alkoholu w wybranych grupach mieszkańców Łodzi, z dostosowaniem do specyfiki tych grup	Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynator/Realizator
	<p>1. Realizacja w łódzkich szkołach oraz innych placówkach oświatowych programów profilaktyki alkoholowej, w tym skierowanych na kształtowanie i wzmacnianie czynników chroniących przed podejmowaniem zachowań ryzykownych zgodnie z filozofią profilaktyki pozytywnej (m. in. budowanie konstruktywnych interakcji społecznych, poczucia własnej wartości i skuteczności, rozwój zainteresowań, identyfikacji z pozytywnymi wzorami i grupami odniesienia)</p>	<p>Liczba programów/działań realizowanych w szkołach i innych placówkach oświatowych</p> <p>Liczba szkół i placówek oświatowych realizujących programy/działania</p> <p>Liczba (szacunkowa) odbiorców objętych oddziaływaniem programów/działań</p>	<p>Wydział Edukacji/placówki oświatowo-wychowawcze</p> <p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej/ organizacje pozarządowe</p>
	<p>2. Wspieranie działań promujących styl życia wolny od alkoholu, w tym także działań profilaktycznych o charakterze sportowym i kulturalnym kierowanych do ogółu dzieci i młodzieży w ramach organizacji czasu wolnego jako alternatywa dla podejmowania zachowań ryzykownych (profilaktyka uniwersalna realizowana przez organizacje pozarządowe)</p>	<p>Liczba działań realizowanych przez organizacje pozarządowe</p> <p>Liczba organizacji pozarządowych realizujących programy/działania</p> <p>Liczba (szacunkowa) odbiorców objętych oddziaływaniem programów/działań</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p> <p>Wydział Sportu/kluby sportowe</p>
	<p>3. Edukacja rodziców i opiekunów w zakresie szybkiej identyfikacji problemów alkoholowych dziecka oraz oferty pomocowej skierowanej do rodzin z dziećmi przejawiającymi</p>	<p>Liczba działań edukacyjnych (kursów szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do przedstawicieli grup docelowych</p>	<p>Wydział Edukacji/placówki oświatowo-wychowawcze</p>

problemy alkoholowe			
4. Prowadzenie zajęć opiekuńczych, edukacyjnych i rozwojowych oraz organizowanie różnorodnych form spędzania czasu wolnego dla dzieci i młodzieży z grupy zwiększonego ryzyka w ramach profilaktyki selektywnej	Liczba organizacji pozarządowych prowadzących zajęcia zgodne z zasadami profilaktyki selektywnej oraz organizujących różnorodne formy spędzania czasu wolnego Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w zajęciach	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe	
5. Prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży z grupy wysokiego ryzyka w ramach profilaktyki wskazującej	Liczba organizacji pozarządowych prowadzących zajęcia socjoterapeutyczne zgodne z zasadami profilaktyki wskazującej Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w zajęciach socjoterapeutycznych	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe	
6. Edukacja prawna w zakresie przepisów dotyczących konsumpcji i dystrybucji alkoholu, skierowana do właścicieli i pracowników placówek handlowych oraz gastronomicznych prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych	Liczba inicjatyw/kampanii edukacyjnych Liczba komunikatów (np. kursów, szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do grup docelowych	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych	
7. Realizacja działań profilaktycznych o charakterze sportowym kierowanych do ogółu dzieci i młodzieży w ramach organizacji czasu wolnego i stwarzania alternatywy dla podejmowania zachowań ryzykownych (profilaktyka uniwersalna)	Liczba działań profilaktycznych skierowanych do grup docelowych Liczba (szacunkowa) przedstawicieli grup docelowych uczestniczących w działaniach profilaktycznych	Wydział Sportu/kluby sportowe	
8. Prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych	Liczba zrealizowanych kampanii społecznych	Wydział Zdrowia i Spraw	

<p>(w tym z udziałem mediów lokalnych) o tematyce związanej z ryzykiem prowadzenia pojazdów (w tym rowerów i sprzętu pływającego) pod wpływem alkoholu oraz dotyczących reagowania na sprzeczną z prawem sprzedaż alkoholu</p>	<p>i edukacyjnych Liczba komunikatów (np. szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych, audycji, artykułów) skierowanych do grup docelowych</p>	<p>Społecznych</p>
<p>Cel II. Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych szkodliwym używaniem alkoholu</p>		
<p>Działania</p>		
<p>1. Organizowanie i prowadzenie specjalistycznych konsultacji i poradnictwa, w tym poradnictwa dla seniorów, (m. in.: medycznego, psychologicznego, psychospołecznego, pedagogicznego, rodzinnego, prawnego, socjalnego), a także grup wsparcia dla rodzin osób z problemem alkoholowym 1a. Punkty konsultacyjne dla seniorów</p>	<p>Ilościowe wskaźniki realizacji działań Liczba placówek/podmiotów prowadzących specjalistyczne poradnictwo Liczba udzielonych porad (w podziale na ich typy) Liczba placówek/podmiotów prowadzących specjalistyczne poradnictwo dla seniorów Liczba porad udzielonych seniorom (w podziale na ich typy)</p>	<p>Koordinator/Realizator Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej/ podmioty lecznicze, dla których Miasto jest podmiotem tworzącym/organizacje pozarządowe</p>
<p>2. Organizowanie i prowadzenie usług terapeutycznych dla członków rodzin osób z problemem alkoholowym</p>	<p>Liczba placówek/podmiotów prowadzących usługi terapeutyczne dla rodzin z problemem alkoholowym Liczba osób korzystających z terapii</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej/organizacje pozarządowe</p>
<p>3. Prowadzenie mediacji rodzinnych</p>	<p>Liczba podmiotów prowadzących mediacje rodzinne Liczba rodzin uczestniczących w mediacjach Liczba mediacji zakończonych pozytywnie</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p>
<p>4. Organizowanie i prowadzenie placówek wsparcia dziennego w formie opiekuńczo-specjalistycznej dla dzieci i młodzieży</p>	<p>Liczba placówek udzielających wsparcia i oferujących programy dla dzieci i młodzieży</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/organizacje</p>

<p>z rodzin z problemem alkoholowym, stwarzających alternatywę dla podejmowania zachowań ryzykownych oraz oferujących programy naprawcze i terapeutyczne</p>	<p>z rodzin z problemem alkoholowym Liczba osób korzystających z oferty tego typu placówek</p>	<p>pozarządowe</p>
<p>5. Prowadzenie działań opartych o metodykę streetworkingu i partyworkingu w środowiskach podwyższonego ryzyka występowania problemów związanych ze szkodliwym pićiem alkoholu</p>	<p>Liczba profesjonalistów pracujących metodami streetworkingu i partyworkingu w środowiskach ryzyka związanego z alkoholem Liczba osób objętych profesjonalną opieką streetworkerów/partyworkerów</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej</p>
<p>6. Prowadzenie taniego żywienia dla dzieci z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym</p>	<p>Liczba dzieci korzystających z posiłków Liczba wydanych posiłków</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/własne jednostki</p>
<p>7. Prowadzenie jadalni, kuchni społecznych, banków żywności dla osób z problemem alkoholowym i członków ich rodzin (dorosłych i dzieci)</p>	<p>Liczba podmiotów prowadzących programy żywnościowe przeznaczone dla osób i rodzin z problemem alkoholowym Liczba osób korzystających z poszczególnych typów wsparcia żywnościowego</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/organizacje pozarządowe</p>
<p>8. Aktywizacja zawodowa osób z problemem alkoholowym w klubach integracji społecznej poprzez działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia</p>	<p>Liczba placówek prowadzących aktywizację zawodową w ramach klubów integracji społecznej dla osób z problemem alkoholowym Liczba osób z problemem alkoholowym objętych programami aktywizacji zawodowej w klubach integracji społecznej Liczba osób z problemem alkoholowym podejmujących zatrudnienie dzięki programom aktywizacji zawodowej prowadzonym przez kluby</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/Kluby Integracji Społecznej</p>

	integracji społecznej	
<p>9. Wspieranie zatrudnienia socjalnego osób uzależnionych od alkoholu poprzez finansowanie centrów integracji społecznej.</p>	<p>Liczba osób z problemem alkoholowym uczestniczących w programach reintegracji społecznej i zawodowej w centrum integracji społecznej</p> <p>Liczba osób z problemem alkoholowym podejmujących zatrudnienie dzięki programom aktywizacji zawodowej prowadzonym przez centrum integracji społecznej</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/organizacje pozarządowe</p>
<p>10. Wspieranie działalności organizacji/środowisk samopomocowych dla osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu</p>	<p>Liczba działających i wspieranych organizacji/środowisk samopomocowych dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin</p> <p>Liczba osób korzystających z działań organizacji/środowisk samopomocowych</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p>
<p>11. Prowadzenie działań resocjalizacyjnych i opiekuńczych wobec osób z problemem alkoholowym – prowadzenie hosteli</p>	<p>Liczba osób objętych działaniami resocjalizacyjno-opiekuńczymi</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/organizacje pozarządowe</p>

Cel III. Zmniejszenie rozmiarów naruszeń prawa na rynku alkoholowym oraz prowadzenie procedur zmierzających do uzyskania orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego		
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordinator/Realizator
1. Realizacja procedury wizytacji lokalizacji placówek, co do których zostały złożone wnioski o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych	Liczba złożonych wniosków i przeprowadzonych wizytacji Liczba wydanych opinii (pozytywnych i negatywnych)	Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
2. Podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu, obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego	Liczba wniosków skierowanych do sądu o zobowiązanie do leczenia w zakładzie lecznictwa odwykowego Liczba prowadzonych spraw dotyczących zobowiązania do leczenia odwykowego Liczba osób w stosunku do których sąd wydał postanowienie o podjęciu leczenia w zakładzie lecznictwa odwykowego	Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
3. Kontrola punktów sprzedaży napojów alkoholowych i wnioskowanie o wszczęcie postępowania wyjaśniającego celem cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych w przypadku nieprzestrzegania zasad obrotu tymi napojami	Liczba przeprowadzonych kontroli dotyczących przestrzegania zasad obrotu napojami alkoholowymi Liczba stwierdzonych naruszeń prawa i wydanych wniosków o wszczęcie postępowania wyjaśniającego Liczba cofniętych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w związku z naruszeniem warunków sprzedaży określonych w ustawie	Straż Miejska Oddział Licencji i Zezwoleń Biura Promocji i Zatrudnienia i Obsługi Działalności Gospodarczej

Cel IV: Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych pićciem szkodliwym i uzależnieniem od alkoholu		
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynator/Realizator
1. Zwiększanie dostępności i skuteczności profesjonalnej terapii uzależnień dla osób z problemem alkoholowym	Liczba podmiotów realizujących usługi terapeutyczne dla osób z problemem alkoholowym (w podziale na typy terapii) Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z profesjonalnej terapii	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej
2. Organizowanie i prowadzenie działalności w zakresie interwencji kryzysowej dla osób z problemem alkoholowym	Liczba placówek/institucji prowadzących interwencję kryzysową wobec osób z problemem alkoholowym i form prowadzonej interwencji Liczba osób wobec których podjęto interwencję kryzysową	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej
3. Organizowanie i prowadzenie specjalistycznego poradnictwa (m. in.: medycznego, psychologicznego, psychospołecznego, pedagogicznego, rodzinnego, prawnego, socjalnego) dla osób z problemem alkoholowym	Liczba podmiotów prowadzących specjalistyczne poradnictwo dla osób z problemem alkoholowym (w podziale na typy poradnictwa) Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z poradnictwa Liczba udzielonych porad (w podziale na typy poradnictwa)	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe
4. Organizowanie i prowadzenie hosteli dla osób z problemem alkoholowym	Liczba hosteli i miejsc noclegowych przeznaczonych dla osób z problemem alkoholowym Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z hosteli	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej

<p>5. Organizowanie i prowadzenie krótkoterminowej hospitalizacji dla osób dorosłych i nieletnich w stanie intoksykacji alkoholowej</p>	<p>Liczba placówek/oddziałów prowadzących krótkoterminową hospitalizację osób z problemem alkoholowym</p> <p>Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z krótkoterminowej hospitalizacji</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej</p>
<p>6. Wprowadzanie do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej metod wczesnego diagnozowania zagrożeń związanych z nadużywaniem alkoholu – wykonywanie testów przesiewowych oraz interwencji motywujących do zmiany zachowania</p>	<p>Liczba placówek opieki zdrowotnej prowadzących wśród pacjentów wczesną diagnostykę zagrożeń związanych z używaniem alkoholu w oparciu o testy przesiewowe</p> <p>Liczba osób wobec których wykonano testy przesiewowe dotyczące problemów z używaniem alkoholu</p> <p>Liczba osób poddanych interwencji motywującej do zmiany zachowania</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/podmioty lecznicze</p>
<p>7. Prowadzenie zajęć korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie</p>	<p>Liczba podmiotów realizujących zajęcia korekcyjno-edukacyjne dla sprawców przemocy w rodzinie</p> <p>Liczba osób uczestniczących w zajęciach</p> <p>Liczba osób, które ukończyły cały program</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p>

Cel V. Doskonalenie Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i kwalifikacji jego realizatorów dla wzrostu skuteczności prowadzonych działań		
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordinator/Realizator
1. Analiza działań podejmowanych w ramach programu	Raport dotyczący oceny realizowanych działań	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/ewaluator zewnętrzny
2. Bieżące monitorowanie przebiegu działań realizowanych w ramach programu	Liczba monitorowanych/wizytowanych placówek/organizacji/programów pod kątem ich jakości	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych; Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej; Wydział Edukacji; Wydział Sportu; Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
3. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób profesjonalnie związanych z profilaktyką i terapią uzależnień, zwiększanie możliwości udziału profilaktyków i terapeutów w szkoleniach i konferencjach promujących nowoczesne metody oddziaływań	Liczba profesjonalistów korzystających ze wsparcia w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych Liczba wydarzeń edukacyjnych (kursów, konferencji itp.)	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
4. Promowanie nowoczesnych form wsparcia pracy profilaktyków i terapeutów uzależnień (m.in. superwizja, praca zespołowa)	Liczba placówek stosujących nowoczesne formy wspierania pracy profilaktyków i terapeutów	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

*określenie realizatora „organizacje pozarządowe” dotyczy także podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

VIII. Finansowanie Programu

Zgodnie z art. 18² ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „Dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ oraz dochody z opłat określonych w art. 11¹ wykorzystywane będą na realizację:

- 1) gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,

- 2) zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii - i nie mogą być przeznaczone na inne cele”.

IX. Literatura/zródła danych

1. Anderson P.A., Baumberg B., Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego, Parpamedia, Warszawa 2007.
2. Frąckowiak M, Motyka M. Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu, Hygeia Public Health 2015, 50: 314-322.
3. Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013.
4. Minister Zdrowia. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.
5. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015, Łódź 2011.

6. Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2015 roku, PARPA, Warszawa 2014.
7. Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 r. Raport z badania. TNS, październik 2013.
8. Postawy wobec alkoholu. Komunikat z badań. CBOS. Warszawa, sierpień 2010.
9. Kłos B., Spożycie alkoholu w Polsce i innych krajach europejskich, Informacja BSE nr 497.
10. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska" Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
11. Rynek napojów alkoholowych w Polsce. KPMG, 2014, s. 10.
12. Czapiński J., Panek T. (red.), Diagnoza Społeczna 2013.
13. PARPA http://www.parpa.pl/images/zestawienia_2016.pdf
14. Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Łodzi.
15. Dane niepublikowane, udostępnione przez Komendę Miejską Policji w Łodzi.
16. Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Łodzi – wyniki, Pracownia Badawczo-Psychologiczna MIRABO dla Urzędu Miasta Łodzi, 2015.
17. Sierosławski J. (2011). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2011.
18. PARPA <http://www.parpa.pl/index.php/20-badania-analizy-raporty-art/851-problemy-alkoholowe-w-ocenie-mieszkancow>
19. Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... uzależnienia od zachowań. Komunikat z badań. CBOS. Warszawa, czerwiec 2015.
20. Zachowania żywieniowe Polaków. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa, sierpień 2014.
21. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży, Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki, Lublin 2013.

22. <http://www.parpa.pl/index.php/20-badania-analazy-raporty-art/850-wyniki-ogolnopolskich-badan-ankietowych-zrealizowanych-w-2005-r-na-zlecenie-panstwowej-agencji-rozwiazywania-problemow-alkoholowych-przez-pbs-w-sopocie>

23. Kampania profilaktyczno-interwencyjna "Powstrzymać pijanego kierowcę" - Raport z Badań "Tajemniczego Klienta", Ogólnopolskie Stowarzyszenie "RoPSAN Rodzice Przeciwko Sprzedaży Alkoholu Nieletnim" dla Urzędu Miasta Łodzi, wrzesień 2017 r.


Tomasz Kooprzak

Załącznik

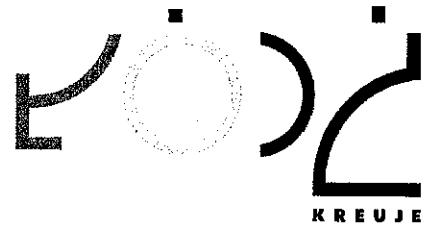
do MPPIRPA

**Wysokość wynagrodzenia dla członków Komisji
za udział w posiedzeniach i pracach Komisji.**

1. Ustala się wynagrodzenie dla członków Komisji za udział w każdym posiedzeniu plenarnym i zespołowym, prowadzeniu wizji lokalizacyjnych dotyczących opiniowania wniosków o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych pod kątem zgodności z uchwałą Nr LVIII/1228/13 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 6 marca 2013 r. w sprawie zasad usytuowania na terenie Miasta Łodzi miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 487), w wysokości 10% minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w roku 2018.
2. Wynagrodzenie za udział w posiedzeniach wypłacane jest na podstawie imiennej listy obecności.
3. Czas i miejsce wypłaty wynagrodzenia zostaną określone w regulaminie Komisji.

Tomasz Kozłowski

Załącznik Nr 2
do uchwały Nr LXIII/1647/17
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia 28 grudnia 2017 r.



Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2018

Opracowanie:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Departament Prezydenta
Urząd Miasta Łodzi

na podstawie Programu z 2016 r. opracowanego przez:

Dr n. hum. Elżbieta Korzeniowska
Dr n. hum. Krzysztof Puchalski
Dr hab. n. hum. Jacek Pyżalski

Łódź, 2017

Spis treści

I. Wstęp. Rozpowszechnienie używania narkotyków w Polsce.	3
II. Nowe zagrożenia	6
1. Nowe substancje psychoaktywne	6
2. Używanie leków OTC jako środków odurzających	9
III. Rekomendacje do planowanych działań	11
IV. Zasoby Miasta do działań profilaktycznych i naprawczych	13
11. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych	13
12. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	13
13. Wydział Edukacji	13
14. Wydział Sportu	13
15. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego	14
16. Organizacje pozarządowe	14
V. Podstawy prawne	14
VI. Cele Programu	15
VII. Działania i ilościowe wskaźniki ich realizacji	16
VIII. Finansowanie Programu	21
X. Literatura	21

I. Wstęp. Rozpowszechnienie używania narkotyków w Polsce.

Ograniczanie konsumpcji substancji psychoaktywnych, zarówno tych legalnych jak i nielegalnych, to ważne wyzwanie dla każdego kraju. Tym istotniejsze, gdy dotyczy bardzo młodych ludzi. Danych nt. rozpowszechnienia tego zjawiska wśród młodzieży dostarczają badania naukowe cyklicznie prowadzone zarówno na poziomie gmin jak i całego kraju. Badania młodzieży szkolnej w oparciu o metodologię ESPAD (Europejski Program Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i innych Substancji Psychoaktywnych) zgodnie z kalendarzem są powtarzane co 4 lata. Kolejne zostaną przeprowadzone w 2019 roku. Podobnie cyklicznie realizowane są badania w populacji ogólnej.

Oprócz ww. prowadzone są także inne ogólnopolskie badania dotyczące tej problematyki. Na początku lat 90. Fundacja CBOS rozpoczęła realizację badań w szkołach na uczniach ostatnich klas ponadpodstawowych (w wieku 18-19 lat). Ostatnie badania zostały przeprowadzone w 2016 r. Zestawienie wyników z poszczególnych badań daje możliwość prześledzenia zmian zachodzących na przestrzeni lat.

Pod ogólną nazwą „narkotyki” kryje się wiele substancji o różnorodnym działaniu – od stymulującego do uspokajającego. W 2008 roku po raz pierwszy w kwestionariuszu zamieszczono pytania dotyczące używania przez młodzież poszczególnych narkotyków. Respondenci zostali poproszeni o zaznaczanie właściwej odpowiedzi na pytanie, czy używali wymienionego narkotyku „w ciągu ostatnich 30 dni”, „w ciągu ostatnich 12 miesięcy” czy „kiedykolwiek w życiu”. Substancjami najczęściej zażywanymi przez młodzież były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2016 roku 42% badanych, co oznacza niewielki wzrost o 2 punkty procentowe w stosunku do roku 2013. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2016 marihuanę i haszysz zażywał co piąty uczeń (21%, w 2013 roku 23%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2013 roku 9%). Po marihuanie i haszyszu, najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2008 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w latach 2010, 2013 i 2016 - 7%. W badaniach w 2008 roku do zażywania amfetaminy w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie przyznało się 4% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 3%. Wskaźniki dla zażywania amfetaminy w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą 1% dla roku 2008, 2% dla roku 2010 i 2013 oraz 1% dla 2016 roku.

Ucniowie pytani byli również o to, ile razy zażywali wymienione w ankiecie substancje. Najczęściej przyjmowanymi narkotykami są marihuana lub haszysz. Raz lub dwa razy w życiu używało ich 14% uczniów, 3–9 razy – 13% badanych, 10–39 razy – 7%, a więcej niż 40 razy – 8%.

Substancje psychoaktywne	Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?				
	Nie używa- le(a)m	1–2 razy	3–9 razy	10–39 razy	40 razy lub więcej j
	w procentach				
Marihuana, haszysz	57,8	14,4	13,1	6,6	8,2
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	81,6	10,2	6,6	0,9	0,7
Alkohol razem z marihuaną	75,7	10,3	7,6	3,4	3,1
Amfetamina	92,6	4,1	1,2	1,6	0,6
Ecstasy	96,2	2,6	0,9	0,2	0,2
Poppersy	97,5	1,8	0,2	0,3	0,2
LSD lub grzyby halucynogenne	95,6	3,1	0,8	0,2	0,3
„Dopalacze” (tzw. smarty)	96,6	2,4	0,4	0,4	0,3
Kokaina, crack	96,6	2,5	0,5	0,2	0,2
Leki przeciwkaszlowe przyjmowane w celu odurzenia się	95,2	3,5	0,9	0,1	0,2
Substancje chemiczne (np. klej, aerozol) używane w celu odurzenia się	97,2	2,2	0,3	0,2	0,2
LSD i inne halucynogeny	95,6	3,1	0,8	0,2	0,3

Badanie KBPN

W badaniach ankietowych pytano również uczniów o ocenę dostępności narkotyków. Ich odpowiedzi znajdują zastosowanie w monitorowaniu nielegalnego rynku narkotyków oraz działaniach służb odpowiedzialnych za walkę z przestępczością narkotykową. Młodzież pytana była o znajomość miejsc, gdzie można kupić narkotyki, o oferty kupna, sprzedaż narkotyków w szkołach oraz o to, czy trudno jest, w ich ocenie, zdobyć poszczególne substancje psychoaktywne.

W roku 1994 co piąty respondent (22%) wiedział, od kogo lub gdzie można kupić narkotyki, w 2003 roku – już niemal połowa (49%). Jednak od tego czasu maleje odsetek uczniów mających wiedzę o miejscach oferowania narkotyków. W roku 2013 odsetek takich wskazań utrzymał się na podobnym poziomie (41%). Ponadto odsetek badanych, którzy wiedzieli o kilku takich miejscach lub osobach, był najniższy od 1996 roku. Wyniki ostatniego badania pokazały zwiększenie do 47% odsetka osób, które nie mają wiedzy, gdzie można kupić narkotyki. Jest to największy odsetek od 1996 roku.

Czy wiesz, gdzie można kupić narkotyki?	Badania statutowe CBOS		Badania IPiN	Badania KBPN				
	IV '94	IV '96		XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16
	w procentach							
Wiem o kilku miejscach, kilku osobach	17	21	37	44	31	30	28	26
Wiem o jednym miejscu, jednej osobie	5	7	6	5	4	5	5	5
Nie wiem, ale łatwo mógłbym się dowiedzieć	23	28	24	26	25	27	26	22
Nie wiem, ani gdzie, ani od kogo	55	44	33	24	40	38	41	47

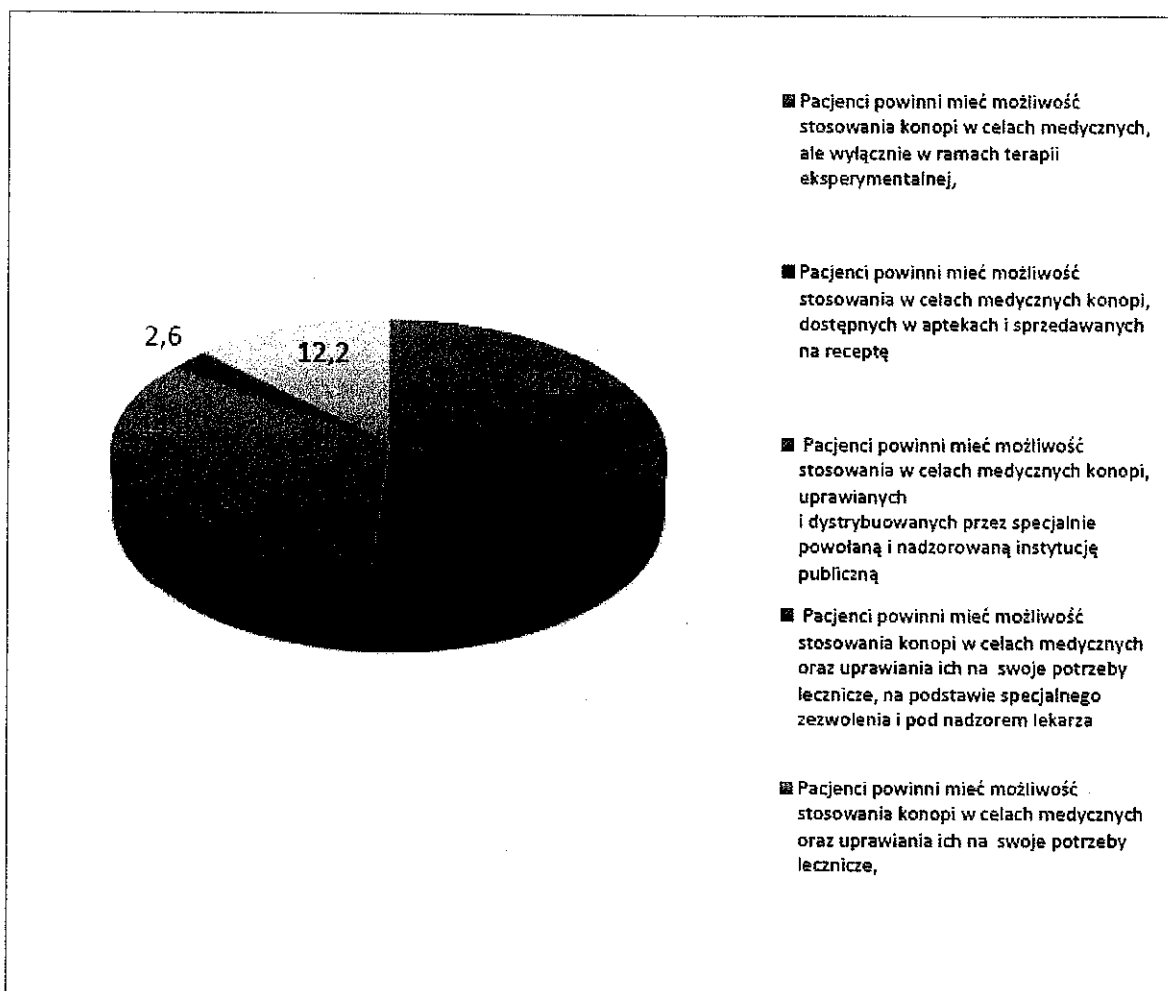
Od roku 1996 uczniowie pytani byli także o sprzedaż narkotyków w szkole. Od tego czasu do roku 2003 na pytanie, czy na terenie ich szkoły można kupić narkotyki, mniej więcej co trzeci badany odpowiadał przecząco, w 2008 roku – co drugi, a w 2010 roku – ponad połowa (55%). W ostatnich pomiarach odsetek badanych uważających, że na terenie szkoły nie są sprzedawane narkotyki systematycznie wzrastał osiągając w 2016 roku 60%.

Czy na terenie Twojej szkoły są sprzedawane narkotyki?	Badania statutowe CBOS	Badania IPiN	Badania KBPN				
			IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10
	w procentach						
Tak	14	27	26	10	9	8	7
Nie	37	30	37	50	55	58	60
Trudno powiedzieć	49	43	37	40	35	34	33

W ramach ostatniego badania zapytano młodzież o opinię na temat zastosowania konopi w celach medycznych. Respondenci mieli do wyboru kilka odpowiedzi. Największy odsetek (31%) uważa, że pacjenci powinni mieć możliwość stosowania konopi w celach medycznych, ale wyłącznie w ramach terapii eksperymentalnej. Prawie co piąty badany (18%) był zdania, że pacjenci powinni mieć możliwość stosowania w celach medycznych konopi, dostępnych w aptekach i sprzedawanych na receptę. Ponad co ósmy był za rozwiązaniem umożliwiającym uprawy na własne potrzeby w celach medycznych na podstawie specjalnego zezwolenia i pod nadzorem lekarzy (12%). Trochę większy odsetek

(14%) uważał, że pacjenci powinni mieć możliwość upraw konopi bez potrzeby posiadania zezwolenia. W sumie zatem co czwarty badany uważał, że pacjenci powinni mieć możliwość upraw konopi w celach medycznych. Rozwiązanie polegające na uprawianiu i dystrybuowaniu konopi w celach leczniczych przez specjalnie powołaną instytucję wybrało 7% respondentów.

Przeciwko stosowaniu konopi w celach leczniczych było 3% badanych, a 12% nie miało zdania.



Badanie KBPN 2016

II. Nowe zagrożenia

1. Nowe substancje psychoaktywne

Narkotykiem najbardziej rozpowszechnionym w Polsce, jak również w Europie, są konopie indyjskie, ale coraz większe zagrożenie stanowią „dopalacze”, czyli nowe, syntetyczne narkotyki. „Dopalacze” to termin potocznie używany dla określenia różnych substancji psychoaktywnych, których dotychczas nie zdążono ustawowo zakazać, projektowanych i produkowanych w nielegalnych laboratoriach na całym niemal świecie.

„Dopalacze” są groźne przede wszystkim ze względu na ich silne działanie i dużą toksyczność. Substancji tych jest bardzo dużo, ich wyliczenie jest niemożliwe, można jednak wyróżnić dwie grupy: katynony oraz sztuczne syntetyczne kanabinoidy.

Katynony (beta-ketony) to grupa narkotyków działających stymulująco i powodujących wzrost uczucia empatii, euforii, przyjmowanych na ogół donosowo.

Sztuczne kanabinoidy to sprzedawane w mieszankach ziołowych syntetyczne substancje reklamowane jako substytuty marihuany, ale o silniejszym działaniu stymulującym i psychotycznym.

Od 2008 roku do prowadzonych badań wprowadzono również pytania dotyczące „dopalaczy”. Wyniki wskazują na spadek używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z dopalaczami (używali kiedykolwiek w życiu) jest na takim samym poziomie jak w 2008 roku: 3,5%. W ciągu ostatniego roku używało „dopalaczy” 1% badanych, w ciągu ostatniego miesiąca również 1%. Są to najniższe wskaźniki od początku kiedy zaczęto badać ten problem, to jest od roku 2008. Pokazują to wyniki wcześniejszych trzech pomiarów z 2008, 2010 i 2013 roku. Według deklaracji z roku 2008, po „dopalacze” sięgnęło „kiedykolwiek w życiu” 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z „dopalaczami” w ciągu roku poprzedzającego badanie z roku 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). Rok 2010 był jak pamiętamy okresem działania ponad 1 400 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Po zamknięciu wielu z nich wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z „dopalaczami” „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni” wyniósł natomiast 1%.

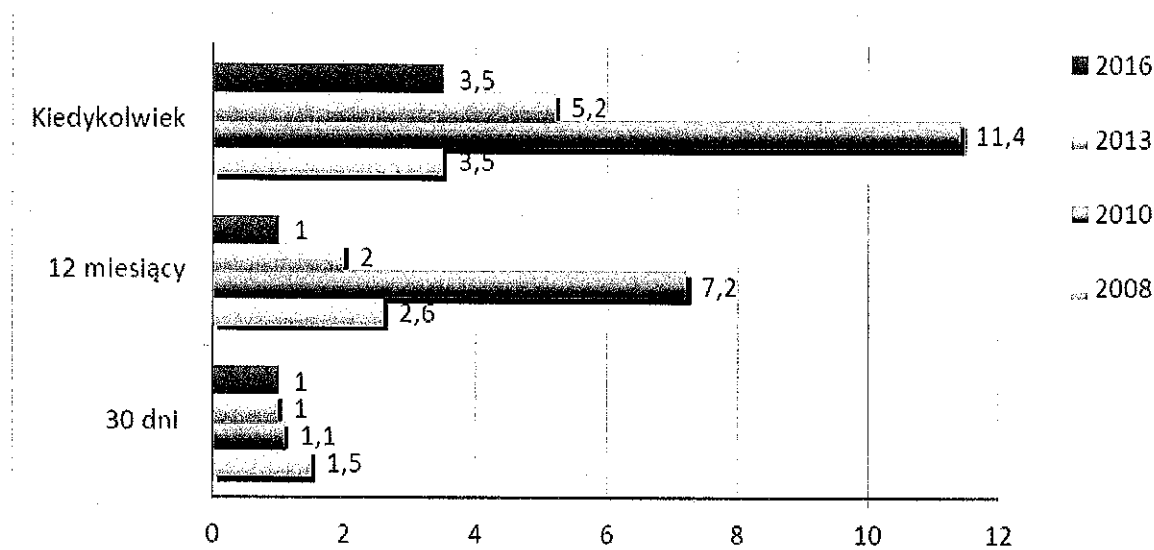
Z analizy wyników badań wynika także, że częściej po „dopalacze” sięgają chłopcy (5%) niż dziewczęta (3%). Najwyższy odsetek odnotowano wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej (6%) oraz w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (6%). Większe prawdopodobieństwo sięgnięcia po „dopalacze” wykazują uczniowie oceniający swoje warunki jako „złe” (9%) aniżeli osoby mające „dobre” warunki (3%). Podobna zależność występuje przy uwzględnieniu czynnika „wiary”. Wśród osób głęboko wierzących odsetek jest mniejszy (3%) niż wśród niewierzących (7%).

Uczniów pytano również o ocenę dostępności „dopalaczy”. Wśród mieszkańców wsi łatwe zdobycie „dopalaczy” zadeklarowało 13% badanych. W miastach w zależności od wielkości miasta wskaźnik ten wyniósł od 15% do 19%.

W badaniach w 2010 i 2013 roku uczniom zadawano dodatkowe pytania o „dopalacze” - miały one na celu szacowanie skali nowego zjawiska na rynku narkotykowym. Pytania dotyczyły znajomości samego terminu „dopalacze” oraz sklepów z „dopalaczami”. O „dopalaczach” słyszało 90% badanych w roku 2010 i 80% ankietowanych w 2013 roku. W sklepach z „dopalaczami” w roku 2010 było 27% badanych, a w roku 2013 – 12%.

Według danych z ostatnich badań o „dopalaczach” słyszało 68% ankietowanych. Badanym, którzy potwierdzili używanie „dopalaczy” zadano pytanie związane z ich zakupem. Z danych wynika, że 1,7% badanych kupowało „dopalacze” w sklepach stacjonarnych. Ze sklepu internetowego korzystało 1,1% badanych a z zagranicznego sklepu 1,1%. Taki sam odsetek badanych korzystał z ukrytych giełd internetowych tzw. kryptomarketów (1,1%). W inny sposób kupowało „dopalacze” 2,3% badanych, m.in. od dilerów czy znajomych. 0,5% badanych kupowało nie rzadziej niż 2-3 razy w miesiącu.

Używanie „dopalaczy” wśród młodzieży szkolnej – ostatnie klasy szkół ponadgimnazjalnych



Po okresie względnego wyciszenia problemu „dopalaczy” w latach 2011–2013, obserwowaliśmy w 2014 roku ponowny ich powrót, co było szczególnie widoczne w liczbie hospitalizowanych na skutek zatrucia tymi substancjami. Według danych konsultanta krajowego w dziedzinie toksykologii klinicznej w 2014 roku zgłoszono 2 513 podejrzeń zatruc dopalaczami, natomiast w 2015 roku już ok. 7 300, w tym 24 zgony mogące mieć związek przyczynowo-skutkowy z zażyciem dopalaczy.

W celu zwalczania tego zjawiska podjęto wzmożone działania w wielu obszarach mających związek z popytem i podażą „dopalaczy”. W ich efekcie w 2016 roku znacząco (o 40%) spadła liczba osób hospitalizowanych w związku z zatruciem tymi substancjami. Według danych GIS w 2016 roku odnotowano ok. 4 300 przypadków zatruc „dopalaczami”.

W Łodzi w 2016 roku władze Miasta Łodzi podjęły szereg dodatkowych działań w walce z „dopalaczami”, między innymi występując z pozwami do sądu przeciw właścicielom nieruchomości, którzy wynajmowali lokale na funkcjonowanie sklepów z „dopalaczami”. Konsekwentne działania doprowadziły do likwidacji w naszym Mieście sklepów stacjonarnych handlujących „dopalaczami”. Ponadto prawnicy Urzędu Miasta Łodzi

przygotowali projekt nowelizacji ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii zdecydowanie zaostrzający przepisy dotyczące wszystkich działań związanych z środkami zastępczymi i nowymi substancjami psychoaktywnymi.

W efekcie podejmowanych działań znacznie zmniejszyła się w 2017 roku liczba osób hospitalizowanych w związku z zatruciem „dopalaczami”. W I półroczu 2017 roku do Zakładu Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr med. J. Nofera w Łodzi przyjęto 295 osób tj. o ok. 40% mniej aniżeli w analogicznym okresie poprzedniego roku.



#ZdrowaŁódź

Źródło: *Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr med. J. Nofera w Łodzi*

2. Używanie leków OTC jako środków odurzających

W ostatnich latach obserwujemy niepokojący wzrost zażywania niektórych leków dostępnych bez recepty (tzw. leków OTC) w celach pozamedycznych. Dotyczy to w szczególności osób młodych. Przyjęcie większych dawek aniżeli terapeutyczne może prowadzić bowiem do wystąpienia efektów psychostymulujących, euforyzujących lub halucynogennych.

Młodzież coraz częściej sięga po środki, których stosowanie nie wymaga iniekcji ani tzw. „wciągania” (takie zachowania bowiem są w opinii młodzieży negatywnie kojarzone z narkomanią jako patologią), o krótkotrwałym działaniu, tak by efekty można było łatwo ukryć przed otoczeniem.

Zdaniem toksykologów rośnie liczba leków używanych w celach „rekreacyjnych”, głównie zawierających efedrynę (obecną w wielu środkach OTC), ale także zawierających benzydaminę, xylometazolin czy kodeinę. Popularność konkretnych leków zawierających powyższe substancje uwarunkowana jest chwilowymi modami, dyskusjami na forach internetowych czy wręcz zwyczajami panującymi w danym, lokalnym środowisku młodzieżowym.

Według części ekspertów wzrost zażywania leków OTC w celu odurzania się związany jest ze stałymi działaniami powodującymi ograniczenie obrotu „dopalaczami”. Zaś szeroki dostęp do leków OTC, także tych zmieniających świadomość, przyczynił się do upowszechnienia w gronie wielu młodych ludzi nowych wzorców rozrywki czy spędzania czasu. Sprzyja temu także niska cena leków oraz mała świadomość potencjalnych zagrożeń wśród rodziców oraz nauczycieli i pedagogów. W przeciwieństwie do wielu narkotyków i „dopalaczy”, produkty dostępne w aptekach stosowane są przede wszystkim doustnie. Najbliższe otoczenie, np. rodzina, bardzo często nie przypuszcza, że przyjmowany doustnie lek może być stosowany jako środek odurzający. Leki OTC stają się więc alternatywą bądź uzupełnieniem dla klasycznych lub nowych środków psychoaktywnych („dopalaczy”). Legalne pochodzenie środków pozyskanych w aptece stanowi o ich atrakcyjności, szczególnie dla najmłodszych użytkowników.

Ekspertom trudno jest jednoznacznie ocenić skalę zjawiska odurzania się lekami. Ocena z reguły opiera się na statystykach przyjęć na szpitalne oddziały toksykologiczne, a także na wycinkowych wynikach badań ilościowych. Szpitalne statystyki nie są natomiast w tym przypadku miarodajne ze względu na specyfikę omawianych środków. Pomimo niszczącego wpływu na zdrowie i uzależniających efektów, leki są jedynie czasami przedawkowywane w takim stopniu, by stan pacjenta wymagał hospitalizacji. Dane, jakimi dysponują szpitale nie są więc wystarczającą przesłanką pozwalającą na wnioskowanie o skali zjawiska.

Informacje o sposobach zażywania leków OTC w celu osiągnięcia efektów „rekreacyjnych” w dużej mierze pochodzą z wpisów na licznych portalach np. hyperreal.info; nerogroove.info, bądź stronach internetowych. Stały się one miejscem wymiany doświadczeń i informacji o potencjalnych skutkach działania leków OTC, sposobach ich przyjmowania a także możliwościach łączenia z alkoholem lub innymi środkami psychoaktywnymi.

Motywy sięgania po leki OTC przedstawiane przez młodzież (w badaniach Millward Brown – „Zjawisko używania przez młodzież w celach pozamedycznych leków nasennych i uspokajających z grupy benzodiazepin oraz leków dostępnych bez recepty zawierających dekstrometorfan, pseudoefedrynę/efedrynę oraz kodeinę”) są takie same jak w przypadku innych substancji odurzających:

- ciekawość, poszukiwanie nowych doznań - bardzo często wymieniany przez młodzież motyw odurzania się lekami. Odurzenie lekami bywa niezauważone nawet

w bezpośredniej rozmowie z nauczycielem czy rodzicem, co powoduje, że takie eksperymentowanie młodzież kojarzy bardziej z zabawą niż z zagrożeniem, jakie w rzeczywistości niesie;

- potrzeba rozrywki – według opinii badanej młodzieży leki używane do celów pozamedycznych stają się używką niezbędną na spotkaniach towarzyskich. Młodzież poszukuje ciągle nowych bodźców. Zażywanie substancji psychoaktywnych na imprezach jest dla części badanej młodzieży zwyczajem, bez którego nie wyobrażają sobie dobrej zabawy;
- podążanie za modą – nastolatki próbowały odurzać się lekami, ponieważ tak robili ich znajomi;
- chęć ucieczki od rzeczywistości – badana młodzież wymieniała, jako jeden z motywów odurzania się, pragnienie ucieczki od problemów, a bardziej nawet - potrzebę znieczulenia się na nie;
- poszukiwanie substytutów dla innych środków – dla części użytkowników, leki nie są środkiem pierwszego wyboru, a substytutem narkotyku, na który aktualnie zainteresowani nie mają pieniędzy lub nie mają do niego w danym momencie dostępu.

Młodzież odurzająca się lekami często opowiadała o niewystarczającym kontakcie z rodzicami. Z ich oceny stosunków rodzinnych, a także ich opisów, wyłaniał się obraz relacji bardzo powierzchownej, wspólnego zamieszkiwania, ale nieczęstych rozmów. Badana młodzież często oceniała, że rodzice rozmawiają z nimi zbyt rzadko, można też było wnioskować, że nie są to rozmowy głębokie, wykraczające poza omówienia podstawowych faktów.

III. Rekomendacje do planowanych działań

Zadania związane z rozwiązywaniem problemu konsumpcji narkotyków dla jednostek samorządu terytorialnego w naszym kraju określa Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. Dz. U. poz. 1492.

1. Realizacja programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej: profilaktyka uniwersalna powinna być realizowana na wszystkich poziomach edukacji, szczególnie poprzez programy rekomendowane przez KBPN, MEN i IPiN oraz poprzez wsparcie oferty zajęć pozaszkolnych dla dzieci i młodzieży, a także działań skierowanych do rodziców.

2. W zakresie profilaktyki selektywnej i wspierającej rekomenduje się wdrażanie programów wczesnej interwencji dla młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie środków odurzających, także programów profilaktyki selektywnej w miejscach o zwiększonym narażeniu na kontakt z narkotykami (np. dyskoteki, kluby).

3. Organizowanie pomocy psychologicznej i prawnej dla rodzin dotkniętych narkomanią i przemocą, prowadzenie obozów profilaktycznych oraz innych programów dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka lub ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

4. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat używania i zapobiegania konsumpcji substancji psychoaktywnych poprzez opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie kampanii edukacyjnych i współpracę z mediami w zakresie tej problematyki.

5. Podnoszenie kwalifikacji osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną poprzez wspieranie szkoleń na temat konstruowania, wdrażania i oceny programów profilaktycznych oraz organizowanie superwizji dla realizatorów profilaktyki narkotykowej.

6. Prowadzenie działań na rzecz ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków; samorząd powinien zwiększać dostępność pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej, w tym inicjować powstawanie nowych placówek ambulatoryjnych, rozwijać i modernizować bazę zakładów leczenia i rehabilitacji takich osób, finansować programy pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej w placówkach leczenia uzależnień, wspierać obozy i turnusy rehabilitacyjne. Ma ponadto upowszechniać informacje o placówkach i programach dla osób uzależnionych.

7. Zwiększanie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających narkotyków iniekcyjnie. Mowa jest tu głównie o ulicznych programach wymiany igieł i strzykawek, programach profilaktyki HIV, HBV, HCV wśród uzależnionych, obozach i turnusach rehabilitacyjnych dla uczestników leczenia substytucyjnego.

8. Informacja o możliwości leczenia substytucyjnego w różnych środowiskach – np. NGOs, policja, pomoc społeczna, straż miejska.

9. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym:

- opracowywanie raportów zawierających dane na temat: zgłaszalności na leczenie, liczby zgonów, zakażeń HIV, HCV związanych z narkotykami, cen narkotyków, trendów w używaniu środków zastępczych, udzielanych świadczeniach zdrowotnych w następstwie używania środków zastępczych, szacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków.

- prowadzenie badań ankietowych co 4 lata w populacji dorosłych i młodzieży (wg metodyki ECINN) oraz badań jakościowych wynikających z lokalnych potrzeb.

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii uwzględnia istniejącą wiedzę o zjawisku konsumpcji narkotyków jak i rozwiązania przyjęte w naszym kraju w odniesieniu do roli samorządów lokalnych w tym zakresie. Bazując m.in. na kompetencjach i doświadczeniach instytucji, organizacji i poszczególnych osób zaangażowanych w realizację poprzednich programów przyjmuje, że działania z obszaru profilaktyki uwzględniać będą uznane strategie: edukacji normatywnej, przekazu informacji, kształtowania umiejętności życiowych, edukacji rówieśniczej, alternatyw, rozwoju zasobów środowiskowych oraz rozwijania umiejętności wychowawczych. Zakłada stosowanie nowoczesnych metod

opracowywania i upowszechniania materiałów i kampanii edukacyjnych sprzyjających ograniczeniu używania narkotyków poprzez współpracę lokalnych specjalistów (naukowców i praktyków) od profilaktyki, edukacji i promocji zdrowia, w tym między innymi opartych na ewaluacji dotychczasowych przedsięwzięć tego rodzaju. Program przyjmuje także, że będą kontynuowane oraz doskonalone działania w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych osób używających narkotyki szkodliwie lub od nich uzależnionych, a także związane z monitoringiem zjawisk w obszarze narkotyków, narkomanii i postaw społecznych.

IV. Zasoby Miasta do działań profilaktycznych i naprawczych

1. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Zakres kompetencji Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych pozwala na organizację terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych a także członków ich rodzin, w formie zajęć indywidualnych, grupowych oraz terapii rodzinnej, organizację porad diagnostycznych i terapeutycznych oraz sesji edukacyjno-motywacyjnych.

2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

W ramach swoich kompetencji Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej posiada możliwości organizowania i prowadzenia ośrodków rehabilitacyjno-readaptacyjnych (hosteli) dla osób uzależnionych i szkodliwie używających substancji psychoaktywnych, które ukończyły program terapeutyczny, jak również realizacji programów reintegracji społecznej i zawodowej dla bezrobotnych osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych po zakończeniu programu terapeutycznego.

3. Wydział Edukacji

Zakres kompetencji Wydziału Edukacji pozwala na adresowanie działań do dzieci i młodzieży szkolnej poprzez organizację zajęć dodatkowych zgodnie z założeniami profilaktyki uniwersalnej, prowadzenie imprez promujących zdrowie i podnoszących umiejętności wychowawcze rodziców i nauczycieli oraz promujących metody nowoczesnego przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym.

4. Wydział Sportu

W ramach swoich kompetencji Wydział Sportu może organizować różnego rodzaju zajęcia sportowe, promujące aktywny sposób spędzania czasu, bez alkoholu czy narkotyków, włączając w nie elementy edukacyjne w zakresie profilaktyki uzależnień.

5. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego

Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi posiada kompetencje do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom z problemem narkotykowym oraz ich rodzinom, takich jak: porady diagnostyczne, terapeutyczne, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej. Może realizować zajęcia w ramach profilaktyki uniwersalnej dla młodzieży szkolnej oraz programy wczesnej interwencji w formie warsztatów o charakterze edukacyjno-motywacyjnym, a także działania pozamedyczne: porady prawne i socjalne dla osób uzależnionych znajdujących się w trudnej sytuacji ze względu na brak pracy lub środków do życia.

6. Organizacje pozarządowe

Organizacje pozarządowe są cennym zasobem przy realizacji działań w zakresie profilaktyki uzależnień, jak również niwelowania negatywnych skutków tych zjawisk, zwłaszcza skutków społecznych. Organizacje prowadzą np. terapię osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin, ośrodki rehabilitacyjno-readaptacyjne dla osób uzależnionych, centrum integracji społecznej czy zajęcia dla dzieci i młodzieży w ramach profilaktyki uniwersalnej.

W Łodzi w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od substancji psychoaktywnych działa około 80 organizacji współpracujących z Urzędem Miasta Łodzi.

V. Podstawy prawne

Obowiązek uchwalenia Programu wynika z art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458).

Przy realizacji zadań zawartych w Programie zastosowanie mają następujące akty prawne:

- 1) ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2017 r. poz. 783 i 1458);
- 2) ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60, 573 i 1909);
- 3) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875);
- 4) ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1868);
- 5) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 2110 i 2217);
- 6) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882);
- 7) ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237);
- 8) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492);

- 9) uchwała Nr XXIV/570/16 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 3 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia „Polityki Społecznej 2020+ dla Miasta Łodzi - Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych”.

VI. Cele Programu

Cel I.	Upowszechnienie i utrwalenie w wybranych grupach mieszkańców Łodzi postaw abstynenckich wobec używania substancji o działaniu narkotycznym, z dostosowaniem do specyfiki adresatów.
Cel II.	Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych używaniem narkotyków.
Cel III.	Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków u osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem.
Cel IV.	Doskonalenie Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i kwalifikacji jego realizatorów w celu podnoszenia skuteczności oddziaływań.

VII. Działania i ilościowe wskaźniki ich realizacji

Cel 1. Upowszechnienie i utrwalenie w wybranych grupach mieszkańców łodzi postaw abstynenckich wobec używania substancji o działaniu narkotycznym, z dostosowaniem do specyfiki adresatów

Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynator/Realizator
<p>1. Realizacja w łódzkich szkołach oraz innych placówkach oświatowych zajęć i programów profilaktyki narkotykowej, w tym nakierowanych na kształtowanie i wzmacnianie czynników chroniących przed zachowaniami ryzykownymi zgodnie z filozofią profilaktyki pozytywnej (m. in. budowanie konstruktywnych interakcji społecznych, poczucia własnej wartości i skuteczności, rozwój zainteresowań, identyfikacji z pozytywnymi wzorami i grupami odniesienia)</p>	<p>Liczba programów i działań realizowanych w szkołach i innych placówkach oświatowych</p> <p>Liczba szkół i placówek oświatowych realizujących programy i działania</p> <p>Liczba (szacunkowa) odbiorców objętych oddziaływaniem programów i działań</p>	<p>Wydział Edukacji/placówki oświatowo-wychowawcze</p> <p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p>
<p>2. Wspieranie inicjatyw promujących zdrowy styl życia wolny od narkotyków, w tym także prowadzenie działań profilaktycznych o charakterze sportowym i kulturalnym kierowanych do ogółu dzieci i młodzieży w ramach organizacji czasu wolnego jako alternatywa dla podejmowania zachowań ryzykownych (profilaktyka uniwersalna)</p>	<p>Liczba programów i działań realizowanych przez organizacje pozarządowe</p> <p>Liczba organizacji pozarządowych realizujących programy i działania</p> <p>Liczba (szacunkowa) odbiorców objętych oddziaływaniem programów i działań</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p> <p>Wydział Sportu/kluby sportowe</p>
<p>3. Prowadzenie zajęć opiekuńczych, edukacyjnych i rozwojowych oraz organizowanie różnorodnych form spędzania czasu wolnego dla dzieci i młodzieży z grupy zwiększonego ryzyka w ramach profilaktyki selektywnej</p>	<p>Liczba programów i działań realizowanych przez organizacje pozarządowe</p> <p>Liczba organizacji pozarządowych realizujących programy i działania</p> <p>Liczba odbiorców objętych oddziaływaniem</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p>

<p>4. Edukacja rodziców i opiekunów w zakresie szybkiej identyfikacji problemów związanych z używaniem substancji o działaniu narkotycznym przez dziecko oraz na temat oferty pomocowej skierowanej do rodzin z dziećmi przejawiającymi problemy narkotykowe</p>	<p>Liczba inicjatyw edukacyjnych (kursów szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do przedstawicieli grup docelowych</p>	<p>Wydział Edukacji/placówki oświatowo-wychowawcze</p>
<p>5. Edukacja na temat zjawisk związanych z używaniem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, skierowana głównie do lekarzy, policjantów, strażników miejskich, pracowników socjalnych i nauczycieli</p>	<p>Liczba inicjatyw edukacyjnych (kursów szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do grup docelowych Liczba (szacunkowa) przedstawicieli grup docelowych uczestniczących w różnych formach edukacyjnych dotyczących wczesnej diagnozy problemów narkotykowych oraz oferty pomocowej</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych</p>
<p>6. Prowadzenie działań edukacyjnych i socjoterapeutycznych dla młodzieży eksperymentującej i problemowo używającej narkotyków, w tym również tzw. „dopalaczy” w ramach profilaktyki wskazującej</p>	<p>Liczba działań profilaktycznych skierowanych do grup docelowych Liczba (szacunkowa) przedstawicieli grup docelowych uczestniczących w działaniach profilaktycznych</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe</p>
<p>7. Prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych, szkoleń, konferencji oraz badań dotyczących problematyki substancji psychoaktywnych</p>	<p>Liczba zrealizowanych kampanii społecznych i edukacyjnych Liczba działań – szkoleń, badań, materiałów edukacyjnych drukowanych i online, konferencji, audycji, artykułów</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych</p>

Cel II. Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych używaniem narkotyków		Koordinator/Realizator
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	
<p>1. Organizowanie i prowadzenie specjalistycznego poradnictwa (prawnego, psychospołecznego oraz medycznego, socjalnego, psychologicznego, pedagogicznego, rodzinnego), a także usług terapeutycznych oraz grup wsparcia dla rodzin osób uzależnionych od narkotyków i zagrożonych uzależnieniem</p>	<p>Liczba placówek prowadzących specjalistyczne poradnictwo</p> <p>Liczba udzielonych porad (w podziale na ich typy)</p> <p>Liczba placówek prowadzących usługi terapeutyczne dla rodzin z problemem narkotykowym</p> <p>Liczba osób korzystających z terapii</p>	<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej/organizacje pozarządowe</p>
<p>2. Prowadzenie działań opartych o metodykę streetworkingu i partyworkingu w środowiskach podwyższonego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem narkotyków</p>	<p>Liczba profesjonalistów pracujących metodami streetworkingu i partyworkingu w środowiskach ryzyka związanego z używaniem narkotyków</p> <p>Liczba osób objętych profesjonalną opieką streetworkerów/partyworkerów</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej</p>
<p>3. Aktywizacja zawodowa i reintegracja społeczna osób z problemem narkotykowym poprzez działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia (po zakończonej terapii)</p>	<p>Liczba placówek/podmiotów prowadzących aktywizację zawodową i reintegrację społeczną dla osób z problemem narkotykowym</p> <p>Liczba osób z problemem narkotykowym objętych programami reintegracji społecznej i aktywizacji zawodowej</p> <p>Liczba osób podejmujących zatrudnienie dzięki programom aktywizacji zawodowej</p>	<p>Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/organizacje pozarządowe</p>

4. Prowadzenie działań resocjalizacyjnych i opiekuńczych wobec osób z problemem narkotykowym (hostel)	Liczba osób objętych działaniami resocjalizacyjno-opiekuńczymi	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej/organizacje pozarządowe
Cel III. Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków u osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem		
Działania		
1. Zwiększenie dostępności i skuteczności różnicowanych form profesjonalnej terapii uzależnień dla osób z problemem narkotykowym	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordinator/Realizator
2. Organizowanie i prowadzenie działalności w zakresie interwencji kryzysowej dla osób z problemem narkotykowym	Liczba placówek prowadzących usługi terapeutyczne dla osób z problemem narkotykowym (w podziale na typy placówek i typy terapii) Liczba osób z problemem narkotykowym korzystających z profesjonalnej terapii	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej/organizacje pozarządowe
3. Organizowanie i prowadzenie specjalistycznego poradnictwa (m.in.: medycznego, psychologicznego, psychospołecznego, pedagogicznego, rodzinnego, prawnego, socjalnego) dla osób uzależnionych od narkotyków i zagrożonych uzależnieniem	Liczba placówek/instytucji prowadzących interwencję kryzysową wobec osób z problemem narkotykowym Liczba osób objętych interwencją kryzysową	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej
4. Prowadzenie grup wsparcia utrwalających efekty terapii (w ramach oddziaływań rehabilitacyjnych) dla osób uzależnionych od narkotyków	Liczba placówek prowadzących specjalistyczne poradnictwo dla osób z problemem narkotykowym (w podziale na typy poradnictwa) Liczba osób z problemem narkotykowym korzystających z poradnictwa Liczba udzielonych porad (w podziale na typy poradnictwa)	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe
4. Prowadzenie grup wsparcia utrwalających efekty terapii (w ramach oddziaływań rehabilitacyjnych) dla osób uzależnionych od narkotyków	Liczba aktywnych grup wsparcia Liczba osób korzystających z pomocy grup wsparcia	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/organizacje pozarządowe

Cel IV. Doskonalenie Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i kwalifikacji jego realizatorów w celu podnoszenia skuteczności oddziaływań		
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynator/Realizator
1. Analiza działań podejmowanych w ramach programu	Raport dotyczący realizowanych działań	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/ewaluator zewnętrzny
2. Bieżące monitorowanie przebiegu działań realizowanych w ramach programu oraz monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w Łodzi	Liczba monitorowanych/wizytowanych placówek/organizacji/programów pod kątem ich jakości Raport gminny	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych; Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej; Wydział Edukacji; Wydział Sportu;
3. Zwiększenie możliwości udziału profilaktyków i terapeutów uzależnień w szkoleniach i konferencjach promujących nowoczesne metody oddziaływań, w tym planowania, wdrażania i oceny programów antynarkotykowych	Liczba profesjonalistów korzystających ze wsparcia w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych Liczba wydarzeń edukacyjnych (kursów, konferencji itp.)	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych/Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej
4. Promowanie nowoczesnych form wsparcia pracy profilaktyków i terapeutów uzależnień (m.in. superwizja, praca zespołowa)	Liczba placówek stosujących nowoczesną formę wspierania pracy profilaktyków i terapeutów	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

*określenie realizatora „organizacje pozarządowe” dotyczy także podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

VIII. Finansowanie Programu

Zgodnie z art. 18² ustawy z dnia 26 października o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „Dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ oraz dochody z opłat określonych w art. 11¹ wykorzystywane będą na realizację:

- 1) gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 2) zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii - i nie mogą być przeznaczone na inne cele”.

IX. Literatura/cytowane źródła

1. Fundacja Badania Opinii Społecznej CBOS – Młodzież 2016.
2. Millward Brown – „Zjawisko używania przez młodzież w celach pozamedycznych leków nasennych i uspokajających z grupy benzodiazepin oraz leków dostępnych bez recepty zawierających dekstrometorfan, pseudoefedrynę / efedrynę oraz kodeinę”.
3. Dane z Kliniki Chorób Zawodowych i Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi.

