

w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2016 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2016.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515 i 1890), art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, 1893 i 1916) oraz art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28, 875, 1893 i 1916), Rada Miejska w Łodzi

uchwala, co następuje:

§ 1.1. Przyjmuje się Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2016, stanowiący załącznik Nr 1 do uchwały.

2. Przyjmuje się Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2016, 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 2017 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 2017 r.

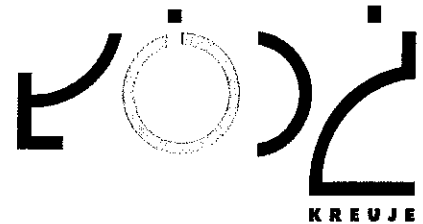
§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Łodzi.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący
Rady Miejskiej w Łodzi**

Tomasz KACPRZAK

Załącznik Nr 1
do uchwały Nr XXII/538/15
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia 30 grudnia 2015 r.



Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2016

Opracowanie:

Dr n. hum. Elżbieta Korzeniowska

Dr n. hum. Krzysztof Puchalski

Dr hab. n. hum. Jacek Pyżalski

Współpraca:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Departament Komunikacji Społecznej i Zdrowia

Urząd Miasta Łodzi

Łódź, 2015

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	6
3. Przemiany wzorców konsumpcji alkoholu	7
4. Nadużywanie alkoholu w regionie łódzkim i mieście Łodzi	7
5. Postawy dorosłego społeczeństwa wobec picia alkoholu	8
6. Konsumpcja alkoholu wśród łódzkiej młodzieży	9
7. Konsumpcja alkoholu wśród kobiet w ciąży	12
III. Rekomendacje do planowanych działań	13
IV. Zasoby Miasta do działań profilaktycznych i naprawczych	15
1. Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych	15
2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	15
3. Wydział Edukacji	16
4. Wydział Sportu	16
5. Wydział Kultury	16
6. Straż Miejska	16
7. Biuro Promocji Zatrudnienia i Obsługi Działalności Gospodarczej	16
8. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego	17
9. Miejskie zakłady opieki zdrowotnej	17
10. Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	17
11. Organizacje pozarządowe	18
V. Podstawy prawne	19
VI. Cele Programu	20
VII. Działania i ilościowe wskaźniki ich realizacji	21
VIII. Finansowanie Programu	30
IX. Literatura	30

I. Wstęp

Nadużywanie alkoholu etylowego, rozpowszechnione głównie w państwach kultury euroamerykańskiej, jest współcześnie jednym z głównych problemów zdrowotnych i społecznych, którego skutki odnoszą się zarówno do osób nadmiernie pijących, jak ich najbliższego otoczenia, ale również do organizacji pracy zatrudniających takie osoby, szerszych obszarów gospodarki regionu i kraju, systemów bezpieczeństwa publicznego, zabezpieczeń socjalnych czy ochrony zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia umieszcza alkohol na trzecim miejscu wśród głównych czynników ryzyka dla zdrowia populacji.

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 powodowane piciem alkoholu,
6. szkody ekonomiczne w rodzinach osób nadmiernie pijących oraz w systemach zabezpieczeń społecznych, zdrowia publicznego i ochrony zdrowia.

Toksyczne działanie alkoholu dotyczy zmian chorobowych w większości układów organizmu (głównie układu nerwowego, pokarmowego, krążenia, oddechowego, moczowego, hormonalnego). Wpływa on na osłabienie systemu odpornościowego, co skutkuje m.in. zwiększonym ryzykiem niektórych odmian raka, w szczególności wątroby, przełyku, 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.

Osoby nadużywające alkohol żyją średnio o 10-22 lata krócej od wieku oczekiwanego. Częściej są ofiarami przestępstw oraz wypadków ze skutkiem śmiertelnym. Częściej też wchodzą 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. Obciążają systemy zabezpieczeń społecznych i zdrowotnych z uwagi na istotnie krótszy okres wpłacania składek i zarazem zwiększone korzystanie ze świadczeń.

Z uwagi na przywołane problemy ważnym obszarem polityki społecznej i zdrowotnej staje się zapobieganie, ograniczanie i rozwiązywanie problemów wynikających ze szkodliwej konsumpcji alkoholu.

II. Diagnoza problemu konsumpcji alkoholu

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

Skalę konsumpcji alkoholu w społeczeństwie określa się na ogół w oparciu o statystyki dotyczące rejestrowanej sprzedaży lub deklaracje respondentów w badaniach sondażowych, w których zadaje się im pytania o rodzaj i ilość wypijanych napojów alkoholowych, częstość picia itp. Jednak ustalenie precyzyjnego obrazu zjawiska jest trudnym zadaniem. Przykładowo, dane dotyczące wielkości sprzedaży nie uwzględniają nielegalnego obrotu alkoholem (szacowanego nawet na ok. 30% rynku). Z kolei dane pochodzące z badań typu sondażowego skazane są na liczne zniekształcenia związane m.in. z niepamięcią

respondentów, trudnościami w określaniu dawek, drażliwością tematu, próbami prezentowania obrazu siebie innego niż rzeczywisty itp. Ponadto mało jest badań prowadzonych w tej problematyce a odmienne metodologie stosowane w poszczególnych badaniach społecznych utrudniają porównywanie wyników.

W minionej dekadzie średnie spożycie alkoholu na jednego mieszkańca w Polsce utrzymywało się powyżej 9 litrów (w przeliczeniu na 100% alkohol). Ogólnie w okresie tym, z małymi wahaniami (pod wpływem zmian cen detalicznych wynikających ze zmian akcyzy), występowała tendencja wzrostu wielkości konsumpcji alkoholu.

Napoje zawierające alkohol etylowy są w Polsce powszechnie konsumowane. Według danych TNS w 2012 r. abstynenci stanowili 16% dorosłych Polaków (11% mężczyzn i 20% kobiet). CBOS wielkość tę w 2010 r. określało na 22% (16% mężczyzn i 30% kobiet), wskazując postępujący od końca lat 90-tych 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 lata) – 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 wzrost odsetka pijących, także nadużywających alkohol, 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) lub kwestii metodologicznych (np. większej otwartości lepiej wykształconych do udzielania szczerych odpowiedzi). Może też wiązać się z przemianami kulturowymi. 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 alkohol. 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 r. 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 alkohol 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 r., 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). O ile na wsiach mieszka najmniej pijących (najniższe odsetki deklarują picie alkoholu, niższe są też wskaźniki sprzedaży), o tyle najwięcej w dużych miastach (co szczególnie wyraźnie widać w populacji kobiet). Dane GUS dotyczące zróżnicowań regionalnych w wielkości spożycia pokazują, że województwo łódzkie ma spożycie niższe od średniej krajowej. Także mniej osób w woj. łódzkim, na tle większości innych województw, przyznaje się do nadużywania alkoholu. Z drugiej strony, według danych gromadzonych przez PARPA, w 2013 r. w woj. łódzkim policja i straż miejska zatrzymały w izbach wytrzeźwień 16856 nietrzeźwych osób dorosłych (15047 mężczyzn i 1809 kobiet), dodatkowo w innych

miejscach (wskazanych przez gminy) zatrzymanych zostało 6520 nietrzeźwych (5871 mężczyzn i 649 kobiet).

Na tle innych województw liczba ta nie należy do niskich – co przy relatywnie niskiej konsumpcji alkoholu może świadczyć o sprawności działania służb porządkowych. Niepokojącym wskaźnikiem jest fakt, że na tle kraju w regionie łódzkim stwierdzono największą liczbę zaburzeń psychicznych (zaburzenia związane z alkoholem są najliczniejszą ich grupą) doświadczanych przez mieszkańców kiedykolwiek w życiu.

Jednym z kluczowych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu jest przemoc w rodzinie. Według danych policji, gromadzonych w wyniku procedury „Niebieskie Karty” (bez innych instytucji stosujących tę procedurę), w 2014 r. w województwie łódzkim w stosunku do 3306 osób zgłoszono podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie pod wpływem alkoholu (dotyczyło to 165 kobiet, 3139 mężczyzn i 2 nieletnich) – na 4581 osób w ogóle podejrzanych o przemoc w rodzinie. Na terenie Łodzi podejrzanych (tylko przez policję) o przemoc w rodzinie pod wpływem alkoholu było w minionym roku 811 osób (w tym 748 mężczyzn, 62 kobiety, 1 osoba nieletnia). W 2014 r. stanowili oni 2/3 ogółu sprawców przemocy w Łodzi.

5. Postawy dorosłego społeczeństwa wobec picia alkoholu

Czterech na pięciu dorosłych Polaków w badaniu TNS zadeklarowało, że zwróciłoby uwagę osobie sprzedającej alkohol nieletnim. Połowa w tej sytuacji zawiadomiłaby policję (ale blisko połowa nie). Również połowa deklaruje, że zawiadomiłaby urząd wydający zezwolenia na handel alkoholem.

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-szóste 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 tegorocznych badaniach alkoholizm zestawiony z innymi uzależnieniami w opinii reprezentacji Polaków okazał się tym, które najczęściej (zaraz po narkomanii) uznawane jest jako zagrażające 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 restryktywne postawy nieco częściej prezentują kobiety.

Z drugiej strony w 2014 r. zaledwie 6% społeczeństwa wskazuje unikanie picia alkoholu wśród dwóch najważniejszych elementów stylu życia przyczyniających się do poprawy zdrowia. Od pierwszej połowy lat 90-tych 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 r. w reprezentatywnej próbie 1843 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: Na podst. niepublikowanych danych z badania

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 tab. 5. Średnio co trzynasty uczeń upił się nie mając jeszcze 14 lat.

Tabela 5. 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: Na podst. niepublikowanych danych z badania

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 zobiektywizowanych kryteriów do upojenia doprowadził się w tym czasie blisko co trzeci gimnazjalista i 60% starszych uczniów.

b. Negatywne doświadczenia łódzkiej młodzieży związane z piciem alkoholu

Alkohol sprzyja, zwłaszcza w przypadku chłopców i starszej młodzieży, różnym negatywnym doświadczeniom, jak m.in.: bójki, wypadki, problemy w relacjach społecznych, w nauce itp. (tab. 6)

Tabela 6. 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

c. Postawy łódzkiej młodzieży wobec alkoholu

Łódzka młodzież znacznie częściej dostrzega pozytywne dla siebie, niż negatywne skutki używania alkoholu. Wśród konsekwencji pozytywnych najczęściej wymienia świetną zabawę (55% gimnazjalistów i 72% starszych spodziewa się tego), 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%), dalej 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 piciem (7% i 10%).

Porównanie wyników trzech badań ESPAD prowadzonych w próbach ogólnopolskich co cztery lata pokazuje, że silnie wzrosły odsetki uczniów oczekujących pozytywnych konsekwencji. Oczekiwania konsekwencji negatywnych wykazały raczej tendencję spadkową.

Obserwacje te wydają się skłaniać do krytycznej oceny edukacji zdrowotnej adresowanej do młodego pokolenia.

d. 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.

7. Konsumpcja alkoholu wśród kobiet w ciąży

Szczególnym kontekstem dla problemów związanych z alkoholem jest zdrowie prokreacyjne. 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 konsumpcja alkoholu w ciąży nie powoduje ryzyka zdrowotnego dla przyszłej matki lub ryzyko to jest nieznaczne (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 2016. 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. Dotychczas realizowane programy antyalkoholowe w szkołach trudno – z uwagi na duże rozpowszechnienie wskazanych zjawisk – oceniać pozytywnie jako skuteczny sposób profilaktyki. Wymagają one weryfikacji oraz zdecydowanych modyfikacji dostosowujących je do charakterystyki współczesnej młodzieży i wzorów kulturowych.

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. Równolegle z programami adresowanymi do uczniów (i placówek edukacyjnych) 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 (gł. 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 wzmacnianie 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. Odmienne 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. Chociaż kobiety piją ogólnie mniej alkoholu niż mężczyźni, to ponadprzeciętnie dużo piją mieszkanki dużych miast, młode i dobrze wykształcone.

8. Problemem wymagającym osobnej uwagi jest konsumpcja alkoholu przez kobiety w ciąży. Jego 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 zarządzania konsumpcją alkoholu i innych substancji psychoaktywnych 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 i ich przekazów warto uczynić rozwijającą się, głównie w klasie średniej, modę na zdrowy styl życia, pojmowany jako przede wszystkim aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie.

12. Z uwagi na duży niedostatek badań pozwalających ewaluować realizację i efekty podejmowanych interwencji należy opracować szczegółową koncepcję badań ewaluacyjnych i sukcesywnie prowadzić diagnozy (w aspekcie zmian wskaźników picia alkoholu, postaw wobec niego, zjawisk towarzyszących nadmiernej konsumpcji, uwarunkowań, ale też ilościowej i jakościowej oceny prowadzonej profilaktyki, potrzeb i uwarunkowań realizowanych działań). W oparciu o ich wyniki należy 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. Wydział Kultury

W ramach swoich kompetencji Wydział Kultury poprzez Centra Aktywnego Seniora pomaga osobom starszym, w rodzinie których istnieje problem alkoholowy, udzielając specjalistycznych porad prawnych i psychologicznych.

6. Straż Miejska

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

7. 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 brak tabliczek informujących o szkodliwości spożywania alkoholu.

8. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego w Łodzi

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.

9. Miejskie zakłady opieki zdrowotnej

Miejska służba zdrowia może włączyć się w realizację projektu „AUDIT” — wykonywanie wśród pacjentów POZ testów przesiewowych służących rozpoznawaniu problemów alkoholowych oraz prowadzeniu krótkich interwencji.

10. Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

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, na podstawie z art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

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 procedur 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 Rady Miejskiej w Łodzi dotyczącą zasad usytuowania na terenie miasta Łodzi miejsc sprzedaży napojów alkoholowych oraz warunków sprzedaży tych napojów - zgodnie z art. 18 ust. 3a ustawy,
- 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.

11. 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. 100 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 2015 r. poz. 1286, 1893 i 1916).

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 2015 r. poz. 1286, 1893 i 1916);
- 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 2015 r. poz. 163, 693, 1045, 1240, 1310, 1359, 1607, 1616, 1830 i 1893);
- 4) ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, 1138 i 1146 oraz z 2015 r. poz. 1255, 1333, 1339 i 1777);
- 5) ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, Nr 205, poz. 1211 oraz z 2015 r. poz. 1220 i 1567);
- 6) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991);
- 7) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994);
- 8) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515 i 1890);
- 9) ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1445 i 1890);
- 10) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 oraz z 2015 r. poz. 1916);
- 11) uchwała nr 35/2011 Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie „Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015”;
- 12) uchwała Nr XXIX/524/11 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie przyjęcia „Strategii rozwiązywania problemów społecznych w mieście Łodzi na lata 2011-2015”;
- 13) uchwała Nr VI/104/11 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 29 marca 2011 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

VI. Cele Programu

Cel I.	Upowszechnienie i utrwalanie 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 utrwalanie postaw abstynenckich wobec alkoholu w wybranych grupach mieszkańców Łodzi, z dostosowaniem do specyfiki tych grup		
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordinacja
1. Realizacja w łódzkich szkołach oraz innych placówkach oświatowych programów profilaktyki alkoholowej, w tym nakierowanych 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)	Liczba programów/działań realizowanych w szkołach i innych placówkach oświatowych. Liczba szkół i placówek oświatowych realizujących programy/działania. Liczba (szacunkowa) odbiorców objętych oddziaływaniem programów/działań.	Wydział Edukacji, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
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)	Liczba działań realizowanych przez organizacje pozarządowe. Liczba organizacji pozarządowych realizujących programy/działania.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
3. Edukacja rodziców i opiekunów w zakresie szybkiej identyfikacji problemów alkoholowych dziecka oraz oferty pomocowej skierowanej do rodzin z dziećmi przejawiającymi problemy alkoholowe	Liczba działań edukacyjnych (kursów szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do przedstawicieli grup docelowych.	Wydział Edukacji

4. Prowadzenie zajęć opiekuńczych, edukacyjnych i rozwojowych dla dzieci i młodzieży z grupy zwiększonego ryzyka w ramach profilaktyki selektywnej	Liczba organizacji pozarządowych prowadzących zajęcia zgodne z zasadami profilaktyki selektywnej. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczącej w zajęciach.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
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 uczestniczącej w zajęciach socjoterapeutycznych.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
6. Edukacja prawna w zakresie przepisów dotyczących konsumpcji i dystrybucji alkoholu, skierowana głównie 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
8. Prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych (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	Liczba zrealizowanych kampanii społecznych i edukacyjnych. Liczba komunikatów (np. szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych, audycji, artykułów) skierowanych do grup docelowych.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Cel II. Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych szkodliwym używaniem alkoholu			
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynacja	
1. Organizowanie i prowadzenie specjalistycznych konsultacji i poradnictwa (m.in.: medycznego, psychologicznego, psychospołecznego, pedagogicznego, rodzinnego, prawnego, socjalnego), a także grup wsparcia dla rodzin osób z problemem alkoholowym	Liczba placówek/podmiotów prowadzących specjalistyczne poradnictwo. Liczba udzielonych porad (w podziale na ich typy).	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, Wydział Kultury	
2. Organizowanie i prowadzenie usług terapeutycznych dla członków rodzin osób z problemem alkoholowym	Liczba placówek/podmiotów prowadzących usługi terapeutyczne dla rodzin z problemem alkoholowym. Liczba osób korzystających z terapii.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych	
3. Prowadzenie mediacji rodzinnych	Liczba podmiotów prowadzących mediacje rodzinne. Liczba rodzin uczestniczących w mediacjach. Liczba mediacji zakończonych pozytywnie.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych	
4. Organizowanie i prowadzenie placówek wsparcia dziennego w formie opiekuńczo-specjalistycznej dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym, stwarzających alternatywę dla podejmowania zachowań ryzykownych oraz oferujących programy naprawcze i terapeutyczne	Liczba placówek udzielających wsparcia i oferujących programy dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym. Liczba osób korzystających z oferty tego typu placówek.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	

5. Prowadzenie działań opartych o metodykę streetworkingu i partyworkingu w środowiskach podwyższonego ryzyka występowania problemów związanych ze szkodliwym pićiem alkoholu	Liczba profesjonalistów pracujących metodami streetworkingu i partyworkingu w środowiskach ryzyka związanego z alkoholem. Liczba osób objętych profesjonalną opieką streetworkerów/partyworkerów.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
6. Prowadzenie taniego żywienia dla dzieci z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym	Liczba dzieci korzystających z posiłków. Liczba wydanych posiłków.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
7. Prowadzenie jadalni, kuchni społecznych, banków żywności dla osób z problemem alkoholowym i członków ich rodzin (dorosłych i dzieci)	Liczba podmiotów prowadzących programy żywnościowe przeznaczone dla osób i rodzin z problemem alkoholowym. Liczba osób korzystających z poszczególnych typów wsparcia żywnościowego.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
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	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 integracji społecznej.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

9. Wspieranie zatrudnienia socjalnego osób uzależnionych od alkoholu poprzez finansowanie centrów integracji społecznej	Liczba osób z problemem alkoholowym uczestniczących w programach reintegracji społecznej i zawodowej w centrum integracji społecznej. Liczba osób z problemem alkoholowym podejmujących zatrudnienie dzięki programom aktywizacji zawodowej prowadzonym przez centrum integracji społecznej.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
10. Wspieranie działalności organizacji/środowisk samopomocowych dla osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu	Liczba działających i wspieranych organizacji/środowisk samopomocowych dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin. Liczba osób korzystających z działań organizacji /środowisk samopomocowych.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
11. Refundacja kosztów zakupu leków, środków opatrunkowych i testów do wykrywania środków psychoaktywnych	Liczba osób korzystających z refundacji kosztów zakupu leków, środków opatrunkowych i testów do wykrywania środków psychoaktywnych. Wartość udzielonych refundacji.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
12. Prowadzenie działań resocjalizacyjnych i opiekuńczych wobec osób z problemem alkoholowym – prowadzenie hosteli	Liczba osób objętych działaniami resocjalizacyjno-opiekuńczymi.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Cel III. Zmniejszanie 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	Koordynacja
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.	Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
		Liczba wydanych opinii (pozytywnych i negatywnych).	
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.	Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
		Liczba prowadzonych spraw dotyczących zobowiązania do leczenia odwykowego.	
		Liczba osób, w stosunku do których sąd wydał postanowienie o podjęciu leczenia w zakładzie lecznictwa odwykowego.	
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.	Straż Miejska, Oddział Licencji i Zezwoleń Biura Promocji i Zatrudnienia i Obsługi Działalności Gospodarczej
		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.	

Cel IV. Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych pićem szkodliwym i uzależnieniem od alkoholu		
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynacja
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).	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
	Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z profesjonalnej terapii.	
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.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
	Liczba osób, wobec których podjęto interwencję kryzysową.	
3. Organizowanie, 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).	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
	Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z poradnictwa.	
	Liczba udzielonych porad (w podziale na typy poradnictwa).	
4. Organizowanie i prowadzenie hosteli dla osób z problemem alkoholowym	Liczba hosteli i miejsc noclegowych przeznaczonych dla osób z problemem alkoholowym.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
	Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z hosteli.	

5. Organizowanie i prowadzenie krótkoterminowej hospitalizacji dla osób dorosłych i nieletnich w stanie intoksykacji alkoholowej	Liczba placówek/oddziałów prowadzących krótkoterminową hospitalizację osób z problemem alkoholowym. Liczba osób z problemem alkoholowym korzystających z krótkoterminowej hospitalizacji.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
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	Liczba placówek opieki zdrowotnej prowadzących wśród pacjentów wczesną diagnostykę zagrożeń związanych z używaniem alkoholu w oparciu o testy przesiewowe. Liczba osób, wobec których wykonano testy przesiewowe dotyczące problemów z używaniem alkoholu. Liczba osób poddanych interwencji motywującej do zmiany zachowania.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
7. Prowadzenie zajęć korekcyjno- edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie	Liczba podmiotów realizujących zajęcia korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie. Liczba osób uczestniczących w zajęciach. Liczba osób, które ukończyły cały Program.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Cel V. Doskonalenie Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i kwalifikacji jego realizatorów dla wzrostu skuteczności prowadzonych działań			
Działania		Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynacja
1. Analiza działań podejmowanych w ramach Programu		Raport dotyczący oceny realizowanych działań.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
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, Wydział Kultury, 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

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

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. Kłós 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 (2013) http://www.parpa.pl/images/file/Zestawienia_statystyczne_2013.pdf
14. Dane niepublikowane, udostępnione przez Komendę Wojewódzką 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. Sierostawski 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-analizy-raporty-art/850-wyniki-ogolnopolskich-badan-ankietowych-zrealizowanych-w-2005-r-na-zlecenie-panstwowej-agencji-rozwiazywania-problemow-alkoholowych-przez-pbs-w-sopocie>

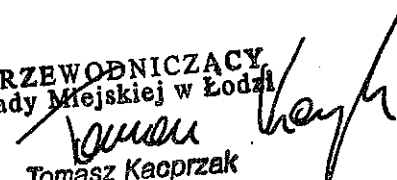
PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Łodzi

Tomasz Kacprzak

Załącznik Nr 1
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 2015 r. poz. 1286, 1893 i 1916), w wysokości 10% minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w roku 2016.
2. Wynagrodzenie za udział w posiedzeniach wypłacane jest na podstawie imiennej listy obecności.
3. Czas i miejsce wypłaty wynagrodzenia zostaną określone w regulaminie Komisji.

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Łodzi

Tomasz Kaoprzak

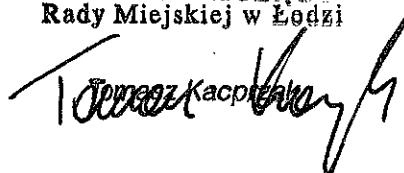
Załącznik Nr 2

do MPPIRPA

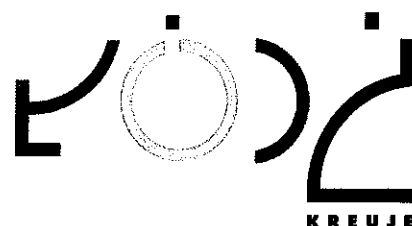
**Planowany podział środków finansowych na realizację
Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**

Planowany podział środków finansowych na realizację Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych		Kwota (w zł)
Cel I.	Upowszechnienie i utrwalanie postaw abstynenckich wobec alkoholu w wybranych grupach mieszkańców Łodzi, z dostosowaniem do specyfiki tych grup	2.432.170,00
Cel II.	Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych szkodliwym używaniem alkoholu	3.830.400,00
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	606.000,00
Cel IV.	Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych piciem szkodliwym i uzależnieniem od alkoholu	4.369.430,00
Cel V.	Doskonalenie Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i kwalifikacji jego realizatorów dla wzrostu skuteczności prowadzonych działań	22.000,00
RAZEM		11.260.000,00

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Łodzi


Tomasz Kacprzak

Załącznik Nr 2
do uchwały Nr XXII/538/15
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia 30 grudnia 2015 r.



Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2016

Opracowanie:

Dr n. hum. Elżbieta Korzeniowska

Dr n. hum. Krzysztof Puchalski

Dr hab. n. hum. Jacek Pyżalski

Współpraca:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Departament Komunikacji Społecznej i Zdrowia

Urząd Miasta Łodzi

Łódź, 2015

Spis treści

I. Wstęp. Tendencje przemian problemu narkotykowego w Europie	3
II. Diagnoza skali używania narkotyków w Polsce i w Łodzi	5
1. Skala i struktura konsumpcji narkotyków w populacji dorosłych w Polsce	5
2. Konsumpcja narkotyków w regionie łódzkim	6
3. Używanie narkotyków przez młodzież szkolną w Łodzi	7
4. Przekonania łódzkich uczniów na temat dostępności przetworów konopi	8
5. Postawy łódzkich uczniów wobec marihuany/haszyszu	9
6. Używanie dopalaczy przez uczniów łódzkich szkół	9
7. Używanie leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarza przez łódzkich uczniów	10
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. Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego	13
5. Organizacje pozarządowe	14
V. Podstawy prawne	15
VI. Cele Programu	16
VII. Działania i ilościowe wskaźniki ich realizacji	17
VIII. Finansowanie Programu	22
IX. Literatura	22

I. Wstęp. Tendencje przemian problemu narkotykowego w Europie.

Ograniczanie konsumpcji narkotyków to ważne wyzwanie dla współczesnego świata, szczególnie krajów wysokorozwiniętych. Szacuje się, że około 200 mln ludzi w wieku 15-64 lata, zażywa narkotyków (czyli jedna na dwadzieścia). Szkody, jakie powoduje to zjawisko porównywane są z generowanymi przez picie alkoholu, choć mniejsze od powstających w wyniku palenia tytoniu. Narkotyki to przede wszystkim problem ludzi młodych. Są one odpowiedzialne za ponad 2 mln tzw. straconych lat życia.

Według raportu EMCDDA (Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii) z 2015 r. długoterminowe tendencje w zakresie problemu narkotykowego nie uległy zmianie. Zdiagnozowano natomiast nowe trendy w odniesieniu do sposobów używania narkotyków oraz reakcji na to zjawisko. Stwierdzono, że coraz trudniej jest określić granicę między „starymi” i „nowymi” substancjami, gdyż te ostatnie w coraz większym stopniu naśladują wcześniej istniejące.

Najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem w Europie (stosowanym codziennie przez ok. 1% dorosłych) są konopie indyjskie. Problemem staje się zapewnienie opieki wzrastającej liczbie osób zgłaszających się do leczenia z powodu ich używania (tu potwierdza się skuteczność interwencji psychospołecznych, niezależnie od typu stosowanego rodzaju leczenia). Innym wyzwaniem jest wzrost liczby poważnych problemów zdrowotnych na skutek zażycia silnie działających produktów i potrzeba sprawniejszego monitorowania tego zjawiska. Wiąże się to z ogólną tendencją wzrostu siły działania wszystkich najczęściej używanych narkotyków.

W przypadku heroiny najnowsze tendencje są stosunkowo korzystne. Obserwuje się spadek liczby nowych użytkowników, lepszą zgłaszalność na leczenie i zmniejszającą się ilość szkód związanych z używaniem tej substancji. Zmniejsza się skala zakażenia wirusem HIV w związku z dożylnym stosowaniem heroiny. Problemem pozostają jednak zakażenia WZW typu C. Wyzwaniem staje się to, że usługi terapeutyczne trzeba dostosować do potrzeb starzejącej się grupy użytkowników (którzy długotrwale stosują też inne substancje, w tym tytoń i alkohol). Ponadto wzrasta liczba przypadków śmierci spowodowanych przedawkowaniem heroiny oraz zagrożenie wzrostem dostępności tego narkotyku.

Raport zwraca uwagę na problem tzw. „slammingu”, tj. przyjmowania substancji odurzających (metamfetaminy, katynonów i innych) przez homoseksualnych mężczyzn drogą iniekcji, zazwyczaj podczas imprez. Jest to sprzeczne z ogólną tendencją ograniczania wstrzykiwania narkotyków, co sugeruje potrzebę większej koncentracji na związku między narkotykami, a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.

Kolejne zjawisko to rosnące wykorzystanie Internetu w sferze związanej z narkotykami. Z jednej strony rośnie jego rola w podaży i marketingu narkotyków. Z drugiej strony sieć, to dobre narzędzie dla upowszechniania wiedzy i świadczenia usług profilaktycznych – stąd wiele programów interwencyjnych oraz praca środowiskowa przenoszą się (w różnym stopniu) do środowiska wirtualnego. Wirtualne rynki stają się ważnym obszarem, na którym należy koncentrować działania antynarkotykowe.

Wzrasta niepokój spowodowany używaniem nowych substancji psychoaktywnych, bo poziom wiedzy na temat skali i szkód ich użycia nie nadąża za rozwojem sytuacji w tym zakresie. Dane Eurobarometru na temat rozpowszechnienia nowych narkotyków wśród młodzieży pokazują, że ich użycie kiedykolwiek w życiu pozostaje na niskim poziomie w większości państw UE. Natomiast systematycznie wzrasta różnorodność i ilość nowych substancji psychoaktywnych na rynku (w 2014 r. wykryto 101 nowych substancji).

II. Diagnoza skali używania narkotyków w Polsce i w Łodzi

Trudno jest określić skalę rozpowszechnienia problemu konsumpcji narkotyków. Z uwagi na nielegalny obrót tymi substancjami brak jest danych o wielkości ich sprzedaży. Podobnie trudno też oczekiwać pełnej szczerości od respondentów badań sondażowych. Ponadto rozmyty zakres pojęcia „narkotyki” utrudnia precyzyjną komunikację w tego typu badaniach.

1. Skala i struktura konsumpcji narkotyków w populacji dorosłych w Polsce

Według Diagnozy Społecznej 2013, w Polsce ok. 1% dorosłej populacji przyznał się do zażywania narkotyków/dopalaczy w minionym roku. Poziom ten utrzymuje się od 2005 r. (z lekkim spadkiem w 2007 r.). Kobiety zażywają narkotyki trzykrotnie rzadziej niż mężczyźni, osoby po 59 roku życia dwadzieścia razy rzadziej od liczących mniej niż 24 lata, mieszkańcy małych miast i wsi dwa-pięć razy rzadziej niż miast powyżej 500 tys. mieszkańców. Największe spożycie jest wśród osób ze średnim wykształceniem (1,71%). Wyższe odsetki występują wśród bezrobotnych (2,18%) i innych biernych zawodowo (1,78%).

Według badania CBOS [4] z przełomu 2014 r. i 2015 r. na reprezentatywnej próbie 1379 osób w wieku 15-64 lata do spożycia jakiegokolwiek narkotyku w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 4,7% (różnica w ustaleniach Diagnozy i CBOS może wynikać z nieuznawania marihuany czy haszyszu za narkotyk przez znaczącą część respondentów pierwszego badania). Potwierdziły się prawidłowości dotyczące zróżnicowania konsumpcji przez kobiety i mężczyzn (nowsze dane wskazują na dwukrotną różnicę) i wynikające z miejsca zamieszkania. Największą popularność używania narkotyków w ciągu ostatniego roku CBOS diagnozuje wśród gimnazjalistów (10,0%) i absolwentów wyższych uczelni (8,1%).

W strukturze popularności spożycia narkotyków w Polsce główne miejsce, według CBOS, zajmują marihuana i haszysz (16,3% obywateli w wieku 15-64 lata użyło ich kiedykolwiek w życiu). Problem ten dotyczy, co około piątego mężczyzny i co dziesiątej kobiety. Drugie miejsce zajmują amfetamina i ecstasy (po 1,7%), dalej kokaina (1,4%), „dopalacze” i LSD (po 1,3%) oraz grzyby halucynogenne (1,1%). W ostatnim roku jakiegokolwiek narkotyk zażyło 4,7% respondentów i najczęściej sięgano po marihuanę lub haszysz (4,6% badanych). Mniej niż 0,5% używało każdej z pozostałych substancji uwzględnionych w badaniu. Pytania dotyczące ostatnich 30 dni mierzą bieżące korzystanie. Jakiegokolwiek

narkotyk zażyło w tym czasie 2,2%. Najwięcej użytkowników miały przetwory konopi indyjskich (2,1%), pozostałe substancje po 0,1%-0,2%.

Dopalacze, kiedykolwiek w życiu, stosowało 2,2% badanych, w ostatnim roku 0,5%, a w miesiącu 0,2%. Połowa badanych (46%), którzy używali „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, używała ich w formie proszku lub tabletek (zazwyczaj wymieniali nazwy: kryształ 3MMC oraz JHW). Sposób nabywania dopalaczy, to głównie: od znajomej osoby (60%), Internet (32%), specjalny sklep (17%).

Według CBOS poziom używania narkotyków w 2015 r. zmniejszył się w porównaniu z 2010 r. Według Diagnozy Społecznej jest podobny w ciągu ostatnich dziesięciu lat. I znowu można zakładać, że różnice wyników mają związek z nieuznawaniem przez respondentów produktów z konopi indyjskich i dopalaczy za narkotyki.

2. Konsumpcja narkotyków w regionie łódzkim

Według Diagnozy Społecznej, wśród wszystkich województw, łódzkie plasuje się na szóstym miejscu pod względem częstotliwości zażywania narkotyków (1,5% mieszkańców deklarujących spożycie). To obszar o średnim nasileniu problemu w porównaniu do mazowieckiego czy zachodniopomorskiego (odpowiednio 2,07% i 2,06%) czy warmińsko-mazurskiego i świętokrzyskiego (odpowiednio mających 0,41% i 0,34%). Brakuje bardziej aktualnych i szczegółowych danych dotyczących struktury spożycia narkotyków w regionie łódzkim. Według danych z 2010 r., podobnie jak w całym kraju, najbardziej popularne były marihuana i haszysz, zarówno gdy idzie o eksperymentalne (4,9%), okazjonalne (2,0%), jak i bieżące spożycie (0,5%). Na drugim miejscu było LSD (odpowiednio 1,9% - kiedykolwiek, 1,65% - w minionym roku, 0,1% - w ostatnim miesiącu), na trzecim amfetamina (1,3% eksperymentowanie, 0,4% okazjonalne użycie). W przypadku miesiąca poprzedzającego badanie respondenci nie zadeklarowali użycia żadnych innych narkotyków poza przetworami konopi i kokainą.

Stan konsumpcji narkotyków w regionie łódzkim ilustruje też wskaźnik pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zachowaniami, spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, przyjętych do leczenia stacjonarnego. Wynosił on 47,7 na sto tysięcy mieszkańców i był wyższy niż przeciętny dla kraju. Skalę problemu określają też dane o zgonach spowodowanych przedawkowaniem narkotyków. Najwięcej było ich w 2006 r. i obserwowany jest trend spadkowy. W roku 2010 takich zgonów było 15.

W 2010 r., co szósty mieszkaniec województwa łódzkiego uważał, że bardzo łatwo lub dosyć łatwo jest nabyć przetwory konopi. Najczęściej wskazywanym miejscem ich pozyskania były bary, puby, dyskoteki i koncerty. Inne narkotyki zdecydowanie rzadziej uważane były za łatwo dostępne (amfetamina – 6,3%, ecstasy - 4,8%, LSD - 3,9%, pozostałe jeszcze rzadsze). W przypadku każdej substancji, o którą pytano, osoby w wieku 15-34 lata wyraźnie częściej niż starsze uważały, że łatwo im ją zdobyć. Z drugiej strony tylko, co około piątej młodej osobie poszczególne narkotyki wydawały się niemożliwe do zdobycia.

Prawie wszyscy mieszkańcy województwa łódzkiego (95,8%) nie chcieli, by używanie marihuany było dozwolone, podobnie gdy idzie o heroinę (97,8%). Nie akceptowali przyzwolenia na używanie, zarówno tych narkotyków, które uznawane są za bezpieczniejsze, jak i tych okrytych zdecydowanie złą sławą.

3. Używanie narkotyków przez młodzież szkolną w Łodzi

Badania oparte o metodologię ESPAD przeprowadzone w Łodzi w 2015 r. w reprezentatywnej próbie 1843 uczniów w wieku 15-16 lat (trzecia klasa gimnazjum) oraz 17-18 lat (druga klasa szkół ponadgimnazjalnych) pokazują rozpowszechnienie używania poszczególnych narkotyków.

Tabela 1. Rozpowszechnienie używania narkotyków wśród uczniów szkół w Łodzi

Chociaż raz w życiu	Marihuana i haszysz	Substancje wziewne (kleje, aerozole itp.)	Amfetamina	Ecstasy
Uczniowie III klas gimnazjum	28,1% ch.	8,4% ch.	4,1% ch.	4,9% ch.
	22,8% dz.	9,8% dz.	4,6% dz.	3,0% dz.
Uczniowie II klas szkół ponadgimnazjalnych	58,1% ch.	7,6% ch.	10,3% ch.	6,1% ch.
	46,3% dz.	6,1% dz.	5,5% dz.	4,5% dz.
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	Marihuana i haszysz	Substancje wziewne (kleje, aerozole itp.)	Amfetamina	Ecstasy
Uczniowie III klas gimnazjum	19,3% ch.	4,1% ch.	2,8% ch.	2,8% ch.
	15,4% dz.	3,7% dz.	2,2% dz.	1,7% dz.
Uczniowie II klas szkół ponadgimnazjalnych	44,1% ch.	3,3% ch.	6,9% ch.	3,4% ch.
	31,1% dz.	1,3% dz.	4,7% dz.	1,7% dz.
W ciągu ostatnich 30 dni	Marihuana i haszysz	Substancje wziewne (kleje, aerozole itp.)	Amfetamina	Ecstasy
Uczniowie III klas gimnazjum	9,8% ch.	2,0% ch.	1,0% ch.	0,5% ch.
	6,1% dz.	0,9% dz.	0,6% dz.	0,4% dz.

Uczniowie II klas szkół ponadgimnazjalnych	22,2% ch.	2,7% ch.	1,7% ch.	1,4% ch.
	13,0% dz.	0,6% dz.	1,1% dz.	0,4% dz.

Opracowanie na podstawie: Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Łodzi – wyniki, Pracownia Badawczo-Psychologiczna MIRABO dla Urzędu Miasta Łodzi, 2015

W świetle generalnych tendencji dominuje konsumpcja przetworów konopi. Mimo nielegalności substancji średnio jedna czarta badanych uczniów gimnazjum (22,8% dziewcząt i 28,1% chłopców) oraz połowa uczniów szkół ponadgimnazjalnych (46,3% dziewcząt i 58,1% chłopców) miało już za sobą inicjację z marihuaną lub haszyszem. Wraz z wiekiem obserwuje się tendencję wzrostową ich konsumpcji. W starszej grupie prawidłowością jest częstsze używanie konopi wśród chłopców.

4. Przekonania łódzkich uczniów na temat dostępności przetworów konopi

Eksperymentowanie z marihuaną i haszyszem, jak i okazjonalne ich spożywanie osiąga niepokojący poziom, co sugeruje, że mamy do czynienia z czymś w rodzaju „mody”. Ponad połowa gimnazjalistek i gimnazjalistów w łódzkim badaniu z 2015 r. stwierdza, że wśród ich przyjaciół znajdują się osoby używające marihuanę czy haszysz. Wśród starszej młodzieży taką opinię wyraża blisko 80% dziewczyn i 85% chłopców.

Wyzwaniem jest też rozpowszechnione przekonanie o łatwości zdobycia tych narkotyków. Tak – w omawianym badaniu – ocenia ich dostępność, częściej niż co trzeci uczeń gimnazjum i prawie 60% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Tylko co szósty (15,4%) gimnazjalista i co szesnasty spośród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (6,1%) stwierdził, że zdobycie przez niego marihuany lub haszyszu byłoby niemożliwe.

Dwie piąte uczniów gimnazjum i trzy piąte starszych chłopców oraz połowa dziewcząt deklaruje, że wie gdzie bez trudu można kupić marihuanę lub haszysz. Najczęściej wskazują na park lub ulicę oraz dyskotekę lub bar. Średnio co dziesiąty uczeń ze wszystkich badanych grup wskazuje na Internet. Co siódmy uczeń i co jedenasta uczennica szkół ponadgimnazjalnych (oraz odpowiednio 7,8% i 6,5% gimnazjalistów) wyraża przekonanie, że przetwory konopi może kupić w swojej szkole.

5. Postawy łódzkich uczniów wobec marihuany/haszyszu

W tym kontekście istotne jest rozpowszechnienie umiejętności asertywnej reakcji na sytuacje, w których młodzieży proponuje się marihuanę. Wśród osób z młodszej grupy wiekowej, które spotkały się z propozycjami jej spróbowania, nie skorzystało z nich 37% dziewcząt i 28% chłopców. Wśród starszych odpowiednio 46% i 43%. Wskazuje to na znaczną podatność uczniów na eksperymenty z marihuaną.

Istotne dla działań profilaktycznych są przekonania młodzieży na temat odczuć związanych z efektami używania marihuany/haszyszu. Badani częściej spodziewają się tu efektów korzystnych, niż negatywnych - co sprzyja tworzeniu pozytywnych stereotypów dotyczących przetworów konopi. Około 40% uczniów w obu grupach wiekowych uważa, że zwiększają one intensywność radości, nieco więcej niż co trzeci liczy na większą otwartość, a co czwarty na zmniejszenie zahamowań, nieśmiałości, zwiększenie intensywności doświadczeń. Tylko co około piąty obawia się zaburzeń koncentracji, trudności w prowadzeniu rozmowy, czy utraty wątku myślenia.

6. Używanie dopalaczy przez uczniów łódzkich szkół

Wśród uczniów klas trzecich gimnazjum przynajmniej raz w życiu dopalaczy używało 8,7% chłopców i 9,4% dziewcząt, natomiast w drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych 19% chłopców i istotnie mniej bo 12,2% dziewcząt. W okresie ostatniego roku w młodszej grupie robiło to 4,1% chłopców i 3,2% dziewczynek, a w starszej 8,1% chłopców i 5,1% dziewcząt. Gdy analizowanym okresem był ostatni miesiąc, wśród uczniów młodszych, odsetek chłopców wyniósł 2,6%, natomiast dziewcząt 0,4%, a w przypadku uczniów starszych odpowiednio 3,9% i 2,4%.

Blisko jedna trzecia uczniów gimnazjum i dwie piąte uczniów szkół ponadgimnazjalnych stwierdziło, że zdobycie dopalaczy byłoby dla nich łatwe (odpowiednio 30,7% i 41,8%). Trudność w zdobyciu środków zadeklarowało odpowiednio 25,6% i 23,1% badanych. Brak możliwości zdobycia dopalaczy częściej deklarowali uczniowie młodszy niż starsi (23,3% vs 15,9%).

Osoby używające dopalaczy kupowały je głównie u dilerów, rzadziej przez Internet lub w sklepie.

7. Używanie leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarza przez łódzkich uczniów

Przynajmniej raz w życiu po środki uspokajające lub nasenne sięgnęła bez zalecenia lekarza średnio co czwarta uczennica klasy trzeciej gimnazjum (26,6%) i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (28,3%). W przypadku chłopców było to rzadziej - odpowiednio 12,0% i 16,2%. W obu grupach wiekowych odnotowano różnicę pomiędzy odsetkami dziewcząt i chłopców używających leków: były one istotnie wyższe wśród dziewcząt (prawidłowość ta potwierdza się także, gdy analizuje się częstotliwość przyjmowania tych leków w przedziałach 1-2 razy oraz 3 razy i więcej). Jest to odwrotna sytuacja niż w przypadku narkotyków, które na ogół częściej stosują chłopcy. Wyzwaniem dla oddziaływań profilaktycznych jest fakt, iż po około połowie młodszych i starszych uczniów uważa, że zdobycie takich leków jest dla nich łatwe.

III. Rekomendacje do planowanych działań

Zadania związane z rozwiązywaniem problemu konsumpcji narkotyków dla jednostek samorządu terytorialnego w naszym kraju określa Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016.

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. Realizacja 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.

Zaproponowany 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 ograniczaniu używania narkotyków poprzez współpracę lokalnych specjalistów (naukowców i praktyków) od profilaktyki, edukacji i promocji zdrowia, w tym między innymi opartą na ewaluacji dotychczasowych przedsięwzięć tego rodzaju. Przyjmuje także, że będą kontynuowane oraz doskonalone działania w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych osób używających narkotyków 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. 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.

5. 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 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28, 875, 1893 i 1916).

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 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28, 875, 1893 i 1916);
- 2) ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, 1138 i 1146 oraz z 2015 r. poz. 1255, 1333, 1339 i 1777);
- 3) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515 i 1890);
- 4) ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1445 i 1890);
- 5) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991);
- 6) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 oraz z 2015 r. poz. 1916);
- 7) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 – 2016 (Dz. U. z 2011 r. Nr 78, poz. 428);
- 8) uchwała Nr XXIX/524/11 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie przyjęcia „Strategii rozwiązywania problemów społecznych w mieście Łodzi na lata 2011-2015”;
- 9) uchwała Nr VI/105/11 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 29 marca 2011 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2015.

VI. Cele Programu

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

Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynacja
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)	Liczba programów i działań realizowanych w szkołach i innych placówkach oświatowych. Liczba szkół i placówek oświatowych realizujących programy i działania. Liczba (szacunkowa) odbiorców objętych oddziaływaniem programów i działań.	Wydział Edukacji
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)	Liczba programów i działań realizowanych przez organizacje pozarządowe. Liczba organizacji pozarządowych realizujących programy i działania.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
3. 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	Liczba inicjatyw edukacyjnych (kursów szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do przedstawicieli grup docelowych.	Wydział Edukacji
4. Edukacja na temat zjawisk związanych z używaniem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, skierowana głównie do lekarzy, policjantów, strażników miejskich,	Liczba inicjatyw edukacyjnych (kursów szkoleń, materiałów online, materiałów drukowanych) skierowanych do grup docelowych.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

pracowników socjalnych i nauczycieli	Liczba (szacunkowa) przedstawicieli grup docelowych uczestniczących w różnych formach edukacyjnych dotyczących wczesnej diagnozy problemów narkotykowych oraz oferty pomocowej.	
5. Prowadzenie działań edukacyjnych i socjoterapeutycznych dla młodzieży eksperymentującej i problemowo używającej narkotyki, w tym również tzw. "dopalacze" w ramach profilaktyki wskazującej	Liczba działań profilaktycznych skierowanych do grup docelowych. Liczba (szacunkowa) przedstawicieli grup docelowych uczestniczących w działaniach profilaktycznych.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
6. Prowadzenie kampanii społecznych i edukacyjnych, szkoleń, konferencji oraz badań dotyczących problematyki substancji psychoaktywnych	Liczba zrealizowanych kampanii społecznych i edukacyjnych. Liczba działań-szkoleń, badań, materiałów edukacyjnych drukowanych i online, konferencji, audycji, artykułów.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Cel II. Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych używaniem narkotyków

Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynacja
1. Organizowanie i prowadzenie specjalistycznego poradnictwa (prawnego, psychospołecznego oraz medycznego, psychologicznego, pedagogicznego, rodzinnego, socjalnego), a także usług terapeutycznych oraz grup wsparcia dla rodzin osób uzależnionych od narkotyków i zagrożonych uzależnieniem	Liczba placówek prowadzących specjalistyczne poradnictwo. Liczba udzielonych porad (w podziale na ich typy). Liczba placówek prowadzących usługi terapeutyczne dla rodzin z problemem narkotykowym. Liczba osób korzystających z terapii.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
2. Prowadzenie działań opartych o metodykę streetworkingu i partyworkingu w środowiskach podwyższonego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem narkotyków	Liczba profesjonalistów pracujących metodami streetworkingu i partyworkingu w środowiskach ryzyka związanego z używaniem narkotyków. Liczba osób objętych profesjonalną opieką streetworkerów/partyworkerów.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
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)	Liczba placówek/podmiotów prowadzących aktywizację zawodową i reintegrację społeczną dla osób z problemem narkotykowym. Liczba osób z problemem narkotykowym objętych programami reintegracji społecznej i aktywizacji zawodowej. Liczba osób podejmujących zatrudnienie dzięki programom aktywizacji zawodowej.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
4. Prowadzenie działań resocjalizacyjnych i opiekuńczych wobec osób z problemem narkotykowym (hostel)	Liczba osób objętych działaniami resocjalizacyjno-opiekuńczymi.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Cel III. Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków u osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem			
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań		Koordynacja
1. Zwiększanie dostępności i skuteczności różnicowanych form profesjonalnej terapii uzależnień 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
2. Organizowanie i prowadzenie działalności w zakresie interwencji kryzysowej dla osób z problemem narkotykowym	Liczba placówek/instytucji prowadzących interwencję kryzysową wobec osób z problemem narkotykowym. Liczba osób objętych interwencją kryzysową.		Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
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 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
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

Cel IV. Doskonalenie Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i kwalifikacji jego realizatorów w celu podnoszenia skuteczności oddziaływań

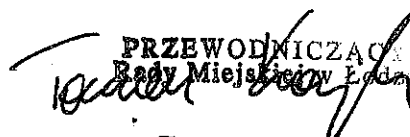
Działania	Ilościowe wskaźniki realizacji działań	Koordynacja
1. Analiza działań podejmowanych w ramach Programu	Raport dotyczący realizowanych działań.	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
2. Bieżące monitorowanie przebiegu działań realizowanych w ramach Programu oraz monitorowanie problemu narkotyków 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
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
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

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

1. Moskal W., Gazeta.PL Zdrowie, 7.04.2015 r.
2. EMCDDA, Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, Luxemburg, 2015; <file:///D:/Documents%20and%20Settings/Praca/Moje%20dokumenty/downloads/TDAT15001.PLN.pdf> (dostęp 11.09. 2015 r.)
3. Czapíński J., Panek T. (red.), Diagnoza Społeczna 2013
4. Malczewski A., Używanie narkotyków w populacji generalnej, Remedium, lipiec-sierpień 2015 r., s. 49; www.remedium-psychologia.pl/2015_07_08_uzywanie_narkotykow.pdf; (dostęp 3.09. 2015 r.)
5. Raport: Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa łódzkiego w 2011 r., RCPS, Łódź, 2012
6. Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Łodzi – wyniki, Pracownia Badawczo-Psychologiczna MIRABO dla Urzędu Miasta Łodzi, 2015


PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Łodzi
Tomasz Kacprzak

**Planowany podział środków finansowych na realizację Miejskiego Programu
Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2016**

Planowany podział środków finansowych na realizację Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii		Kwota (w zł)
Cel I.	Upowszechnienie i utrwalanie w wybranych grupach mieszkańców Łodzi postaw abstynenckich wobec używania substancji o działaniu narkotycznym, z dostosowaniem do specyfiki adresatów	1.250.020,00
Cel II.	Minimalizacja dysfunkcji życia rodzinnego i społecznego, wywołanych używaniem narkotyków	330.050,00
Cel III.	Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków u osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem	142.710,00
Cel IV.	Doskonalenie Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i kwalifikacji jego realizatorów w celu podnoszenia skuteczności oddziaływań	17.220,00
RAZEM		1.740.000,00

PRZEWODNICZ
Rady Miejskiej w Łodzi

Tomasz Kacprzak