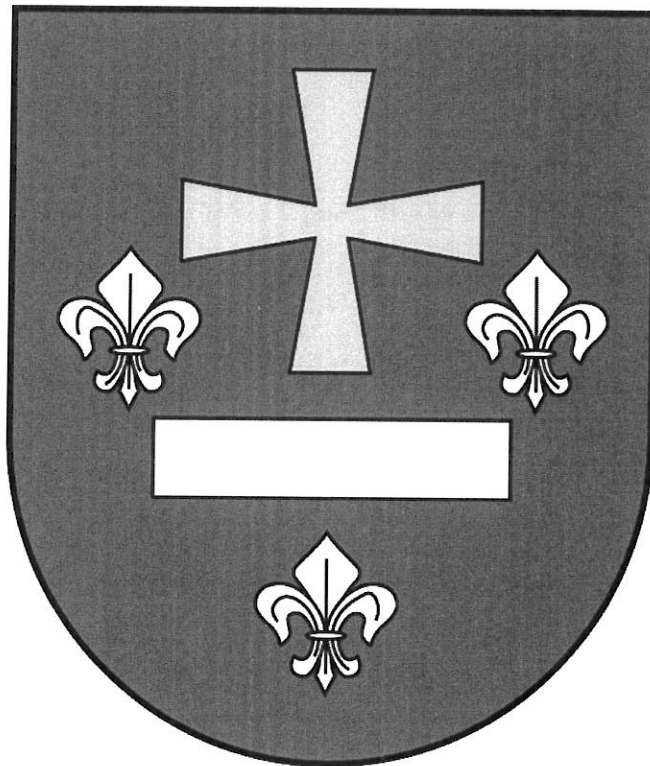


Załącznik Nr 2
do Uchwały Nr III/43/2018
Rady Miasta Skierniewice
z dnia 20 grudnia 2018 r.

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019



Okres realizacji Programu: 2019

Autorzy Programu:

Autorem Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019 dla Miasta Skierniewice jest Urząd Miasta Skierniewice.

Program powstał przy współpracy z firmą Chilico – Karolina Sobczyk, w ramach której możliwy był merytoryczny udział i wsparcie niniejszych osób:

- dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka
- dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

Dokument opracowano pod kierunkiem zespołu koordynującego z ramienia Urzędu Miasta Skierniewice:

- Edyta Cieślak – Naczelnik Wydziału Rozwoju Gospodarczego, Sportu i Spraw Społecznych,
- Jadwiga Majewska – Specjalista w Wydziale Rozwoju Gospodarczego, Sportu i Spraw Społecznych

Spis treści

1. Problematyka uzależnień od środków psychoaktywnych	5
2. Podstawy prawne opracowania dokumentu	10
3. Ocena gminnych zasobów mających zastosowanie w działaniach z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych	14
4. Ocena potrzeb społecznych w zakresie profilaktyki narkotykowej	18
5. Cele strategiczne oraz planowane interwencje.....	29
6. Finansowanie programu	35
7. Ewaluacja programu.....	36
8. Spis tabel	37
9. Spis rysunków	37
10. Piśmiennictwo	38

Wykaz skrótów

- AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
BDL - Bank Danych Lokalnych
BSFT – krótkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniach
CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej
GUS - Główny Urząd Statystyczny
HIV - *human immunodeficiency virus*, ludzki wirus upośledzenia odporności
INFZ - Informator NFZ o Zawartych Umowach
MPPN - Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
POZ - Podstawowa Opieka Zdrowotna
RPWDL - Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
TSR – terapia skoncentrowana na rozwiązaniach
UE – Unia Europejska
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
ZIP - Zintegrowany Informator Pacjenta

1. Problematyka uzależnień od środków psychoaktywnych

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Szacuje się, że w roku 2014, w skali całego świata, co najmniej raz po jakiś narkotyk sięgnęło 250 milionów osób w wieku między 15 a 64 rokiem życia. Z tej liczby blisko 12% (29 milionów osób) cierpi z powodu szkód zdrowotnych wywołanych spożywaniem narkotyków. Ponad 40% z tej liczby osób (12 milionów) stosuje substancje wstrzykiwane dożylnie, a 14% (1,7 miliona osób) z nich jest zakażone wirusem HIV. Liczba osób umierających z przyczyn powiązanych z konsumpcją narkotyków pozostaje stabilna na przestrzeni lat, osiągając poziom 43,5 zgonów na każdy 1 milion populacji świata. Najczęstsze przyczyny zgonów wynikają z przedawkowania narkotyków oraz z zażywania opioidów¹.

Zgodnie z definicją Teensona i wsp. substancja psychoaktywna to: „związek chemiczny nie zaliczany do pokarmów, który ma wpływ na funkcjonowanie biologiczne ludzi lub zwierząt”². Według definicji Zajączkowskiego natomiast „substancjami psychoaktywnymi są wszystkie środki, które działając na mózg osoby je zażywającej, prowadzą do zmiany stanów świadomości, zwłaszcza odbioru i oceny bodźców zewnętrznych”³. Istotną cechą tych zmian jest ich krótkotrwałość, natomiast czas działania zależny jest od typu substancji, jej dawki oraz stopnia uzależnienia⁴. Biorąc pod uwagę typ zażywanej substancji wg klasyfikacji T. Dimoff’a i S. Carpera⁵ wyróżnić można następujące typy substancji: środki tłumiące (leki nasenne i uspokajające oraz środki wziewne; do tej grupy należy również alkohol), środki pobudzające (kofeina, nikotyna, amfetaminy, kokaina), halucynogeny (marihuana i haszysz, meskalina, LSD, psylocybina, PCP) oraz opiaty (morfina, kodeina, heroina, opium, meperdyna, petydyna, hydromorfon, oksykodon, pentazocyna, propoksyfen).

Szczególnym zagrożeniem jest problem stosowania substancji psychoaktywnych o potocznej nazwie dopalacze (ang. legal highs, smarts, designer drugs). Jest to grupa różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym. Substancje te mogą mieć pochodzenie naturalne, syntetyczne lub półsyntetyczne, a celem ich zażywania jest wywołanie efektu zbliżonego do działania narkotyków⁶. Zatrucie spowodowane

¹ World Drug Report 2016. United Nations Office on Drugs and Crime. Nowy Jork 2016.

² Teenson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk: 2005, s.12.

³ Zajączkowski K. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa 2003, s. 7.

⁴ Ibidem.

⁵ Dimoff T., Carper S. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1994 .

⁶ Szczyrba-Maróń B, Bąk-Sosnowska M. Dopalacze – charakterystyka zjawiska. Forum Zab. Metab. 2013, 4(3): 132-147.

dopalaczami może prowadzić do zgonu już w trakcie pierwszego zażycia, co wynika z ogromnej różnorodności tego typu substancji, ich wysokiego potencjału uzależniającego, trudnych do przewidzenia skutków łączenia z innymi substancjami psychoaktywnymi i lekami oraz realnego ryzyka zdrowotnego związanego z ich zażywaniem. Pamiętać należy również, że wszystkie wymienione rodzaje substancji mają charakter nielegalny i jako takie nie podlegają żadnej kontroli co do składu chemicznego, co pogłębia problem ich toksyczności.

Z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych wiąże się szereg szkód o charakterze społecznym, takie jak np. przemoc w rodzinie, negatywne wzorce rodzicielskie, trudności ekonomiczne. Dodatkowo osoba uzależniona nierzadko zaniedbuje obowiązki zawodowe, doprowadzając często do utraty pracy, co w konsekwencji wpływa na funkcjonowanie całej rodziny. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych wiąże się również z rozluźnieniem więzi społecznych, co skutkuje rezygnacją z dotychczasowych aktywności, systematycznym zmniejszaniem kręgu znajomych. W skrajnych przypadkach uzależnienie wiąże się z wchodzeniem w konflikt z prawem poprzez awantury, udział w bójkach, zachowania agresywne, niejednokrotnie kradzieże^{7,8}.

Na potrzeby ustawodawstwa podzielono narkotyki na tzw. „twarde” i „miękkie”, gdzie podstawą kwalifikacji do danej grupy jest stopień szkodliwości danej substancji⁹. Granica pomiędzy obydwooma grupami jest jednak mało klarowna i w zdecydowanej większości państw ma charakter umowny (jedynym wyjątkiem w tej materii jest Holandia, gdzie przyjęto ją na gruncie oficjalnym). Należy jednak pamiętać, że z medycznego punktu widzenia taki podział nie ma uzasadnienia. Rozróżnienia dokonuje się najczęściej w oparciu o dwa kluczowe kryteria: wpływ na powstanie uzależnienia fizycznego (występowanie fizycznych objawów abstynencyjnych) oraz charakter i wymiar szkód dla zdrowia związanych z zażywaniem danej substancji. Niezależnie od przynależności danej substancji do jednego lub drugiego rodzaju narkotyku, używanie jakiegokolwiek z tych środków niesie ze sobą duże ryzyko wywoływania poważnych skutków w dalszej perspektywie, takich jak spowolniony rozwój intelektualny, zaburzenia pamięci, trwałe spadki koncentracji, psychozy, schizofrenia, urojenia, zakażenie HIV, ogólne wyniszczenie organizmu, a także poważne szkody w życiu społecznym, jak bezdomność, przestępczość, prostytutka itp.¹⁰.

⁷ Ciosek M. Sekretne świat rodziny z problemem alkoholowym. *Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw* 2011, 8: 270-282.

⁸ Dmitrowicz I. Problem alkoholowy z przemocą w tle. *Świat Probl* 2013, 3: 25-27.

⁹ Por. „Wojna” z narkotykami. Raport Światowej Komisji do Spraw Polityki Narkotykowej. The Global Commission on Drug Policy, Geneva 2011.

¹⁰ Zajączkowski K. Nikotyna, alkohol, narkotyki. Krótki poradnik psychologiczny. Rubikon, Kraków 2001.

Najbardziej niebezpieczne narkotyki zalicza się do grupy opioidów, w szczególności są to substancje pozyskiwane z maku, takie jak heroina, kodeina, opium i morfina. W krótkim czasie powodują one wystąpienie uzależnienia fizycznego, często również wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zarażenia chorobami zakaźnymi ze względu na drogę podania – iniekcje dożylnie (HIV, wirusowe zapalenie wątroby) i niezakaźnymi (choroby skóry, serca, układu krążenia). Kolejne substancje o charakterze halucynogennym i neurotoksycznym to kokaina, która poza występowaniem groźnych symptomów odstawienia, zwiększa niebezpieczeństwo wystąpienia ryzykownych, irracjonalnych zachowań po zażyciu i amfetamina powodująca silne uzależnienie psychiczne, zwiększa skłonność do agresji, zwiększa ciśnienie krwi, negatywnie wpływa na układ krążenia i może powodować ogólne wyniszczenie organizmu. Pochodną amfetaminy jest metamfetamina, która wykazuje silne działanie neurotoksyczne, powoduje upośledzenie myślowe i psychozy¹¹.

Leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych opiera się głównie na psychoterapii. Większość programów w ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego. W konstruowaniu programów terapeutycznych wykorzystuje się również często założenia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików oraz Wspólnoty Anonimowych Narkomanów. Działania terapeutyczne służą następującym trzem podstawowym celom: zachowaniu trwałej abstynencji, poprawie zdrowia psychicznego i fizycznego oraz nabyciu umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych. Aby terapia była skuteczna musi trwać minimum 18-24 miesiące. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od czterech do sześciu miesięcy, natomiast cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do kilku lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku¹².

Długotrwałe doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi oraz wyniki badań naukowych wskazały, że długotrwała terapia i abstynencja nie są wystarczające dla osiągnięcia pełnej reintegracji społecznej. Aby osiągnąć ten cel konieczne jest stosowanie dodatkowo metod pracy opartych o poprawę jakości życia osób uzależnionych. Dlatego do terapii uzależnień wprowadzono m.in. programy redukcji szkód, programy ograniczania picia oraz programy ograniczania używania substancji psychoaktywnych¹³. Ich celem jest podniesienie

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Informacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [parpa.pl; dostęp: 06.02.2018r.].

jakości życia pacjentów, zatrzymanie procesu uzależnienia oraz często zabezpieczenie podstawowych potrzeb pacjentów i ich rodzinom. Wymagającym podkreślenia aspektem jest udzielanie pomocy w każdej sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent oraz indywidualne dostosowanie warunków uzyskania pomocy. Ta forma pomocy nie wyklucza więc osób, które aktualnie przyjmują substancje psychoaktywne. Ponadto w programach tego typu sam pacjent jest aktywnym uczestnikiem udzielanej pomocy, a także współuczestniczy w tworzeniu strategii i form pomocy wobec siebie, co w założeniu przekłada się na wyższą efektywność terapii^{14,15}.

Redukcja szkód jest definiowana jako każde działanie podjęte w celu zmniejszenia szkód powodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych. Skierowana jest nie tylko do osób używających tych substancji, ale także ich rodzin i społeczności, w której żyją. Programy redukcji szkód zakładają kilka fundamentalnych celów: zatrzymanie procesu pogłębiania się uzależnienia, podwyższenie jakości życia, zabezpieczenie podstawowych potrzeb życiowych osoby uzależnionej. Programy tego typu realizowane są w różnych formach: w warunkach terapii, pomocy społecznej, czy działalności organizacji pozarządowych. Najczęstszymi odbiorcami są osoby głęboko uzależnione, zmarginalizowane, wykluczone społecznie¹⁶.

Omawiane programy realizowane są także za pomocą pracy w środowisku (tworzenie punktów wymiany igieł i strzykawek, udzielanie informacji o zasadach bezpiecznych iniekcji, tworzenie pokoi iniekcyjnych) oraz szeroko rozumianej edukacji (m.in. edukacja uliczna, programy terapii krótkoterminowej, treningi kompetencji społecznych)¹⁷.

Wiele placówek leczenia uzależnień poszerza obecnie swoją ofertę psychoterapeutyczną o metodę krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (ang. *Brief Solution Focused Therapy*; BSFT), która ma na celu tworzenie przez pacjenta (przy wsparciu terapeuty), możliwości zaspokojenia swoich potrzeb w sposób akceptowalny społecznie i ograniczający negatywne konsekwencje indywidualne. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR) to nurt terapeutyczny, polegający na dochodzeniu do celu (rozwiązywaniu trudnej sytuacji) poprzez wyszukiwanie i uświadamianie pacjentowi jego możliwości i mocnych stron, niezależnie od rodzaju problemu z jakim się boryka. BSFT

¹⁴ Klingemann J. Redukcja szkód a programy ograniczania picia. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2015, 5:3-4

¹⁵ Sempruch-Malinowska K. Zygałło M. Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Łódź 2012, s.253-264

¹⁶ Klingemann J., 2015, Redukcja szkód ... op. cit.

¹⁷ Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień, PARPA 7.07.2016.

sprawdza się zarówno w pracy terapeutycznej indywidualnej, jak i grupowej, a oprócz terapii uzależnień może mieć również zastosowanie w edukacji, pomocy społecznej, szkoleniach i konsultingu^{18,19}.

Nie należy zapominać, że nie u wszystkich osób terapia powinna koncentrować się na behawioralnych metodach radzenia sobie z uzależnieniem. Dlatego w wielu placówkach duże znaczenie przywiązuje się do indywidualizacji procesu terapeutycznego. Coraz częściej terapeuci uzależnień korzystają z różnych, nierzadko niekonwencjonalnych, metod uwzględniających osobiste preferencje i możliwości pacjenta (np. terapia systemowa, psychodynamiczna, czy psychodrama)^{20,21}.

¹⁸ Berg I.K., Miller S.D. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym. Galaktyka. Łódź 2000 [brief-therapy.org; dostęp 06.02.2018]

¹⁹ Kosman T., Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR), Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne, 2013 (1), s. 9-26.

²⁰ Kowalcze M., Integracja czy jednorodność w: Terapia uzależnienia i współuzależnienia nr 6/2009.

²¹ Kowalcze M. Psychoterapia uzależnień - podejście integracyjne Psychiatria po dyplomie tom 13, nr 06 2016.

2. Podstawy prawne opracowania dokumentu

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019 opracowano na podstawie:

- 1) art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1030 z późn. zm.], zgodnie z którym „*1. Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii realizują organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego w zakresie określonym w ustawie*”;
- 2) art. 7 ust. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1030 z późn. zm.], zgodnie z którym „*Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi Narodowy Program Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237 i 2371) [...]*”;
- 3) art. 10 ust. 1-5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1030 z późn. zm.], zgodnie z którymi: „*1. Przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy obejmujących: 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej; 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii; 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego*” oraz „*2. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, opracowuje projekt Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „Gminnym Programem”, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Gminny Program stanowi część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych*” oraz „*2a. W Gminnym Programie uwzględnia się działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną prowadzoną w szkołach i placówkach systemu oświaty zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie*

- art. 22 ust. 3, a także diagnozę w zakresie występujących w szkołach i placówkach systemu oświaty czynników ryzyka i czynników chroniących przeprowadzaną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ust. 3.” oraz „2b. W ramach Gminnego Programu w szkołach i placówkach systemu oświaty są realizowane w szczególności działania o potwierdzonej skuteczności lub oparte na naukowych podstawach prowadzone w zakresie działalności, o której mowa w ust. 2a” oraz „3. Gminny Program uchwała rada gminy” oraz „4. Gminny Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie.” Oraz „5. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika”;*
- 4) § 1 pkt. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469], zgodnie z którymi wśród priorytetów zdrowotnych znajduje się „4) ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji; 5) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”;
 - 5) art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1878], zgodnie z którym „1. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane”;
 - 6) art. 2 ust. 1 pkt. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1878], zgodnie z którymi „1. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności: 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym” oraz „2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym [...]”;
 - 7) pkt. VI i VII załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492], zgodnie z którym jednostki samorządu terytorialnego są realizatorem wybranych zadań służących realizacji celu operacyjnego 2 pn. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi” oraz celu operacyjnego 3 pn. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”;
 - 8) art. 2 ust. 1 pkt. 2-3 i ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1878], zgodnie z którymi „1. Ochrona

zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności: 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji” oraz „2. [...] zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, [przyp. realizowane są] poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego”;

- 9) art. 2 ust. 4 pkt. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1878], zgodnie z którym „4. Prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do: 1) zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin” oraz „5. Wskazane w ust. 4 pkt 1 działania polegają w szczególności na: 1) promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym; 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym”;
- 10) pkt. 1 załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [Dz.U. 2017 poz. 458], zgodnie z którym „1. Podmiotami biorącymi udział w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 są: 3) samorządy województw, powiatów i gmin”.

Ponadto Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019 wpisuje się w założenia następujących dokumentów strategicznych:

- 1) Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020²² (cel główny pn.: „Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce”; cel operacyjny A pn. „Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce”);

²² Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

- 2) Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020²³ (*cel strategiczny: Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.; cel główny: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*);
- 3) Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020²⁴ (*cel nadrzędny: Poprawa wybranych mierników stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego*);
- 4) Strategia w Zakresie Polityki Społecznej Województwa Łódzkiego²⁵ (*cel strategiczny: Poprawa jakości życia w regionie w zakresie spójności społecznej, zdrowia, aktywności mieszkańców i zaangażowania zawodowego*);
- 5) Program Rewitalizacji Miasta Skierniewice na lata 2016-2020²⁶ (*cel 2: Wzmacnianie kapitału społecznego, w tym kierunek działania a) Zahamowanie negatywnych tendencji społecznych w mieście - bezrobocie, patologii społecznych*);
- 6) Strategia Rozwoju Miasta Skierniewice na lata 2014-2020²⁷ (cele odnoszące się do poprawy jakości życia i warunków bytowych mieszkańców miasta);
- 7) Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020²⁸ (*cel strategiczny 3: Wsparcie systemu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień*).

²³ Uchwała XXXIII/426/17 z dnia 7 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020;

²⁴ Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na Lata 2014-2020, Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, Łódź 2013.

²⁵ Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej 2020. Województwo Łódzkie. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2017.

²⁶ Program Rewitalizacji Miasta Skierniewice na Lata 2016-2020. Wersja zmieniona. Załącznik do uchwały nr XXXII/189/2016 Rady Miasta Skierniewice z dnia 21 grudnia 2016 r.

²⁷ Strategia Rozwoju Miasta Skierniewice na Lata 2014-2020. Załącznik do uchwały nr XXIV/74/2016 Rady Miasta Skierniewice z dnia 21 kwietnia 2016 r.

²⁸ Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020. Załącznik do uchwały nr XXXVIII/53/2017 z dnia 27 kwietnia 2017 r.

3. Ocena gminnych zasobów mających zastosowanie w działaniach z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych

3.1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą

3.1.1. Podstawowa Opieka Zdrowotna

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) udzielane są świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii²⁹. Usługi te realizowane są w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położną POZ oraz higienistkę/pielęgniarkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania. Ponadto w ramach POZ udzielane są świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz transportu sanitarnego³⁰. W Mieście Skierniewice świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przez 10 podmiotów leczniczych w 12 lokalizacjach. Wykaz tych podmiotów wraz z danymi adresowymi przedstawiono w tabeli I.

Tab. I. Podmioty lecznicze udzielające świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w Mieście Skierniewice.

Lp.	Podmiot leczniczy	Adres
1	Centrum Medyczne Ogrodowa OMC spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa	96-100 Skierniewice, Ogrodowa 21/23 96-100 Skierniewice, Narcyzowa 3
2	KA-MED Spółka cywilna M.M. Jastrzębscy, M. Klemba-Borek, L. Diks, J. Śliwińska	96-100 Skierniewice, Armii Krajowej 33
3	MEDYK Sp. z o. o.	96-100 Skierniewice, Henryka Sienkiewicza 1
4	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej "WIDOK" Spółka Jawna Maciej Pigoń Maria Stebel	96-100 Skierniewice, Melchiora Wańkowicza 7
5	FAGMET Sp. z o. o.	96-100 Skierniewice, Sobieskiego 29
6	NZOZ JUDYTA Sp. z o. o.	96-100 Skierniewice, Reymonta 16 96-100 Skierniewice, W. Orkana 6D/E/F

²⁹ Art. 5 pkt 27 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2016 poz. 1793]

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. 2016 nr 0 poz. 86]

7	Praktyka Lekarzy "KOPERNIK" JACEK NAPIÓRKOWSKI SPÓŁKA JAWNA	96-100 Skierniewice, Mikołaja Kopernika 9a
8	Ambulatorium - Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jednostki Wojskowej Nr 4159	96-100 Skierniewice, Kilińskiego 27
9	PRZYCHODNIA RAWKA s.c. A. Kozłowska, P. Tokarzewski	96-100 Skierniewice, S. Domarasiewicza 3/5
10	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach (Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna)	96-100 Skierniewice, Jana III Sobieskiego 4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ

3.1.2. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień udzielane są w warunkach stacjonarnych, dziennych oraz ambulatoryjnych³¹. W Mieście Skierniewice świadczenia tego rodzaju udzielane są wyłącznie w trybie ambulatoryjnym przez 9 podmiotów leczniczych, w tym 3 posiadające umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na rynku prywatnym świadczenia w omawianym rodzaju udzielane są dodatkowo przez 10 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii w ramach indywidualnych praktyk. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w mieście działają tylko dwie poradnie udzielające świadczeń w obszarze uzależnień - poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (FAGMET Sp. z o. o.) oraz poradnia leczenia uzależnień (Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach), w tym tylko druga z wymienionych posiada umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień. Strukturę organizacyjną podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień przedstawiono w tabeli II.

Tab. II. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Mieście Skierniewice.

Lp.	Podmiot udzielający świadczeń	Jednostka organizacyjna	Komórka organizacyjna	Umowa z NFZ
1	Centrum Medyczne Ogrodowa OMC spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa	Centrum Medyczne Ogrodowa 96-100 Skierniewice ul. Ogrodowa 21/23	Poradnia zdrowia psychicznego	Nie

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386]

2	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach	Poradnia specjalistyczna 96-100 Skierniewice ul. Wita Stwosza 1	Poradnia zdrowia psychicznego	Tak
3		Poradnia specjalistyczna 96-100 Skierniewice ul. Jana III Sobieskiego 4	Poradnia leczenia uzależnień	Tak
4	MEDYK Sp. z o.o.	Przychodnia Lekarska MEDYK 96-100 Skierniewice ul. H. Sienkiewicza 1	Poradnia zdrowia psychicznego	Tak
			Poradnia psychologiczna	Nie
5	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej "WIDOK" Spółka Jawna Maciej Pigoń Maria Stebel	Przychodnia "WIDOK" 96-100 Skierniewice ul. M. Wańkowicza 7	Poradnia zdrowia psychicznego	Nie
			Poradnia psychologiczna	Nie
6	FAGMET Sp. z o.o.	Przychodnia Lekarska "ESKULAP" 96-100 Skierniewice ul. Sobieskiego 29	Poradnia zdrowia psychicznego	Tak
			Poradnia psychologiczna	Tak
			Poradnia psychologiczna dla dzieci	Tak
			Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	Nie
7	NZOZ JUDYTA Sp. z o.o.	Przychodnia 96-100 Skierniewice ul. Reymonta 16	Poradnia psychologiczna	Nie
		Przychodnia - filia 96-100 Skierniewice ul. W. Orkana 6D/E/F	Poradnia psychologiczna	Nie
8	"BIZNES PARTNER" Sp. z o.o.	NZOZ Biznes Partner Med 96-100 Skierniewice ul. Mikołaja Kopernika 9a	Poradnia zdrowia psychicznego	Nie
			Poradnia psychologiczna	Nie
9	Stowarzyszenie Rodziców i Opiekunów Dzieci Niepełnosprawnych "Wspólna Troska"	NZOZ Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny Dla Dzieci Niepełnosprawnych 96-100 Skierniewice ul. Stefana Batorego 64H	Poradnia zdrowia psychicznego	Nie
			Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci	Nie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ

Na podstawie danych o liczbie umów podpisanych przez NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w województwie łódzkim, dokonano oceny dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia dla mieszkańców Miasta Skierniewice. Spośród 13 analizowanych zakresów świadczeń, na terenie Miasta Skierniewice, odnotowano dostępność do dwóch: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (poradnia zdrowia psychicznego) oraz leczenie uzależnień. W pozostałych przypadkach mieszkańcy mogą skorzystać ze świadczeń omawianego rodzaju głównie w Żyrardowie, Sochaczewie, Łodzi oraz Warszawie. Szczegóły zobrazowano w tabeli III.

Tab. III. Dostęp do wybranych świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na rynku publicznym dla mieszkańców Miasta Skierniewice.

Lp.	Zakres świadczeń	Najbliżej zlokalizowany podmiot udzielający świadczeń poza terytorium Miasta Skierniewice	
		Miejscowość	Odległość w km od Skierniewic
1	Poradnia zdrowia psychicznego	Skierniewice	--
2	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	Żyrardów	25
3	Izba przyjęć szpitala psychiatrycznego	Sochaczew	35
4	Świadczenia psychiatryczne stacjonarne (hospitalizacja)	Sochaczew	35
5	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (hospitalizacja)	Łódź	70
6	Świadczenia dzienne psychiatryczne	Żyrardów	25
7	Leczenie uzależnień	Skierniewice	--
8	Leczenie uzależnień stacjonarne	Łódź	70
9	Terapia uzależnień dla dzieci i młodzieży	Warszawa	80
10	Terapia uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	Łódź	70
11	Terapia dzienna uzależnienia od substancji psychoaktywnych	Warszawa	80
12	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)	Łódź	70
13	Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	Łódź	70

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych RPWDL, ZIP oraz INFZ

3.2. Zasoby Urzędu Miasta Skierniewice oraz jednostek podległych/współpracujących

Wśród zasobów mających zastosowanie w działaniach z zakresu profilaktyki alkoholowej, a także w udzielaniu wsparcia i opieki wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych, wymienić należy:

- Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie,
- szkoły i placówki oświatowe na terenie miasta,
- placówki wsparcia dziennego prowadzone przez organizacje pozarządowe,
- organizacje pozarządowe,
- Komenda Miejska Policji w Skierniewicach.

4. Ocena potrzeb społecznych w zakresie profilaktyki narkotykowej

4.1. Epidemiologia uzależnień od środków psychoaktywnych w skali świata i kraju

Problemy zdrowotne związane z używaniem innych substancji psychoaktywnych pozostają mniej rozpowszechnione niż ma to miejsce w przypadku alkoholu, jednakże globalne szacunki mówią o nawet 250 milionach osób w przedziale wiekowym 15–64 lat, które co najmniej raz w ciągu swojego życia sięgnęły po jakiś narkotyk. Z tej liczby niespełna 12% (tj. 29,5 miliona osób) cierpi z powodu szkód zdrowotnych wywołanych zażywaniem substancji psychoaktywnych³². Liczba zgonów, mających związek z konsumpcją narkotyków, pozostaje stabilna na przestrzeni lat – jest to wartość na poziomie 43,5/1 mln populacji świata. Najczęstszą przyczyną zgonów jest przedawkowanie zażywanej substancji, w tym zazwyczaj opioidów. Dane dotyczące zażywania narkotyków pokazują ponadto, że ryzyko sięgania po marihuanę, amfetaminę i kokainę jest trzykrotnie większe w grupie mężczyzn niż kobiet. Z kolei wśród kobiet większe jest prawdopodobieństwo pozamedycznego używania opioidów, a także środków uspokajających. Ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne jest także większe w grupie osób młodych, gdzie jednocześnie występują mniejsze różnice między płciami³³.

Charakterystyka i trendy dotyczące konsumpcji narkotyków w Europie nie odzwierciedlają w pełni sytuacji globalnej w tym zakresie. Według danych zawartych w Europejskim Raporcie Narkotykowym za rok 2016, w krajach Unii Europejskiej 22,1 miliona osób (6,6%) używało substancji pochodnych konopi indyjskich w ostatnim roku, zaś 83,2 miliona osób (blisko 25% populacji UE) próbowało takich substancji przynajmniej raz w życiu. Jeśli wziąć pod uwagę populację ludzi młodych (15-34 lat), rozpowszechnienie konsumpcji marihuany jest jeszcze większe - 16,6 miliona osób w tym przedziale wiekowym (13,3% populacji) przyznało się do kontaktu z takimi substancjami w ostatnim roku. W przypadku kokainy, kontakt w ciągu minionego roku zadeklarowało 3,6 miliona osób, tj. 1,1% populacji (z tego 2,4 mln z grupy wiekowej 15-34 lat, tj. 1,9% populacji w tym przedziale wiekowym), zaś 17,1 mln osób (5,1%) zadeklarowało kontakt z tą substancją przynajmniej raz w życiu. Szczególnie niepokojąco przedstawiają się dane dotyczące konsumpcji opioidów, gdzie ogólna liczba osób zażywających takie substancje w sposób ryzykowny sięga 1,3 mln. Opioidy są odpowiedzialne za 82% przypadków przedawkowania ze

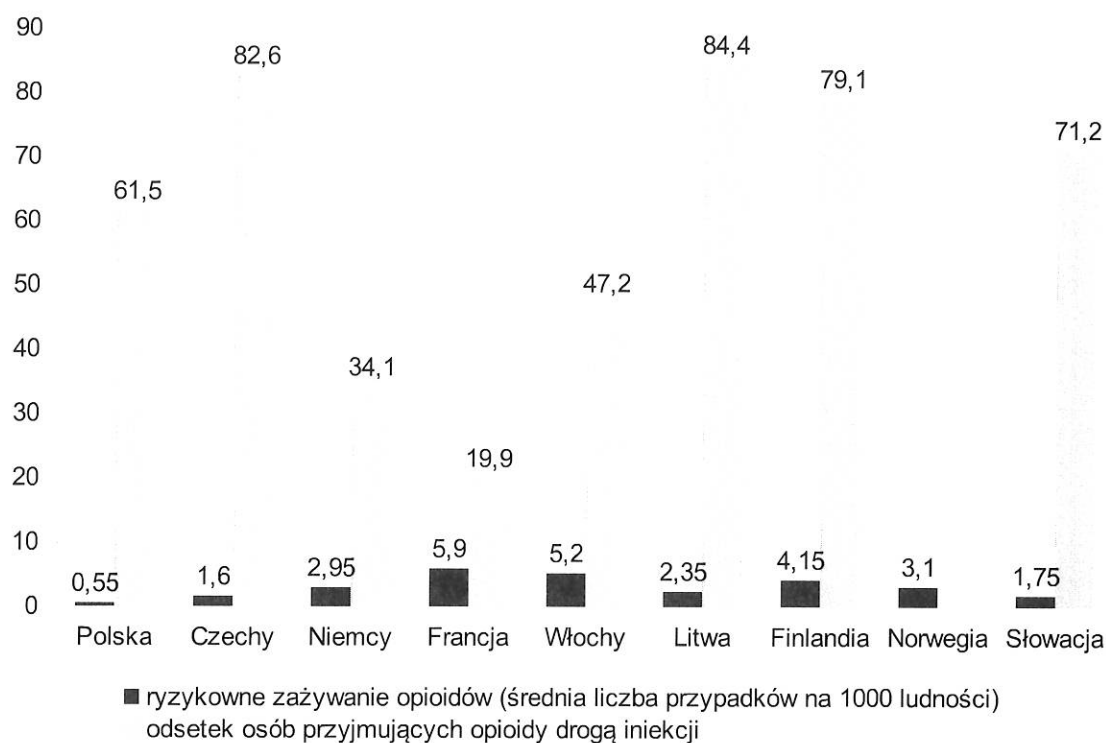
³² World Drug Report 2017. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna 2017.

³³ Ibidem.

skutkiem śmiertelnym. Ponadto znaczący stopień rozpowszechnienia charakteryzuje tzw. nowe substancje psychoaktywne, gdzie w grupie wiekowej 15-24 lat 3% populacji przyznało się do ich zażywania w ciągu roku, zaś 8% - przynajmniej raz w życiu. W Europie zaobserwowano ponadto rosnącą liczbę zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, w szczególności heroiny. Dotyczy to w dużej mierze krajów Europy Północnej, gdzie tradycyjnie problem opioidów notowany jest w większej skali, niż w pozostałych częściach kontynentu. Nie do końca znany jest czynnik wpływający na to zjawisko, szczególnie jeśli mieć na uwadze fakt, iż liczba osób deklarujących kontakt z tym narkotykiem, jak i liczba osób leczących się z powodu uzależnienia, pozostają na stałym poziomie. Domniemywa się jednak, iż jednym z nich może być rosnąca podaż heroiny na rynku³⁴.

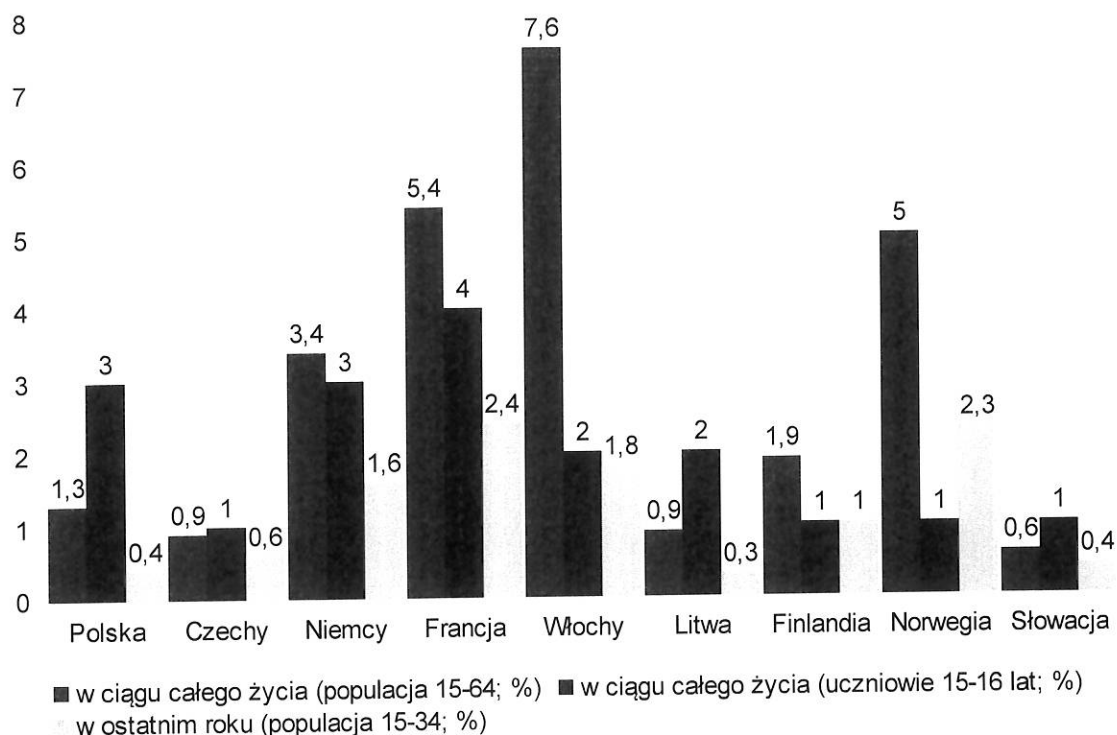
Rozpowszechnienie problemów narkotykowych w Polsce, zgodnie z dostępnymi danymi statystycznymi, przedstawia się nieco lepiej niż w przypadku innych krajów Europejskich, choć nie ma to miejsca w każdym z aspektów omawianego problemu. W przypadku opioidów ogólny poziom rozpowszechnienia ich zażywania w Polsce pozostaje niski – jeden z najniższych w Europie. Różnica względem krajów takich, jak Francja czy Włochy, jest bardzo znaczna. Warto jednak zauważyć, że jednocześnie relatywnie wysoki jest odsetek zażywających tego typu substancje drogą dożylną, co jest w szczególności sposób ryzykowny, zwłaszcza w kontekście niebezpieczeństwa przedawkowania, ale także zakażeń związanych ze stosowaniem niesterylnych igieł i strzykawek. W tym przypadku w rankingu zdecydowanie prowadzą kraje takie jak Litwa, Czechy, Finlandia i Słowacja. Szczegółowe dane przedstawiono za pomocą ryciny 1.

³⁴ Europejski Raport Narkotykowy 2016. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Luksemburg 2016.



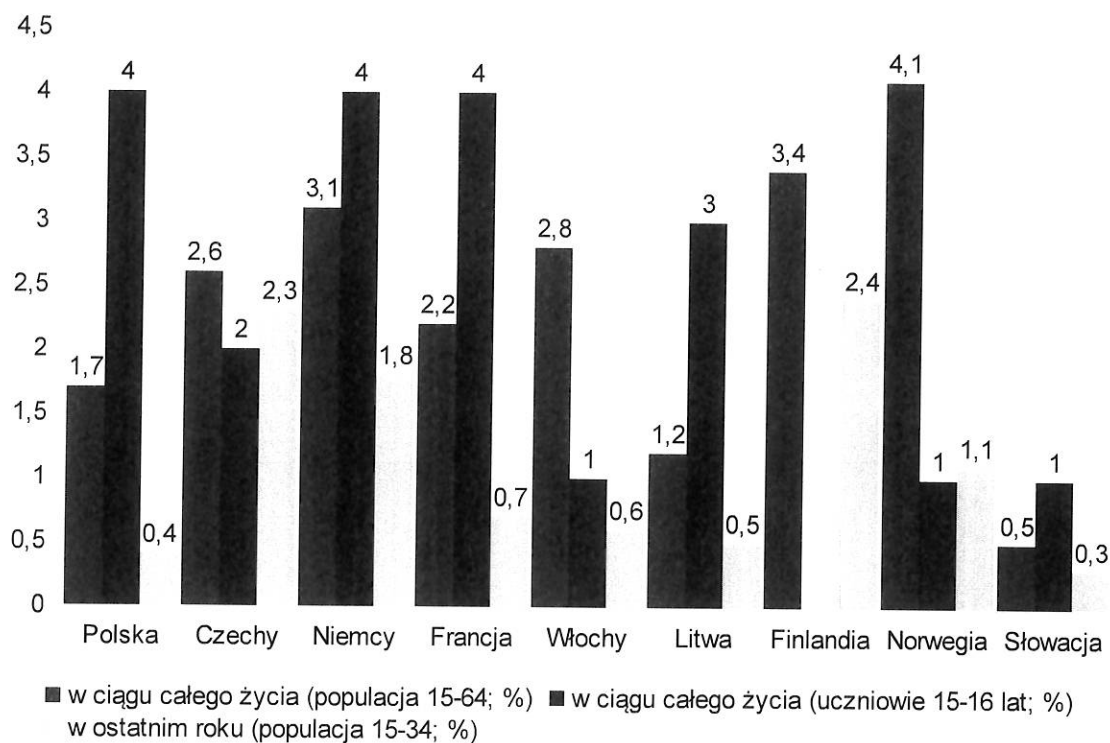
Ryc. 1. Podstawowe dane dotyczące używania opioidów w Polsce oraz wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku odsetka osób mających kontakt z kokainą, który w Polsce pozostaje relatywnie niski. W rankingu zdecydowanie przodują Włochy (7,6%). Niepokojąco jednak przedstawiają się dane mówiące o odsetku polskich uczniów w wieku 15-16 lat, którzy mieli kontakt z tym narkotykiem. Jest on wysoki na tle innych państw, nawet tych, które mają wyższy poziom zażywania w dorosłej populacji, co wskazuje na konieczność szczególnie intensywnego podejmowania działań prewencyjnych w odniesieniu do tej grupy wiekowej. Dane szczegółowe zobrazowano przy pomocy ryciny 2.



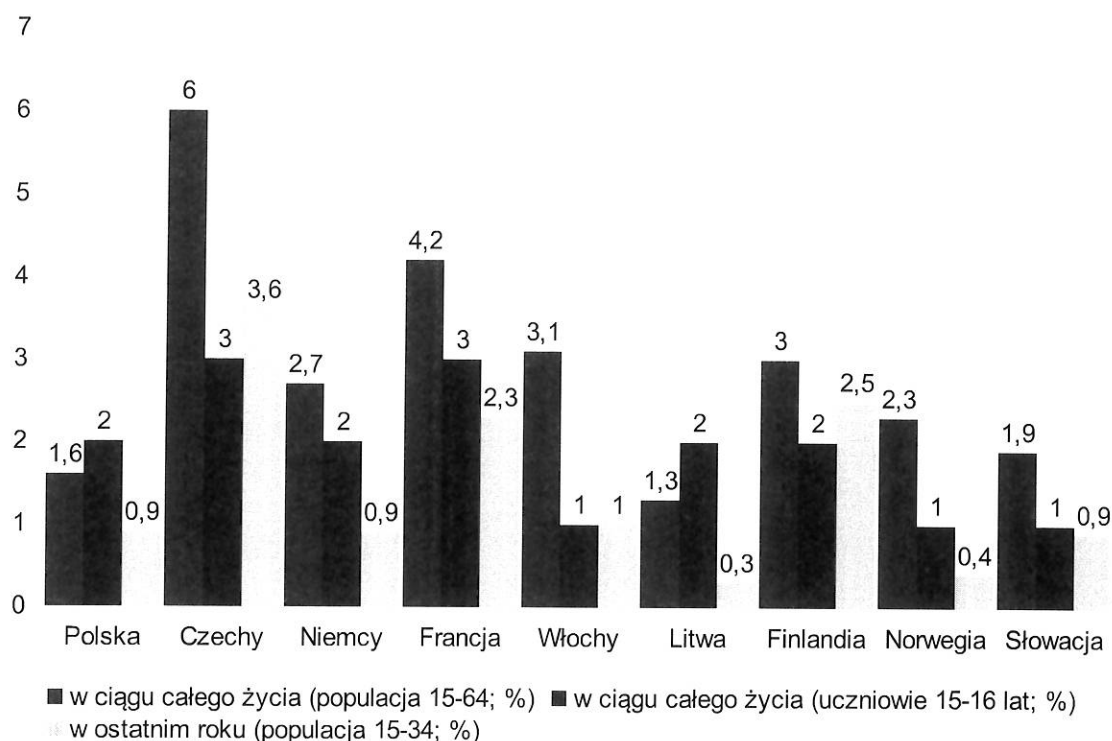
Ryc. 2. Podstawowe dane dotyczące używania kokainy w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.

Sytuacja odnośnie amfetaminy przedstawia się w Polsce podobnie, jak miało to miejsce w przypadku kokainy. Przy ogólnie relatywnie niewielkim odsetku osób deklarujących zażywanie – zarówno w ciągu całego życia, jak i w ostatnim roku – do najwyższych należy odsetek w grupie uczniów, co zdecydowanie przedstawia Polskę w niekorzystnym świetle na tle innych państw uwzględnionych w porównaniu. Jest to czynnik sugerujący konieczność szczególnie intensywnych akcji profilaktycznych adresowanych do młodszej części populacji. Wśród krajów o najwyższych odsetkach osób z populacji w wieku 15-34 lat, przynajmniej się do zażywania amfetaminy w ciągu ostatniego roku, znajdują się Finlandia, Czechy i Niemcy. Szczegóły ukazano na rycinie 3.



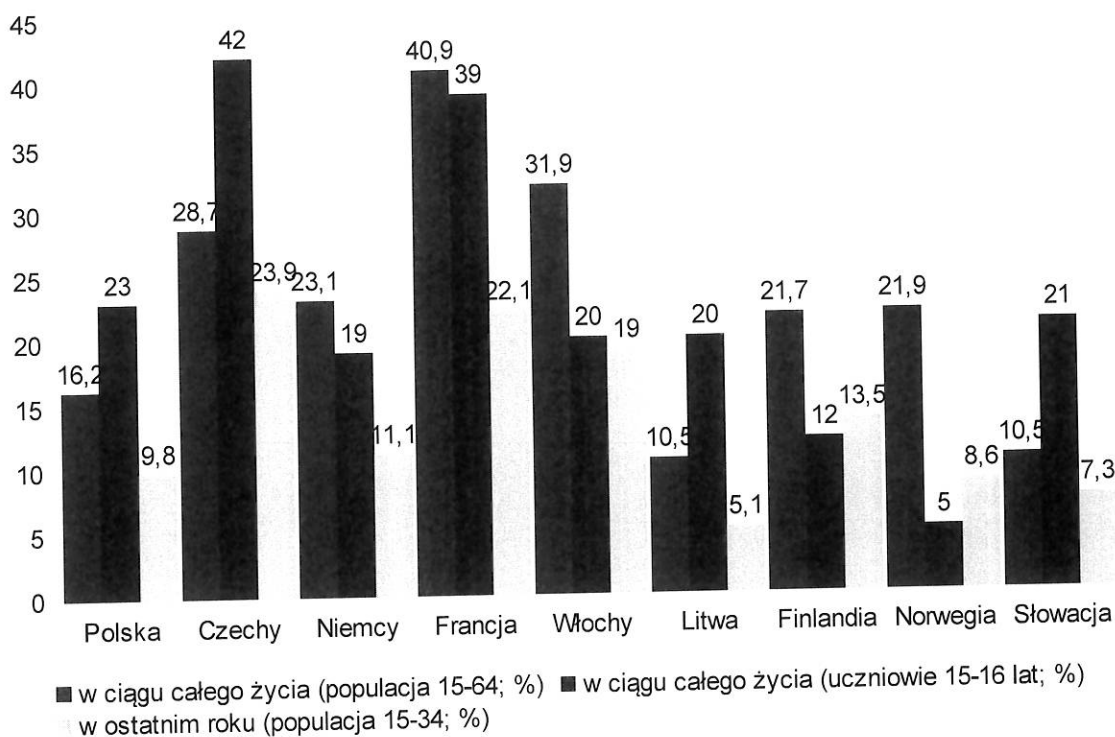
Ryc. 3. Podstawowe dane dotyczące używania amfetaminy w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.

W przypadku ekstazy ogólny odsetek populacji Polski deklarujący kontakt z tym narkotykiem jest relatywnie niski (0,9%), szczególnie w porównaniu z takimi krajami, jak Czechy (6%) czy Francja (4,2%). W grupie uczniów wynik Polski jest porównywalny ze średnią dla całej grupy porównywanych państw, co jest sygnałem nieco bardziej optymistycznym, niż miało to miejsce w przypadku substancji omawianych wcześniej, jednak wciąż dalekim od stanu pożądanego. Wśród krajów o najwyższych odsetkach osób z populacji w wieku 15-34 lat, przyznających się do zażywania ekstazy w ciągu ostatniego roku, znajdują się Czechy, Finlandia i Francja. Szczegóły ukazano za pomocą ryciny 4.



Ryc. 4. Podstawowe dane dotyczące używania MDMA (ecstasy) w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.

Liczba osób mających kontakt z marihuaną i substancjami podobnymi jest w Polsce wyraźnie niższa, niż w większości innych krajów uwzględnionych w porównaniu (niższą wartość uzyskano jedynie w przypadku Litwy i Słowacji). W grupie uczniów, podobnie, jak miało to miejsce w omówionych już powyżej pozostałych rodzajach narkotyków, sytuacja przedstawia się mniej optymistycznie. Wprawdzie w Polsce odsetek uczniów sięgających po ten rodzaj narkotyku jest niższy, niż w Czechach czy Francji, jednak nieco przewyższa analogiczne wartości dotyczące pozostałych państw. Warto zauważyć, iż stosowanie konopi indyjskich w ogóle jest znacznie bardziej rozpowszechnione, niż wszystkich innych narkotyków. Jest to sytuacja występująca w każdym z krajów, choć w niektórych (Francja, Czechy) ten stopień rozpowszechnienia jest szczególnie wysoki. Szczegółowe dane zaprezentowano za pomocą ryciny 5.



Ryc. 5. Podstawowe dane dotyczące używania pochodnych konopi indyjskich w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.

Według danych opublikowanych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 liczba osób uzależnionych od narkotyków w grupie wiekowej 18-64 lat szacowana jest na ok. 70 tys. osób, tj. 0,3% populacji z tego przedziału wiekowego. Nie mniej niepokojąca pozostaje liczba osób nadużywających narkotyków, wynosząca w Polsce ponad 370 tys. osób (1,4% ludności w tym przedziale wiekowym)³⁵. Znacznie większą skalę problemu obrazują badania CBOS³⁶, zgodnie z którymi 2,2% osób w wieku 15-64 lata przyznaje się do używania jakiegokolwiek narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca, natomiast ponad 16% - kiedykolwiek w życiu. Wśród badanych używających narkotyków przeważają mężczyźni, osoby z wykształceniem gimnazjalnym oraz wyższym, respondenci stanu wolnego, osoby wychowane w mieście oraz niewierzące i niepraktykujące. Najwyższe odsetki aktualnych użytkowników odnotowano wśród uczniów i studentów. Do używania dopalaczy przyznaje się ok. 1,3% badanych.

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony... op. cit.

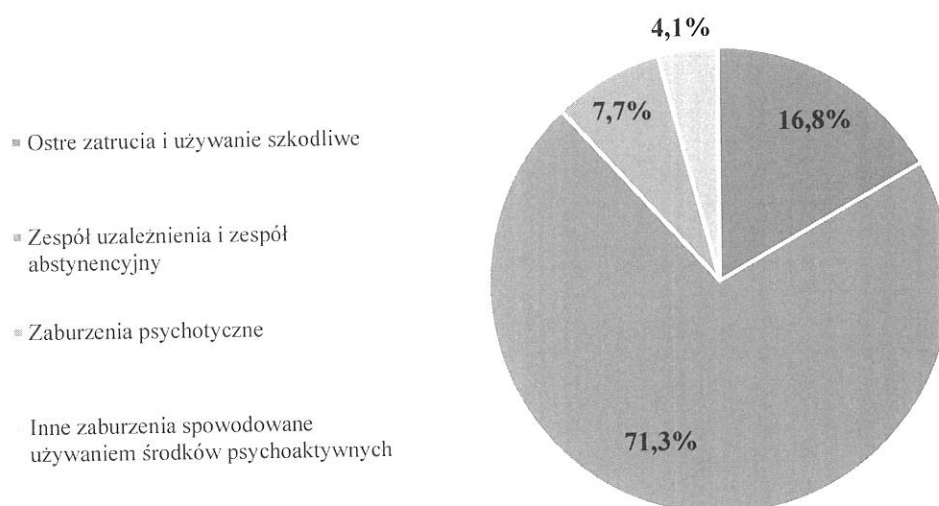
³⁶ Małczewski A., Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2015 r.

4.2. Epidemiologia uzależnień od środków psychoaktywnych w skali lokalnej

Potwierdzeniem istnienia wyraźnych potrzeb zdrowotnych związanych z narkomanią, są dane dotyczące liczby stwierdzanych przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz leczenia z tym związanego. Pomiędzy rokiem 2000 a 2015 liczba osób leczonych w Polsce ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych wzrosła 11-krotnie: z poziomu 9,3 osób na 100 tys. mieszkańców, do 104 osób na 100 tys. mieszkańców³⁷. W warunkach ambulatoryjnych w roku 2015 w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się prawie 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków. Wśród ogółu tych osób ponad 40 tys. leczyło się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (ok. 2,5%). Regionalna sytuacja w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania przedstawia się szczególnie niekorzystnie, ponieważ uwzględniając zróżnicowanie terytorialne osób leczących się warunkach ambulatoryjnych należy stwierdzić, że najliczniej w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień w roku 2015 leczyli się właśnie mieszkańcy województwa łódzkiego (5,3% ludności), a także kujawsko-pomorskiego, lubuskiego i dolnośląskiego (po 5% ludności). Z kolei najrzadziej leczyli się mieszkańcy województwa wielkopolskiego, opolskiego i warmińsko-mazurskiego (poniżej 3,2% ludności)³⁸. Analogiczne dane dla roku 2016 wskazują, iż w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się już ponad 1,6 mln Polaków, spośród których województwo łódzkie zamieszkiwało ponad 125,8tys. osób. Osoby z problemem uzależnienia od środków psychoaktywnych w województwie łódzkim w analizowanym okresie stanowiły 2,1% ogółu (2 676 osób). Wśród rozpoznań zdecydowanie dominował zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny (71,3%). Szczegółowe dane przedstawiono za pomocą ryciny 6.

³⁷ Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 24.10.2018r.].

³⁸ Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.



Ryc. 6. Mieszkańcy województwa łódzkiego z problemem uzależnienia od środków psychoaktywnych zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania w roku 2016 w podziale na rozpoznania wg danych GUS.

Zgodnie z danymi pochodzącymi z map potrzeb zdrowotnych w 2014 roku w województwie łódzkim odnotowano 9,38 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznanych jako uzależnienia, co stanowiło 8,1% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznanych w grupie choroby psychiczne. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 450,9 i była to 4 największa wartość wśród województw. Ponadto należy podkreślić, że województwo łódzkie zajmuje pierwsze miejsce w kraju pod względem śmiertelności standaryzowanej do 365 dni po rozpoczęciu hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia – jest to wartość rzędu 4,7% przy średniej ogólnokrajowej 3,7%³⁹.

Problemy społeczne i zdrowotne wynikające z zażywania środków psychoaktywnych są zauważalne także w Skierniewicach. Jakkolwiek skala ich występowania jest mniejsza, niż w przypadku alkoholu, bezwzględnie nie należy ich bagatelizować. W ciągu 10 pierwszych miesięcy 2016 roku zarejestrowano w mieście 35 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁰. MOPR w Skierniewicach w przypadku sześciu rodzin z problemem narkomanii wszczął postępowanie o wydanie „Niebieskiej Karty” (łącznie 24 osoby), zaś ośmiu rodzinom

³⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa łódzkiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp dnia 27.10.2018].

⁴⁰ Dane Miejskiej Komendy Policji w Skierniewicach.

(13 osób) udzielono pomocy materialnej z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych⁴¹.

O potrzebie prowadzenia działań z zakresu profilaktyki narkotykowej świadczą także wyniki badania kwestionariuszowego prowadzonego w 2017 r. w szkołach funkcjonujących na terenie Skierniewic⁴². Badanie dotyczyło spożywania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Zdecydowana większość ankietowanych uczniów przyznaje, że zażywanie narkotyków jest szkodliwe dla zdrowia, przy czym zauważalny jest systematyczny spadek twierdzących odpowiedzi wraz ze wzrostem wieku badanych. W szkole podstawowej odpowiedzi twierdzącej udzieliło ponad 97% uczniów, podczas gdy w gimnazjach było to 96,6%, zaś w szkołach średnich już tylko nieco ponad 92%. Są to odsetki wyższe, niż w przypadku analogicznego pytania dotyczącego spożywania alkoholu, jednak tendencja do wypierania ze świadomości szkodliwego wpływu narkotyków na zdrowie przedstawia się w sposób podobny, jak ma to miejsce w przypadku postrzegania problemu spożywania alkoholu. Podobnego rodzaju prawidłowość zaobserwowano w przypadku pytania dotyczącego postrzegania problemu narkomanii. Jakkolwiek odsetek odpowiedzi sugerujących postrzeganie tej kwestii jako poważnego problemu lub „tragedii” jest zbliżony w każdej grupie wiekowej (odpowiednio 54-57% odpowiedzi „poważny problem” i 18-25% odpowiedzi „tragedia”), zauważalny jest wyraźny wzrost liczby osób relatywizujących problem wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych. O ile w przypadku szkół podstawowych niespełna 6% uczniów stwierdziło, że postrzeganie problemu narkomanii „zależy od sytuacji”, o tyle w gimnazjum było to już 7,8%, zaś w szkole średniej 16,7%. Zwiększa się również odsetek odpowiedzi „nie mam zdania”: z poziomu 9,6% w szkole podstawowej, do poziomu 17,5% w szkołach średnich. Zarysowane tendencje potwierdzają pytania dotyczące postrzegania osób zażywających narkotyki (w szkole średniej blisko 7% osób zadeklarowało, iż odbiera takie osoby pozytywnie, wobec 3,5% w szkołach podstawowych i gimnazjach), a także dotyczące zażywania narkotyków, którą to kwestię należy potraktować jako w najwyższym stopniu niepokojącą. W szkołach podstawowych 4,7% uczniów zadeklarowało, iż próbowało jakiegoś rodzaju substancji psychoaktywnej. W gimnazjach odsetek ten wzrósł już do 6,1%, zaś w szkołach średnich osiągnął 17,9%, co należy traktować jako symptom zjawiska skrajnie niebezpiecznego. Jeszcze wyższe odsetki odpowiedzi dotyczą postrzegania otoczenia w szkole i występowania tam zjawisk związanych z zażywaniem narkotyków. Blisko 12% uczniów szkół podstawowych stwierdza, iż ich zdaniem ktoś w szkole stosuje narkotyki; w szkołach

⁴¹ Dane MOPR w Skierniewicach.

⁴² Dane UM w Skierniewicach.

gimnazjalnych i średnich odsetek twierdzących odpowiedzi rośnie już odpowiednio do 23,1% i 24,8%. Zwiększa się również odsetek uczniów potwierdzających, iż w szkole można nabyć narkotyki: z poziomu 1,24% w szkołach podstawowych, poprzez 3,5% w gimnazjach, aż po 6,8% w szkołach średnich. Są to odsetki niższe, niż te dotyczące kontaktu z substancjami psychoaktywnymi, co jest sygnałem korzystnym, wciąż jednak jako niepokojące należy traktować zarejestrowane wartości, jak i ich wzrost wraz z wiekiem uczniów. Na podstawie przeprowadzonych badań można wysunąć wniosek, iż odsetek uczniów mających kontakt z narkotykami jest wyraźnie mniejszy, niż ma to miejsce w przypadku alkoholu, jednak zdecydowanie zbyt duży, by można było stwierdzić brak problemu narkotykowego w mieście. Ponadto wraz z wiekiem uczniów postępuje tendencja relatywizowania problemu narkomanii, a zjawisko to sprzęga się ze zwiększoną skłonnością do sięgania po substancje psychoaktywne w wieku nastoletnim. Badanie uwidocznili także istnienie zjawiska rozprowadzania narkotyków w szkołach, w tym w szczególności w szkołach średnich.

5. Cele strategiczne oraz planowane interwencje

Tab. IV. Cele strategiczne MPPN na rok 2019.

Cel strategiczny	Zaplanowane interwencje	Podmioty realizujące	Mierniki ewaluacji
1. Budowanie świadomości zagrożeń związanych z używaniem narkotyków, w szczególności wśród młodych osób	1.1. Realizacja ogólnych programów promocji zdrowia w szkołach, budujących kompetencje zdrowotne uczniów	Szkoły i placówki oświatowe	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją Poprawa stanu wiedzy uczniów mierzona testem wiedzy
	1.2. Tworzenie dodatkowych form spędzania wolnego czasu dla dzieci i młodzieży m.in. ze środowisk zagrożonych narkomanią	Urząd Miasta Szkoły i placówki oświatowe Organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych działań Liczba osób objętych interwencją
	1.3. Realizacja programów edukacyjnych adresowanych do uczniów wyższych roczników szkół podstawowych oraz szkół średnich dotyczących szkodliwości zażywania narkotyków w wymiarze zdrowotnym i społecznym	Urząd Miasta Szkoły i placówki oświatowe Organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją Poprawa stanu wiedzy uczniów mierzona testem wiedzy Liczba osób młodych deklarujących zażywanie narkotyków Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych
	1.4. Modyfikacja zachowań zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków w środowiskach młodzieżowych poprzez realizację programów promocji zdrowia w środowiskach młodzieży, nakierowanych na budowanie odpowiedniego potencjału zdrowotnego grupy docelowej	Urząd Miasta Szkoły i placówki oświatowe Organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją Poprawa stanu wiedzy uczniów mierzona testem wiedzy Liczba osób młodych deklarujących zażywanie narkotyków

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019

			Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych
	1.5. Wzmacnianie rodzin, podnoszenie poziomu ich funkcjonowania jako wyraz celu strategicznego 2 zawartego w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020 tj. Aktywne działania dla rodzin i dziecka w środowisku lokalnym	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie	Zgodnie z zawartymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020
	1.6. Zaspokajanie potrzeb mieszkańców, zapewnienie zgodnie z ich potrzebami i przysługującymi im prawami jako wyraz celu strategicznego 2 zawartego w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020 tj. Aktywne działania dla rodzin i dziecka w środowisku lokalnym	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie	Zgodnie z zawartymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020
2. Zmiana zachowań własnych osób dorosłych, a także budowanie kompetencji w zakresie wpływania na zachowania młodzieży ze strony osób dorosłych, w szczególności rodziców oraz osób mających zawodowy kontakt z młodzieżą	2.1. Szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych	Urząd Miasta Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją Poprawa stanu wiedzy odbiorców mierzona testem wiedzy
	2.2. Podnoszenie umiejętności nauczycieli, pedagogów szkolnych i dyrektorów szkół w kierunku budowania nowoczesnych systemów wspomagania ucznia i programów profilaktycznych	Urząd Miasta Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Placówki świadczące usługi medyczne Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją Poprawa stanu wiedzy odbiorców mierzona testem wiedzy
	2.3. Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych i JST	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Placówki świadczące usługi medyczne Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019

	dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania narkotyków kierowanych		Poprawa stanu wiedzy odbiorców mierzona testem wiedzy
3. Zapewnienie efektywności interwencji kryzysowej w przypadkach zaistnienia niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym, związanych z używaniem narkotyków	3.1. Działania edukacyjne adresowane do nauczycieli, pedagogów szkolnych, pracowników socjalnych, a także przedstawicieli służb porządkowych na terenie miasta (straż miejska, policja) dotyczące umiejętności rozpoznawania symptomów zagrożeń związanych z używaniem narkotyków	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Liczba realizowanych programów Liczba osób objętych interwencją Poprawa stanu wiedzy odbiorców mierzona testem wiedzy
	3.2. Ograniczanie zaburzeń życia rodzinnego i społecznego wywołanych używaniem narkotyków, przemocą i innymi czynnikami niszczącymi życie rodzinne i społeczne	Urząd Miasta Płacówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe	Liczba zarejestrowanych przypadków zakłócenia porządku publicznego Liczba interwencji ze strony służb porządkowych Liczba osób objętych interwencją kryzysową Liczba złożonych niebieskich kart Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych
	3.3. Tworzenie i utrzymanie odpowiedniej infrastruktury pomocowej dla osób będących ofiarami przemocy domowej i innych niekorzystnych zjawisk w życiu rodzinnym i społecznym	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe	Liczba podjętych działań Liczba osób objętych interwencją kryzysową Liczba złożonych niebieskich kart
	3.4. Zapobieganie powstawaniu nowych problemów uzależnień i przemocy rodzinie jako wyraz celu strategicznego 3 zawartego w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020 tj. Wsparcie systemu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Zgodnie z zawartymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019

	3.5. Wzmocnienie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów jako wyraz celu strategicznego 3 zawartego w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020 tj. Wsparcie systemu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Zgodnie z zawartymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020
4. Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych narkomanią	4.1. Zmniejszanie rozmiarów uszkodzeń zdrowia spowodowanych używaniem narkotyków	Urząd Miasta Placówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe	Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych Umieralność związana z chorobami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych
	4.2. Utrzymanie i rozbudowa w skali adekwatnej do potrzeb placówek świadczących usługi zdrowotne w zakresie leczenia i profilaktyki uzależnień	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych (badanie kwestionariuszowe)
	4.3. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacji dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem	Urząd Miasta Placówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe	Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych Liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych Umieralność związana z chorobami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019

			Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych (badanie kwestionariuszowe)
5. Budowa systemu usług społecznych służących zapewnieniu dostępu do infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej dla osób ze środowisk szczególnie narażonych na ryzyko narkomanii	5.1. Zapewnienie mieszkańcom miasta łatwego dostępu do wysokiej jakości infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej	Urząd Miasta i jego jednostki	Liczba podejmowanych działań Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych (badanie kwestionariuszowe)
	5.2. Systematyczna analiza istniejących problemów społecznych i dostosowanie systemu pomocy społecznej do zmieniających się warunków jako wyraz celu strategicznego 4 zawartego w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020, tj. program operacyjny 4.1. Bieżąca ocena i diagnoza potrzeb społecznych na terenie gminy	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Zgodnie z zawartymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020
	5.3. Systematyczna analiza istniejących problemów społecznych i dostosowanie systemu pomocy społecznej do zmieniających się warunków jako wyraz celu strategicznego 4 zawartego w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020, tj. program operacyjny 4.2. Ocena i weryfikacja posiadanych instrumentów oddziaływania – kompleksowy system wsparcia służb socjalnych	Urząd Miasta Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Zgodnie z zawartymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020
6. Zapewnienie efektywności działań prewencyjnych służb miejskich w zakresie ograniczania dostępności narkotyków na terenie miasta	6.1. Realizacja programów edukacyjnych celem wyposażenia adresatów w kompetencje służące rozpoznawaniu sytuacji podwyższonego ryzyka i umiejętności podejmowania stosownych działań w takiej sytuacji	Urząd Miasta Komenda Miejska Policji w Skierniewicach	Liczba działań Liczba zarejestrowanych przypadków zakłócenia porządku publicznego w wyniku zażywania narkotyków Liczba osób objętych interwencją kryzysową

Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019

			Liczba zarejestrowanych przypadków prób sprzedaży narkotyków
	6.2. Przeciwdziałanie na rzecz zapobiegania używania narkotyków przez kierowców	Urząd Miasta Komenda Miejska Policji w Skierniewicach	Liczba wypadków drogowych powodowanych przez osoby pod wpływem narkotyków Liczba zarejestrowanych przypadków zakłócenia porządku publicznego w wyniku zażywania narkotyków Liczba interwencji ze strony służb porządkowych
	6.3. Edukacja młodzieży w zakresie konsekwencji nieprzestrzegania przepisów prawa	Urząd Miasta Szkoly Komenda Miejska Policji w Skierniewicach	Poprawa stanu wiedzy młodzieży mierzona testem wiedzy Liczba zarejestrowanych przypadków zakłócenia porządku publicznego Liczba interwencji ze strony służb porządkowych Liczba osób młodych deklarujących zażywanie narkotyków

6. Finansowanie programu

Interwencje zaplanowane w ramach realizacji Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019 finansowane będą z budżetu Miasta Skierniewice oraz innych źródeł pozabudżetowych. Na realizację zadań przewidzianych w programie przeznacza się łącznie kwotę 30 tys. zł, zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli V.

Tab. V. Środki finansowane zaplanowane na realizację zadań wynikających z Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Lp.	Sposób wydatkowania	Kwota (PLN)
1	Dotacje w ramach realizacji MPPN dla organizacji pozarządowych prowadzących działalność pożytku publicznego	20 000,00
2	Działania i zakup materiałów profilaktycznych w ramach realizacji Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	10 000,00
3	Zakup nagród i ewentualnego poczęstunku dla dzieci biorących udział w konkursach organizowanych w ramach realizacji Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii	
Suma		30 000,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Miasta Skierniewice.

Ponadto należy zaznaczyć, że w obrębie działań zaplanowanych w programie mieszczą się również kwestie finansowane poza schematem bezpośredniej polityki antynarkotykowej. Kwoty wydatkowane na rozbudowę infrastruktury z zakresu ochrony zdrowia, a także infrastruktury społecznej, sportowej i rekreacyjnej, finansowane w innych działach budżetu miasta należy traktować jako pozostające w łączności z niniejszym programem.

7. Ewaluacja programu

Ewaluacja Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019 będzie oparta o wykonanie rocznego sprawozdania z wszystkich zrealizowanych w danym roku kalendarzowym działań wykazanych w programie. Elementarną częścią składową sprawozdania będą sprawozdania cząstkowe składane przez podmioty realizujące zadania opisane w programie. Miernikiem jego właściwej realizacji będzie poprawa wartości wskaźników opisanych w programie. Ewaluacja w perspektywie długofalowej ma być pomocna w niwelowaniu niekorzystnych tendencji charakterystycznych dla problemu uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w Mieście Skierniewice.

Mierniki ewaluacji, mające uzasadnienie przy ocenie realizacji programu, przedstawić można w płaszczyźnie czasowej (mierniki krótko- i długookresowe), według kryterium oceny (adekwatność, skuteczność, trwałość) oraz charakteru tej oceny (jakościowa, ilościowa). W wymiarze praktycznym przekłada się to na ocenę wg następujących miar:

1. Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją.
2. Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi.
3. Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych.
4. Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych (m.in. liczba wypadków drogowych powodowanych przez osoby pod wpływem środków psychoaktywnych, liczba zarejestrowanych przypadków zakłócenia porządku publicznego, liczba interwencji ze strony służb porządkowych, liczba osób objętych interwencją kryzysową, liczba założonych niebieskich kart, liczba przypadków prób sprzedaży narkotyków).
5. Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych (m.in. liczba osób deklarujących zażywanie narkotyków, liczba osób młodych deklarujących zażywanie narkotyków).
6. Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych ze środkami psychoaktywnymi (m.in. liczba uzależnionych od środków psychoaktywnych, liczba leczonych z powodu uzależnienia, umieralność związana z używaniem środków psychoaktywnych).
7. Mierniki odnoszące się do dostępności świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych dla osób z problemem uzależnienia od środków psychoaktywnych (liczba osób leczonych w relacji do liczby osób ze stwierdzonym uzależnieniem).

8. Spis tabel

Tab. I. Podmioty lecznicze udzielające świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w Mieście Skierniewice.	14
Tab. II. Struktura organizacyjna podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Mieście Skierniewice.	15
Tab. III. Dostęp do wybranych świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na rynku publicznym dla mieszkańców Miasta Skierniewice.	17
Tab. IV. Cele strategiczne MPPN na rok 2019.	29
Tab. V. Środki finansowane zaplanowane na realizację zadań wynikających z Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.	35

9. Spis rysunków

Ryc. 1. Podstawowe dane dotyczące używania opioidów w Polsce oraz wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.	20
Ryc. 2. Podstawowe dane dotyczące używania kokainy w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.	21
Ryc. 3. Podstawowe dane dotyczące używania amfetaminy w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.	22
Ryc. 4. Podstawowe dane dotyczące używania MDMA (ecstasy) w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.	23
Ryc. 5. Podstawowe dane dotyczące używania pochodnych konopi indyjskich w Polsce i wybranych krajach europejskich wg danych Europejskiego Raportu Narkotykowego.	24
Ryc. 6. Mieszkańcy województwa łódzkiego z problemem uzależnienia od środków psychoaktywnych zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania w roku 2016 w podziale na rozpoznania wg danych GUS.	26

10. Piśmiennictwo

1. Berg I.K., Miller S.D. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym. Galaktyka. Łódź 2000 [brief-therapy.org; dostęp 06.02.2018]
2. Ciosek M. Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. Studia Gdańskie. Wizje Rzeczyw 2011, 8: 270-282.
3. Dane Miejskiej Komendy Policji w Skierniewicach.
4. Dane MOPR w Skierniewicach.
5. Dane UM w Skierniewicach.
6. Dimoff T, Carper S. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books, Warszawa 1994 .
7. Dmitrowicz I. Problem alkoholowy z przemocą w tle. Świat Probl 2013, 3: 25-27.
8. Europejski Raport Narkotykowy 2016. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Luksemburg 2016.
9. Informacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [parpa.pl; dostęp: 06.02.2018r.].
10. Klingemann J. Redukcja szkód a programy ograniczania picia. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 2015, 5:3-4
11. Kosman T., Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR), Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne, 2013 (1), s. 9-26.
12. Kowalcze M. Psychoterapia uzależnień - podejście integracyjne Psychiatria po dyplomie tom 13, nr 06 2016.
13. Kowalcze M., Integracja czy jednorodność w: Terapia uzależnienia i współuzależnienia nr 6/2009.
14. Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
15. Malczewski A., Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2015 r.
16. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa łódzkiego [mpz.mz.gov.pl; dostęp dnia 27.10.2018].
17. Por. „Wojna” z narkotykami. Raport Światowej Komisji do Spraw Polityki Narkotykowej. The Global Commission od Drug Policy, Geneva 2011.
18. Program Rewitalizacji Miasta Skierniewice na Lata 2016-2020. Wersja zmieniona. Załącznik do uchwały nr XXXII/189/2016 Rady Miasta Skierniewice z dnia 21 grudnia 2016 r.
19. Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej, GUS [stat.gov.pl; dostęp: 24.10.2018r.].
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. 2016 nr 0 poz. 86]
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469],
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2013 poz. 1386]
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492],
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [Dz.U. 2017 poz. 458]
25. Sempruch-Malinowska K. Zygałło M. Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych [w:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Łódź 2012,s.253-264
26. Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na Lata 2014-2020, Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, Łódź 2013.

27. Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020. Załącznik do uchwały nr XXXVIII/53/2017 z dnia 27 kwietnia 2017 r.
28. Strategia Rozwoju Miasta Skierniewice na Lata 2014-2020. Załącznik do uchwały nr XXIV/74/2016 Rady Miasta Skierniewice z dnia 21 kwietnia 2016 r.
29. Szczyrba-Maróń B, Bąk-Sosnowska M. Dopalacze – charakterystyka zjawiska. Forum Zab. Metab. 2013, 4(3): 132-147.
30. Teenson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk: 2005, s.12.
31. Uchwała XXXIII/426/17 z dnia 7 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020;
32. Uchwała XXXIII/426/17 z dnia 7 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020;
33. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1878],
34. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2016 poz. 1793]
35. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 1030 z późn. zm.],
36. Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej 2020. Województwo Łódzkie. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2017.
37. World Drug Report 2016. United Nations Office on Drugs and Crime. Nowy Jork 2016.
38. World Drug Report 2017. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna 2017.
39. Zajączkowski K. Nikotyna, alkohol, narkotyki. Krótki poradnik psychologiczny. Rubikon, Kraków 2001.
40. Zajączkowski K. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; Warszawa 2003, s. 7.
41. Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień, PARPA 7.07.2016.
42. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017