

**UCHWAŁA NR XXIV/718/20
RADY MIASTA SZCZECIN
z dnia 15 grudnia 2020 r.**

w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Szczecin na rok 2021

Na podstawie Art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713, 1378), art. 4¹ ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, z 2020 r. poz. 1492) oraz art. 10 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852, 1655, 1818, z 2020 r. poz. 322, 1337, 1493), **Rada Miasta Szczecin uchwala, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji "Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Szczecin na rok 2021", w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Szczecin.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Przewodnicząca Rady Miasta Szczecin

Renata Łażewska



**GMINNY PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII DLA MIASTA SZCZECIN
NA ROK 2021**

SPIS TREŚCI

I.	Wprowadzenie	s. 4
II.	Podstawy prawne	s. 5
III.	Cel główny i uzasadnienie	s. 5
IV.	Adresaci	s. 7
V.	Zasoby i realizatorzy	s. 7
VI.	Termin realizacji zadań i ich wdrażanie	s. 8
VII.	Opis powiązań z innymi dokumentami	s. 8
	Poziom krajowy	s. 9
	Poziom regionalny	s. 11
	Poziom lokalny	s. 12
VIII.	Monitoring efektywności działań	s. 13
IX.	Źródła finansowania	s. 14
X.	Sposób sprawozdania	s. 14
XI.	Zasady wynagradzania członków GKRPA	s. 14
XII.	Dane diagnostyczne	s. 15
	Raport o stanie narkomanii w Polsce – 2019	s. 18
	- używanie narkotyków w populacji ogólnej i wybranych grupach.....	s. 18
	- zgony z powodu narkotyków.....	s. 20
	- zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.....	s. 21
	- problemowe używanie narkotyków.....	s. 21
	- skala używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP) oraz związanych z nimi problemów.....	s. 21
	Kluczowe wnioski opracowane na podstawie badania „ESPAD 2019”	s. 22
	- alkohol.....	s.23
	- tytoń.....	s. 23
	- narkotyki.....	s. 24
	- nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”).....	s. 24
	- wstępne wnioski.....	s. 24
	Kluczowe wnioski opracowane na podstawie badania „Lustro 2018”	s. 25

Kluczowe wnioski opracowane na podstawie badania dotyczącego konsumpcji substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu i narkotyków przez mieszkańców Szczecina	s. 26
Główne obszary problemowe w zakresie uzależnień w skali lokalnej	s. 27
XIII. Szczegółowe cele i zadania	s. 29
OBSZAR 1 – Profilaktyka i promocja zdrowia	s. 29
OBSZAR 2 – Redukcja szkód i rehabilitacja (readaptacja i reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa osób z problemem uzależnień	s. 31
OBSZAR 3 – Działania na rzecz rodzin z problemem uzależnień i przemocy	s. 32
OBSZAR 4 – Organizacja Gminnego Programu oraz zapewnienie funkcjonowania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Szczecinie	s.34
XIV. Wykaz skrótów	s. 35

I. WPROWADZENIE

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta Szczecin na rok 2021, zwany dalej „Gminnym Programem”, stanowi kontynuację działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień realizowanych w Gminie Miasto Szczecin w latach ubiegłych, a obowiązek jego corocznego uchwalania przez radę gminy wynika z art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zadania w obszarze uzależnień oraz integracji społecznej osób uzależnionych uwzględniają cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych określonych w Narodowym Programie Zdrowia 2016-2020 (NPZ 2016-2020)¹ oraz stanowią część Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Miasto Szczecin na lata 2015-2020 (SRPS 2015-2020)². Gmina inicjuje i wdraża efektywne programy profilaktyczne, informacyjno-edukacyjne i rehabilitacyjne uwzględniające obowiązujące przepisy ustawowe, corocznie wydawane rekomendacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie (PARPA), a także strategie wypracowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN).

Gminny Program w układzie dokumentów strategicznych i operacyjnych miasta jest dokumentem dziedzinowym, szczegółowo określającym założenia kierunkowe w zakresie problematyki uzależnień i przemocy, a także sposoby ich realizacji. Jest zgodny ze Strategią Rozwoju Szczecina 2025 (SRS 2025)³ oraz uwzględnia cele kierunkowe Lokalnego Programu Rewitalizacji dla Miasta Szczecin na lata 2017-2023 (LPR 2017-2023)⁴ w zakresie rewitalizacji miasta w sferze społecznej. Ponadto, Gminny Program jest spójny z założeniami Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Gminy Miasto Szczecin na lata 2019-2022⁵ w zakresie działań dotyczących udzielania wsparcia psychologicznego osobom pozostającym w kryzysie spowodowanym zażywaniem substancji psychoaktywnych oraz wobec których stosowana jest przemoc, w tym będąca konsekwencją spożywania alkoholu. Oprócz spójności z dokumentami strategicznymi i operacyjnymi miasta, Gminny Program wpisuje się także w zapisy aktów prawnych i innych programów na poziomie krajowym, ze szczególnym uwzględnieniem założeń Narodowego Programu Zdrowia.

Dzięki koordynacji interdyscyplinarnych działań, zabezpieczeniu odpowiednich środków finansowych oraz zasobom instytucjonalnym i osobowym, Gminny Program posiada znaczny potencjał realizacyjny. Podczas jego wdrażania regularnie analizowane są zaprogramowane działania oraz prowadzony jest szczegółowy monitoring przyjętych wskaźników. W związku z ogłoszeniem w marcu 2020 r. stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii, zainicjowano nowe rozwiązania i procedury umożliwiające kontynuację działań i realizację założonych celów. Rozwiązania te uwzględniały zalecenia wydawane przez Główny Inspektorat Sanitarny, Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Aby zapewnić ciągłość oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych opracowano nowe procedury oraz dostosowano formy prowadzonych działań do

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1492)

² Uchwała Nr XVI/384/16 Rady Miasta Szczecin z dnia 23 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Miasto Szczecin na lata 2015-2020

³ Uchwała Nr XIV/320/11 Rady Miasta Szczecin z dnia 19 grudnia 2011 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Szczecina 2025

⁴ Uchwała Nr XXXVII/1098/18 Rady Miasta Szczecin z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie zmiany Lokalnego Programu Rewitalizacji dla Miasta Szczecin

⁵ Uchwała Nr XI/342/19 Rady Miasta Szczecin z dnia 22 października 2019 r. w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Gminy Miasto Szczecin na lata 2019-2022

obowiązujących obostrzeń. Dostrzeżono także, że epidemia, której konsekwencją jest izolacja, obniżenie jakości i częstotliwości kontaktów społecznych, stres, spowodowała zintensyfikowanie zachowań przemocowych, a także związanych ze szkodliwym spożywaniem alkoholu. Szczecińskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Szczecinie (SCPU) wskazuje także na rozwijające się nowe formy uzależnień (np. e-narkotyki) oraz sposoby ich dystrybucji. Aktualnie sytuacja jest monitorowana, a po dokonaniu bardziej szczegółowych analiz zostaną opracowane działania profilaktyczne i zapobiegawcze.

Zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezydenta Miasta Szczecin⁶, projekt Gminnego Programu został skonsultowany z członkami Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Szczecinie (GKRPA). Poprzednio obowiązujący Gminny Program został sprawozdany w terminach określonych przepisami. Szczegółowe sprawozdanie zostało przyjęte przez Radę Miasta Szczecin na sesji w dniu 28 kwietnia 2020 r. oraz przekazane do PARPA i KBPN – sprawozdania zostały zaakceptowane.

II. PODSTAWY PRAWNE

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym;
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym;
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

III. CEL GŁÓWNY I UZASADNIENIE

Celem głównym Gminnego Programu jest **zapobieganie uzależnieniom** od substancji psychoaktywnych poprzez podniesienie poziomu wiedzy i świadomości mieszkańców Szczecina (w szczególności dzieci i młodzieży) na temat szkodliwości ich stosowania, a także **ograniczenie szkód zdrowotnych, społecznych oraz zaburzeń życia rodzinnego**, będących następstwem spożywania alkoholu i zażywania narkotyków.

Realizacja powyższego celu przełoży się na zwiększenie jakości życia mieszkańców Szczecina oraz zrównoważony rozwój w sferze społecznej, wynikający z założeń SRS 2025. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez podjęcie skoordynowanych działań w obszarze profilaktyki realizowanej na trzech poziomach (uniwersalna, selektywna, wskazująca), będącej jednym z szeregu działań służących ochronie zdrowia, zmierzającej do zapobiegania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych. Z przeprowadzonych dotychczas obserwacji i analiz jednoznacznie wynika, że problem nadmiernego spożywania alkoholu wciąż jest niepokojącym zjawiskiem społecznym, który w mniejszym lub większym stopniu dotyka wszystkie grupy społeczne, niezależnie od pochodzenia, statusu, czy sytuacji ekonomicznej. Dlatego oddziaływania profilaktyczne powinny być realizowane we wszystkich sferach życia społecznego – szkolnej, rodzinnej, rówieśniczej, publicznej, medialnej itp. Badania naukowe na temat czynników ryzyka związanego z piciem alkoholu przez młodzież oraz środków zapobiegawczych w tym

⁶ Zarządzenie Nr 488/14 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 19 grudnia 2014 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu organizacyjnego Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Szczecinie

zakresie wykazały, iż jedynym z najważniejszych czynników chroniących młodych ludzi przed szkodami wynikającymi z picia alkoholu są pozytywne wzorce rodzinne oraz silna więź z rodzicami. Sposób wychowania i praktyki rodzicielskie mają istotne znaczenie dla prawidłowego rozwoju fizycznego, społecznego i psychicznego dziecka, a jakość opieki stanowi fundament dla jego rozwoju. Niezdrowy styl życia, problemy alkoholowe i narkotykowe, przemoc w codziennych kontaktach społecznych i zachowania rodzinne i społeczne są często wynikiem zaniechań ze strony najbliższego otoczenia. Coraz częściej po alkohol sięgają młodzi ludzie, wiek pierwszej inicjacji alkoholowej u młodzieży jest wciąż niski i nierzadko dają się zauważyć skutki wychowywania w rodzinach dotkniętych problemem alkoholizmu i przemocy. Zatem jednym z najistotniejszych warunków skuteczności oddziaływań profilaktycznych i czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem zachowań ryzykownych i antyspołecznych jest kształtowanie prozdrowotnych postaw oraz budowanie pozytywnych więzi rodzinnych i społecznych. W obliczu tego, istotnym elementem programów profilaktycznych realizowanych w Gminie Miasto Szczecin, ściśle zintegrowanym z treścią przekazów edukacyjnych dla młodzieży, stały się także działania na rzecz środowiska i rodziny, w tym rodziny pozostającej w kryzysie (prowadzenie placówek wsparcia dziennego, prowadzenie punktów konsultacyjnych, organizacja bezpiecznego i aktywnego czasu wolnego podczas wakacji połączona z prowadzeniem zajęć z elementami profilaktyki uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy, wspieranie rodzin z problemem uzależnień i przemocy z wykonywaniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, itd.). Różnorodne formy spotkań ujęte w prowadzonych projektach stanowią okazję do dialogu pomiędzy dziećmi, rodzicami, środowiskiem, a także specjalistami, na temat zagrożeń płynących ze spożywania alkoholu i zażywania narkotyków. W związku z tym, Gmina Miasto Szczecin zlecając zadania w zakresie uzależnień wymaga, aby zintensyfikować działania edukacyjne wobec środowiska, ze szczególnym uwzględnieniem szerokiej rzeszy rodziców, uświadamiające im ryzyko związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.

W celu podniesienia jakości realizowanych działań na rzecz rodziny, w 2020 roku realizowano dwa certyfikowane projekty o naukowo potwierdzonej skuteczności, znajdujące się na liście programów rekomendowanych przez PARPA. Pierwszy z nich, to „Program Wzmacniania Rodziny dla rodziców i młodzieży w wieku 10-14 lat” prowadzony przez organizację pozarządową, którego celami są: ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych w okresie dojrzewania, rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców/opiekunów i sprawowania przez nich kontroli nad dziećmi, rozwijanie umiejętności interpersonalnych i prospołecznych u dzieci i młodzieży, a także wzmacnianie więzi w rodzinnych. Kolejnym projektem, realizowanym przez SCPU, jest program wczesnej interwencji pn. „Fred Goes Net” skierowany do osób w wieku 13-19 lat, które eksperymentują lub używają szkodliwie substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol, dopalacze) i doświadczają związanych z tym problemów.

Wszelkie raporty jednoznacznie wskazują, że najbardziej efektywną strategią reagowania na problemy społeczne wynikające z uzależnień jest wczesna profilaktyka. Warto nadmienić, że większość czynników ryzyka wzrasta wraz z wiekiem. Co za tym idzie, krótkotrwałe działania profilaktyczne oparte wyłącznie na informowaniu o zagrożeniach wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych mogą okazać się nieskuteczne. Zatem przy projektowaniu działań wynikających z Gminnego Programu uwzględniono systematyczność i trwałość oddziaływań zapobiegawczych oraz jak najwcześniejsze kształtowanie postaw wewnętrznych o standardach przeciwnych niepożądanym tendencjom. Celem pokazania zagrożeń związanych z podejmowaniem zachowań ryzykownych oraz przedstawienia dostępnej oferty pomocowej, prowadzone są różnego rodzaju cykliczne kampanie

edukacyjne skierowane do szerokiej grupy mieszkańców Szczecina, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży i rodziny.

Dostrzegając konieczność udzielania wsparcia osobom uzależnionym i współuzależnionym, oprócz działań uprzedzających opisanych powyżej, Gmina Miasto Szczecin zleca także realizację zadań o charakterze korekcyjnym, zwiększających dostępność do pomocy terapeutycznej osobom uzależnionym oraz zadań wspierających skierowanych do osób będących w procesie utrzymania abstynencji. Głównym celem tych działań jest rozpowszechnienie lokalnej oferty terapeutycznej i rehabilitacyjnej odnoszącej się do uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz poprawa jakości świadczonych usług terapeutycznych na terenie Szczecina. Dzięki prowadzonym programom naprawczym, realizowanym m.in. przez Zakłady Opieki Zdrowotnej (ZOZ), czy Kluby Abstynenta, istnieje możliwość zahamowania rozwoju oraz ograniczenie głębokości i czasu trwania zachowań ryzykownych wśród mieszkańców Szczecina, związanych z trwałym używaniem substancji psychoaktywnych, piciem ryzykownym i szkodliwym, czy eksperymentowaniem z narkotykami.

Z dotychczasowych doświadczeń realizatorów programów profilaktycznych wynika, że często osoby z problemem alkoholowym trudno zachęcić do udziału w programach pomocowych opartych jedynie na klasycznych, terapeutycznych formach pomocy. Zatem zadaniem realizatorów Gminnego Programu jest implementowanie w prowadzonych projektach systematycznych działań opartych na alternatywnych, interesujących i różnorodnych formułach zajęć, mających pozytywny wpływ na wzrost motywacji ludzi do uczestnictwa w treningach oraz podniesienie skuteczności ich oddziaływań. Szczegółowy wykaz zadań służących realizacji celu głównego został przedstawiony w sekcji XIII na s. 29.

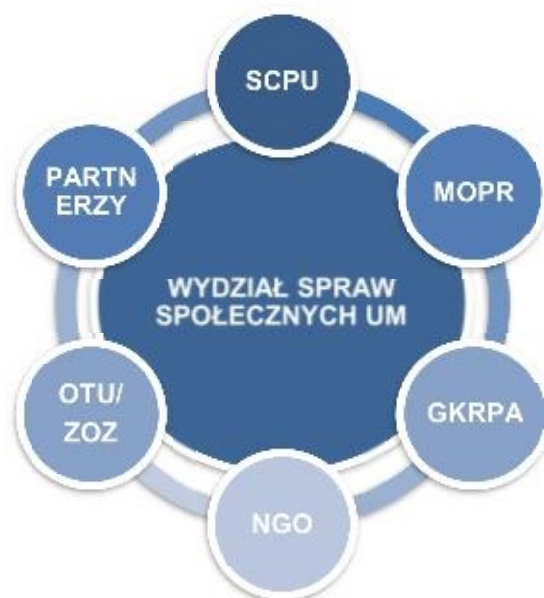
IV. ADRESACI

Adresatami Gminnego Programu są mieszkańcy Szczecina, tj. **dzieci, młodzież, dorośli – w tym seniorzy**. Gminny Program zwraca szczególną uwagę na **rodziny doświadczające przemocy**. Działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej adresowane są głównie do całych grup, w szczególności do **dzieci i młodzieży**, bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. Działania uprzedzające z zakresu profilaktyki selektywnej skierowane są do **jednostek lub grup zwiększonego ryzyka**, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne, narażone są na większe od przeciętnego niebezpieczeństwo wystąpienia problemów związanych z uzależnieniami i przemocą. Działania powstrzymujące z zakresu profilaktyki wskazującej skierowane są do **jednostek lub grup demonstrujących wczesne symptomy związane z uzależnieniem**. Program adresowany jest także do **osób pijących alkohol i używających narkotyków** w sposób ryzykowny i szkodliwy; **uzależnionych**, którzy wymagają leczenia (działania terapeutyczno-korekcyjne); **utrzymujących abstynencję i współuzależnionych – rodzin i bliskich** (działania wspierające).

V. ZASOBY I REALIZATORZY

Realizacja zadań Gminnego Programu koordynowana jest przez Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin. Realizatorami zadań są: jednostki organizacyjne Gminy, w szczególności Szczecińskie Centrum Profilaktyki Uzależnień i Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie. Ponadto, istotne znaczenie dla zapewnienia pełnej i kompleksowej oferty wsparcia ma działalność Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki

Zdrowotnej Ośrodka Terapii Uzależnień, Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Szczecinie oraz organizacji pozarządowych. Partnerami Gminnego Programu są szczecińskie placówki oświatowe, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie, Straż Miejska, Policja oraz inne podmioty, których działalność ma na celu przeciwdziałanie uzależnieniom i przemocy.



VI. TERMIN REALIZACJI ZADAŃ I ICH WDRAŻANIE

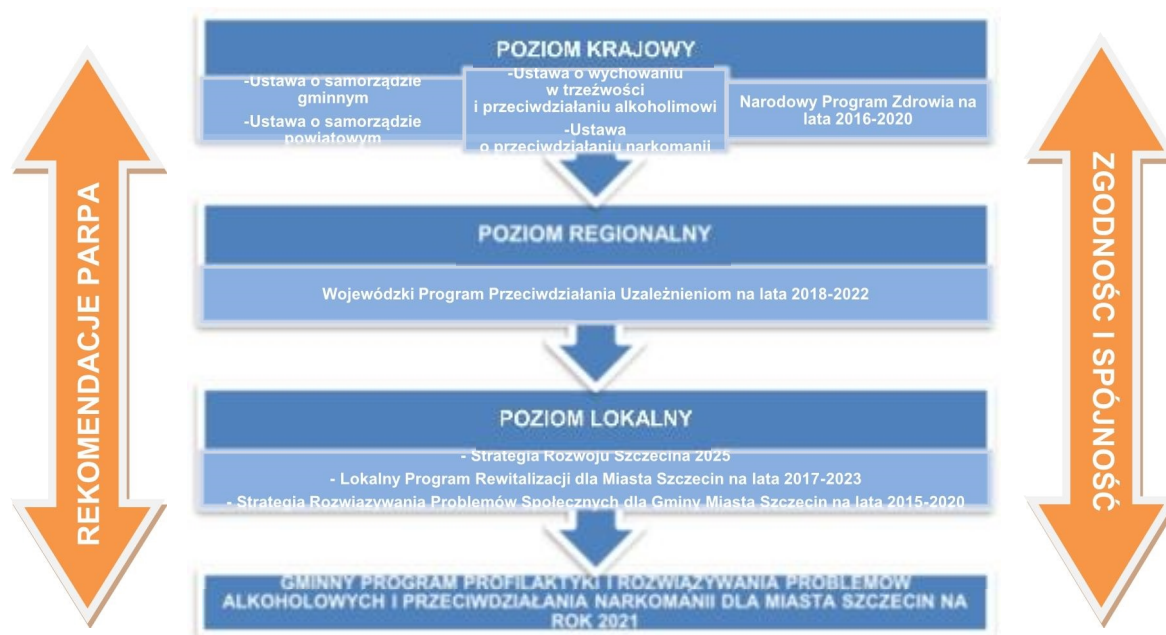
Realizacja zadań objętych Gminnym Programem została zaplanowana na okres od stycznia do grudnia 2021 r. Przedmiotowe zadania mają charakter długoterminowy i stanowią kontynuację zadań z lat ubiegłych przewidzianych do realizacji w wieloletniej perspektywie budżetowej. Proces wdrażania Gminnego Programu polega przede wszystkim na systematycznej realizacji działań w nim ujętych, promocji i społecznej komunikacji (np. z wykorzystaniem Biuletynu Informacji Publicznej, newsletterów, bieżących spotkań z realizatorami), a także inicjowaniu i prowadzeniu konsultacji z wykonawcami zadań.

VII. OPIS POWIĄZAŃ Z INNYMI DOKUMENTAMI

Jednym z elementów tworzenia skutecznych programów profilaktycznych na poziomie lokalnym jest konieczność zadbania o to, aby ich założenia były spójne z przepisami wynikającymi z ustaw i innych programów na poziomie krajowym oraz aby wpisywały się w koncepcję programów strategicznych obowiązujących w regionie.

Powiązanie Gminnego Programu z przepisami aktów prawnych na poziomie krajowym dotyczy głównie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz NPZ 2016-2020. Cele i zadania Gminnego Programu szczegółowo odnoszą się również do celów strategicznych i kierunków działań wskazanych w Wojewódzkim Programie Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022⁷ oraz są zgodne z dokumentami strategicznymi i operacyjnymi miasta. Pionowy układ powiązań z innymi dokumentami został przedstawiony poniżej.

⁷ Uchwała Nr XXXV/543/18 Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 26 września 2018 w sprawie przyjęcia „Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022”



Poziom krajowy

Ustawy, programy krajowe

Realizację zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia nakłada na samorządy art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz art. 2 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym. Szczegółowe regulacje w zakresie organizacji gminnych programów oraz zadania gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień wyznacza ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, do zadań własnych gminy należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. W szczególności zadania te obejmują:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii do zadań własnych gminy w zakresie przeciwdziałania narkomanii należą:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
- 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;
- wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- pomoc społeczna 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.

Gminny Program uwzględnia wykaz założeń służących realizacji 2. celu operacyjnego NPZ 2016-2020, czyli profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Przedmiotowe założenia w szczególności dotyczą:

- promocji zdrowia (w tym edukacji zdrowotnej);
- zadań regulacyjnych i zapewnienia skutecznego egzekwowania przepisów;
- redukcji szkód, rehabilitacji (readaptacji, reintegracji) zdrowotnej, społecznej i zawodowej;
- diagnozowania i badania zjawisk związanych z używaniem alkoholu;
- zadań na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP (w tym działań informacyjno-edukacyjnych);
- rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań;
- szeroko rozumianej profilaktyki uzależnień (uniwersalnej, selektywnej, wskazującej);
- ewaluacji zadań oraz aktualizacji i upowszechnianiu standardów profilaktyki;
- zwiększenia dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych.

Gminny Program opiera się także na Krajowej Polityce Miejskiej 2023⁸, która określa szczegółowe kierunki działań w zakresie wizji i koncepcji wyprowadzania danego obszaru ze stanu kryzysowego. Kierunki te dotyczą m.in. sfery społecznej, będącej kluczowym elementem rewitalizacji – przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, pomoc społeczna i rozwój usług społecznych, edukacja, wsparcie rodzin wychowujących dzieci, uczestnictwo w życiu publicznym i kulturalnym, sport, działania na rzecz młodzieży zagrożonej wykluczeniem, czy działania na rzecz prozdrowotnych wyborów mieszkańców dotyczących stosowania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu i narkotyków.

⁸ Uchwała nr 198 Rady Ministrów z dnia 20 października 2015 r. w sprawie przyjęcia Krajowej Polityki Miejskiej (M.P. 2015 poz. 1235)

Poziom regionalny

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022

WPPU 2018-2022 stanowi integralną część strategii województwa zachodniopomorskiego i jest istotnym aktem prawa regionalnego, wyznaczającym kierunki działań jednostek samorządu terytorialnego, instytucji i osób zajmujących się problematyką uzależnień na terenie naszego województwa. Zadania wynikające z Gminnego Programu znajdują odniesienie do celów strategicznych i kierunków działań WPPU 2018-2022 oraz realizowane będą z wykorzystaniem strategii profilaktycznych w nim wskazanych:

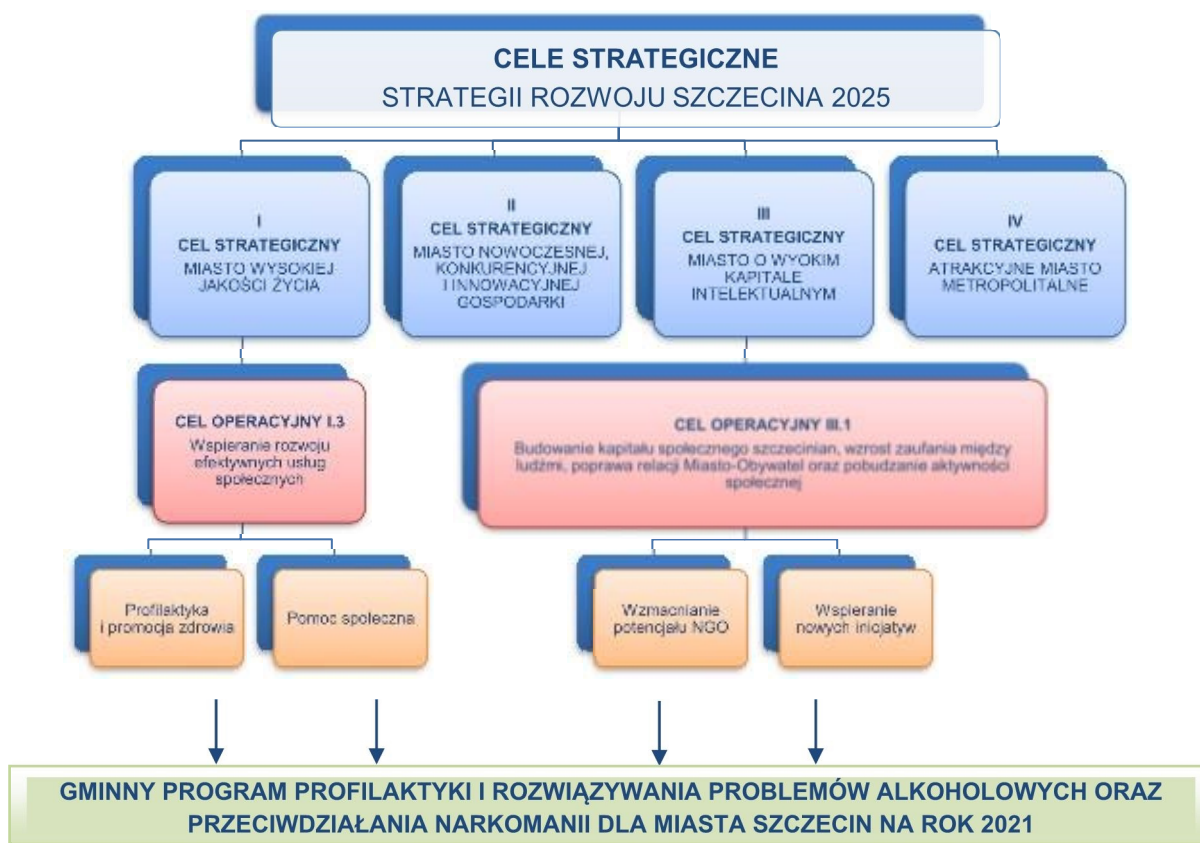
1. **informacyjno-edukacyjna** – mającą za zadanie dostarczenie właściwych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów, a także rozwijanie ważnych umiejętności psychospołecznych i interpersonalnych:
 - prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych i edukacji publicznej na temat szkód wynikających z uzależnienia oraz zażywania substancji psychoaktywnych, adresowanych do różnych grup docelowych;
 - upowszechnianie informacji nt. dostępnych form pomocy, w tym danych placówek profilaktycznych, interwencyjnych i pomocowych;
 - upowszechnianie informacji dotyczących przemocy w rodzinie i możliwości jej przeciwdziałania;
 - prowadzenie edukacji społecznej na temat zagrożeń dla dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach, w których występuje uzależnienie.
2. **Interwencyjna** – mającą za zadanie wsparcie osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych oraz pomoc ich rodzinom w sytuacjach dla nich trudnych i kryzysowych
 - wdrażanie programów profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej, adresowanej do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących z substancjami psychoaktywnymi.
3. **redukcja szkód** –
 - realizacja programów terapeutycznych i socjoterapeutycznych skierowanych do osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem;
 - poszerzenie oferty programowej w zakresie rozwijania kompetencji wychowawczych i profilaktycznych rodziców/opiekunów oraz nauczycieli;
 - zwiększanie dostępności do oferty specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnień;
 - tworzenie i upowszechnianie programów socjoterapeutycznych, terapeutycznych, psychoedukacyjnych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w tym dzieci z FASD oraz ich opiekunów;
 - realizacja działań mających na celu udzielenie pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci zażywają substancje psychoaktywne.
4. **reintegracja społeczna** –
 - zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego;
 - wspieranie działalności środowisk wspierających postawy trzeźw ościowe.

Poziom lokalny

Strategia Rozwoju Szczecina 2025

SRS 2025 wskazuje te obszary, których wsparcie przyczyni się do poprawy jakości życia mieszkańców oraz efektywnego rozwoju społeczno-gospodarczego miasta w zakładanym horyzoncie czasu, co stanowi podstawowy cel zrównoważonego rozwoju regionów metropolitalnych. Z uwagi na swoją specyfikę, założenia Gminnego Programu w szczególności opierają się na wpieraniu sfery społecznej w kontekście problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz działań na rzecz ograniczania przemocy w rodzinie.

Jak wynika z poniższego schematu, zadania Gminnego Programu koncentrują się głównie wokół celów operacyjnych I.3 oraz III.1 SRS 2025 ze szczególnym uwzględnieniem obszarów profilaktyki i promocji zdrowia, pomocy społecznej, wzmacniania potencjału organizacji pozarządowych oraz wpierania nowych inicjatyw w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień.



Lokalny Program Rewitalizacji dla Miasta Szczecin 2017-2023

Należy podkreślić, że istotne znaczenie dla budowania właściwej polityki prozdrowotnej miasta mają programy rewitalizacyjne uwzględniające problemy społeczne występujące w zdegradowanych obszarach wymagających wsparcia. Rewitalizacja polega na wdrażaniu skutecznych rozwiązań naprawczych, prowadzonych w sposób kompleksowy poprzez zintegrowanie działań na rzecz lokalnej społeczności. Prowadzenie działań wynikających z Gminnego Programu i mających odniesienie do LPR 2017-2023 przyczynia się do

zmniejszenia skali i ograniczania negatywnych zjawisk społecznych, w szczególności uzależnień, oraz do budowania tożsamości lokalnej poprzez wzrost aktywności społecznej mieszkańców Szczecina (Cel 1. LPR 2017-2023).

Oczekiwanyimi rezultatami w tym zakresie są:

- integracja ze środowiskiem osób narażonych na marginalizację;
- wsparcie rodzin w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej, w tym świadczenie poradnictwa oraz informowanie o uprawnieniach i możliwościach uzyskania pomocy;
- aktywizacja środowiska lokalnego poprzez organizację i wspieranie działań samopomocowych, budowanie partnerstwa instytucji, osób i organizacji dla diagnozowania i rozwiązywania lokalnych problemów, przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, ubóstwu i wykluczeniu społecznemu;
- profilaktyka w zakresie uzależnień poprzez aktywizację różnych grup wiekowych i promowanie zdrowego stylu życia wolnego od uzależnień;
- poprawa jakości życia mieszkańców.

Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Miasta Szczecin na lata 2015-2020

Gminny Program wpisuje się w misję i wizję SRPS 2015-2020, czyli podniesienie jakości życia szczecinian poprzez wyrównywanie szans dla wszystkich mieszkańców miasta oraz tworzenie warunków sprzyjających przeciwdziałaniu marginalizacji osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Warunki te mają zapewnić ciągłość w dostępie do trwałej aktywizacji społecznej i zawodowej. Założenia Gminnego Programu dotyczą 3. obszaru realizacji SRPS 2015-2020 – Przeciwdziałanie dysfunkcjom. Powyższe działania prowadzone są w następujących kierunkach:

Kierunek działania III.1.: Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i redukcja jej skutków, w szczególności:

- intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy;
- zwiększenie skuteczności ochrony i wsparcia osób doznających przemocy w rodzinie oraz zwiększenie skuteczności oddziaływań wobec osób stosujących przemoc w rodzinie;
- zwiększenie poziomu kompetencji oddziaływań przedstawicieli instytucji i podmiotów realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie w celu podniesienia jakości i skuteczności świadczonych usług na terenie Szczecina.

Kierunek działania III.2.: Profilaktyka uzależnień i redukcja ich skutków, w szczególności:

- profilaktyka ze szczególnym uwzględnieniem dzieci młodzieży i nowych zagrożeń z obszaru uzależnień;
- dostosowanie infrastruktury i pakietu usług dla osób uzależnionych do zdiagnozowanych potrzeb i nowych zjawisk obszarze uzależnień.

VIII. MONITORING EFEKTYWNOŚCI DZIAŁAŃ

Monitoring prowadzony jest w celu potwierdzenia skuteczności działań ujętych w Gminnym Programie oraz wypracowania wniosków i priorytetów służących do projektowania miejskiej strategii przeciwdziałania uzależnieniom i przemocy w perspektywie długoterminowej. Odbywa się w sposób ciągły poprzez dokonywanie bieżących kontroli jakości i rzetelności realizowanych

zadań, ścisłą współpracę z ich realizatorami oraz analizę i interpretację danych sprawozdawczych będących w posiadaniu gminy. Monitoring prowadzi się w oparciu o wskaźniki opisane w sekcji XIII na s. 29-35 oraz zawarte umowy i porozumienia. Gminny Program poddany został także analizie pod kątem oceny ryzyka oraz zgodności przyjętych założeń i sposobów ich realizacji z zarządzeniem Prezydenta Miasta Szczecin w sprawie funkcjonowania kontroli zarządczej w Gminie Miasto Szczecin.⁹

IX. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Podstawowym źródłem finansowania Gminnego Programu są środki pochodzące z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz środki z tytułu zawartych porozumień z innymi gminami na realizację programów motywacyjno-edukacyjnych w SCPU. Finansowanie częściowo opiera się także na środkach własnych organizacji pozarządowych ubiegających się o dotację w ramach otwartych konkursów ofert lub z inicjatywy własnej. Ponadto, działania mogą być współfinansowane ze środków pozyskanych ze źródeł zewnętrznych. Należy pamiętać, że podczas realizacji Gminnego Programu, gmina zobowiązana jest do przestrzegania ustawowego wymogu, aby każde zadanie finansowane w jego zakresie miało rzeczywisty związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień. Finansowanie Gminnego Programu zostało ujęte w budżecie miasta na 2021 rok. W ramach posiadanych środków, możliwy jest zakup przez podmioty będące w zasobach własnych gminy usług remontowych niezbędnych do realizacji celów i założeń wynikających z Gminnego Programu, a także doposażenie realizatorów w sprzęt z jego wyłącznym przeznaczeniem na realizację działań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

X. SPOSÓB SPRAWOZDANIA

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii, organ wykonawczy samorządu gminy sporządza raport z wykonania Gminnego Programu w danym roku, który przedkłada radzie gminy w terminie do dnia **31 marca** roku następującego po roku, którego dotyczy raport. Zgodnie z art. 11 ust. 2 ww. ustawy, organ wykonawczy samorządu gminy sporządza – na podstawie opracowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ankiety – informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku, wynikających z Gminnego Programu, i przesyła ją do KBPN, w terminie do dnia **15 kwietnia** roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

Sprawozdanie z wykonania Gminnego Programu w zakresie merytorycznym i finansowym zostanie również sporządzone na formularzu PARPA-G1 oraz przekazane do PARPA, w terminie do dnia **15 kwietnia 2022 r.**

XI. ZASADY WYNAGRADZANIA CZŁONKÓW GKRPA

Zgodnie z art. 4¹ ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konieczność ujęcia w Gminnym Programie zasad wynagradzania członków GKRPA nakłada art. 4¹ 1 ust. 5 ww. ustawy. W związku z powyższym, za udział w posiedzeniu GKRPA przysługuje wynagrodzenie:

⁹ Zarządzenie Nr 48/15 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie funkcjonowania kontroli zarządczej w Gminie Miasto Szczecin (zm. Zarządzeniem 59/16, zm. Zarządzeniem 5/18).

- Przewodniczącemu lub wiceprzewodniczącemu w przypadku, gdy prowadzi posiedzenie GKRPA: **140,00 zł brutto**;
- Osobie sporządzającej protokół z posiedzenia GKRPA: **140,00 zł brutto**;
- Pozostałym członkom GKRPA obecnym na posiedzeniu: **120,00 zł brutto**;
- Za uczestnictwo w każdym posiedzeniu podkomisji problemowej: **120,00 zł brutto**.

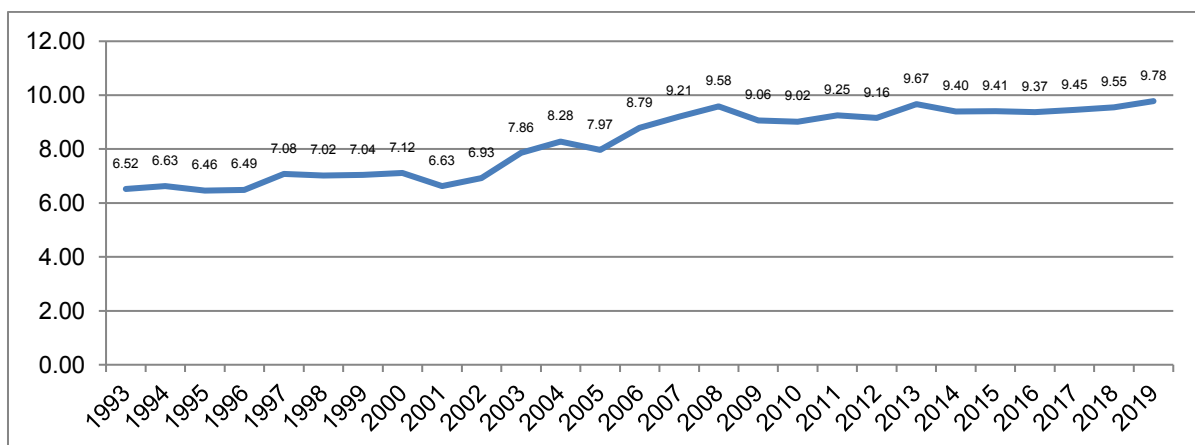
Podstawę do wypłacania wynagrodzeń stanowi podpis złożony na listach obecności z poszczególnych posiedzeń GKRPA.

XII. DANE DIAGNOSTYCZNE

Uzależnienie to stan psychiczny i fizyczny wynikający z interakcji pomiędzy organizmem, a substancją chemiczną (alkohol, narkotyki, nikotyna, leki, itd.), charakteryzujący się zmianami oraz innymi reakcjami organizmu, takimi jak potrzeba przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, by doświadczać jej wpływu oraz uniknąć objawów towarzyszących jej brakowi¹⁰. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest uznane za schorzenie przewlekłe, wymagające terapii oraz ciągłego wsparcia w celu utrzymania abstynencji, niezbędnej w procesie leczenia.

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu najniebezpieczniejszych czynników zagrażających zdrowiu populacji (większe ryzyko niesie tytoń i nadciśnienie tętnicze). Szkodliwe używanie alkoholu prowadzi do niebezpiecznych skutków ubocznych, które mają negatywny wpływ zarówno na jednostkę jak i otaczające ją środowisko społeczne. Substancja ta wpływa negatywnie na organizm, powodując nieodwracalne zmiany chorobowe. Alkohol działa osłabiająco na układ odpornościowy, tym samym zwiększając szansę na wystąpienie wielu odmian nowotworów, a także wywołuje znaczne zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka. Według ogólnoświatowego raportu WHO dotyczącego alkoholu i zdrowia pn. „Global Status Report On Alcohol And Health 2014”, szkodliwe spożywanie alkoholu jest jedną z przyczyn ponad 200 schorzeń. Ponadto, niektóre badania sugerują, że może istnieć związek pomiędzy szkodliwym spożywaniem alkoholu, a chorobami zakaźnymi jak gruźlica czy HIV/AIDS.

W Polsce zjawisko spożywania alkoholu oraz związanych z tym negatywnych skutków jest niepokojąco powszechne. Na podstawie statystyk PARPA z lat 1993-2019 zaobserwować można, że łączne spożycie 100% alkoholu w Polsce wzrosło z średnio z 6,52 l. do 9,78 l. na jednego mieszkańca w ciągu roku, co przedstawia poniższy wykres:



<http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> [21.09.2020 r.]

¹⁰ Definicja Światowej Organizacji Zdrowia.

Poniższa tabela przedstawia średnie spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski z podziałem na poszczególne kategorie:

Lata	Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	Wino	Wino w przeliczeniu na 100% alkohol	Piwo	Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol
1992	3,50	7,60	0,91	38,60	2,12
1993	3,80	7,50	0,90	33,00	1,82
1994	3,80	6,90	0,83	36,40	2,00
1995	3,50	6,80	0,82	39,00	2,15
1996	2,90	10,30	1,24	42,80	2,35
1997	2,80	12,80	1,54	49,80	2,74
1998	2,40	13,70	1,64	54,10	2,98
1999	2,10	13,60	1,63	60,10	3,31
2000	2,00	12,00	1,44	66,90	3,68
2001	1,70	10,60	1,27	66,50	3,66
2002	1,70	11,20	1,34	70,70	3,89
2003	2,40	11,30	1,36	74,80	4,10
2004	2,50	10,60	1,27	82,00	4,51
2005	2,50	8,60	1,03	80,70	4,44
2006	2,70	9,10	1,09	90,80	5,00
2007	3,00	8,90	1,07	93,40	5,14
2008	3,40	8,20	0,98	94,40	5,19
2009	3,20	7,00	0,84	91,20	5,02
2010	3,20	7,00	0,84	90,50	4,98
2011	3,30	6,40	0,77	94,30	5,19
2012	3,00	5,90	0,71	99,20	5,46
2013	3,60	5,80	0,67	97,70	5,37
2014	3,20	6,30	0,76	98,90	5,44
2015	3,20	6,30	0,76	99,10	5,45
2016	3,20	5,80	0,70	99,50	5,47
2017	3,30	6,10	0,73	98,50	5,42
2018	3,30	6,00	0,72	100,50	5,53
2019	3,70	6,20	0,72	97,10	5,34

<http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> [21.09.2020 r.]

Struktura spożycia napojów alkoholowych w procentach w przeliczeniu na 100% alkohol:

Lata	Wyroby spirytusowe	Wino	Piwo
2000	28,30%	20,20%	51,50%
2001	25,80%	19,20%	55,00%
2002	24,50%	19,40%	56,10%
2003	30,50%	17,30%	52,20%
2004	30,20%	15,30%	54,50%
2005	31,40%	12,90%	55,70%
2006	30,70%	12,40%	56,90%
2007	32,60%	11,60%	55,80%
2008	35,50%	10,30%	54,20%
2009	35,30%	9,30%	55,40%
2010	35,50%	9,30%	55,20%
2011	35,70%	8,30%	56,00%
2012	32,74%	7,73%	59,54%

2013	37,20%	7,20%	55,70%
2014	34,10%	8,00%	57,90%
2015	34,00%	8,00%	57,90%
2016	34,20%	7,40%	58,40%
2017	35,20%	7,80%	57,80%
2018	34,60%	7,50%	57,90%
2019	34,60%	7,50%	57,90%

<http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> [21.09.2020 r.]

Uzależnienie od narkotyków, podobnie jak uzależnienie od alkoholu, charakteryzuje się kompulsywną, trudną do opanowania potrzebą przyjmowania danej substancji, bez względu na wynikające z tego szkodliwe konsekwencje. Wielokrotne używanie narkotyków często doprowadza do trwałych zmian w mózgu i rozwija uzależnienie. Jak wskazują badania, większość decyzji by spróbować tego rodzaju substancji po raz pierwszy jest zazwyczaj dobrowolna. W zależności od rodzaju narkotyku, ich wpływ na zachowanie, postrzeganie i organizm człowieka jest zróżnicowany.

Niewątpliwie, alkoholizm i narkomania to zjawiska głęboko powiązane z wieloma problemami społecznymi takimi jak ubóstwo, bezrobocie, prostytucja i bezdomność, a także generujące zachowania kryminalne. Są to problemy dotyczące wszystkich grup społecznych, niezależnie od wieku, wykształcenia i statusu materialnego, a konsekwencje te dotyczą nie tylko osób uzależnionych, lecz także członków ich rodzin oraz otaczające ich środowisko społeczne. Nadużywanie substancji psychoaktywnych często prowadzi do rozkładu życia rodzinnego, przemocy oraz zakłócania porządku i ładu publicznego lub nawet zagrożenia życia i zdrowia osoby będącej pod wpływem i osób w jej najbliższym otoczeniu. Następstwem picia alkoholu i zażywania narkotyków oraz innych substancji psychoaktywnych jest także znaczne obciążenie ekonomiczne osób najbliższych i społeczności, w których te jednostki funkcjonują. Obciążenia te dotyczą głównie kosztów leczenia, kosztów zmniejszenia produktywności, kosztów strat materialnych, spadku dochodów, a nawet ekonomiczne następstwa przedwczesnej umieralności.”

Główne obszary problemowe o charakterze lokalnym związane z problemami uzależnień zostały zdefiniowane na podstawie:

- a) raportu o stanie narkomanii w Polsce – 2019;
- b) raportu Europejskiego Programu Badań Ankiетowych przeprowadzonego w 2019 roku szkołach, pn. „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) – publikacja badań nastąpiła w 2020 r.;
- c) raportu z przeprowadzonej w 2018 r. na zlecenie Stowarzyszenia Producentów i Dziennikarzy Radiowych społecznej diagnozy uczniów pn. „Lustro 2018”;
- d) raportu Fundacji Badania Opinii Społecznej CBOS i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pn. „Młodzież 2018”;
- e) diagnoz przeprowadzonych przez wykonawców na potrzeby ofert składanych na realizację zadań publicznych oraz danych sprawozdawczych przekazanych gminie, zgodnie z zawartymi umowami;
- f) diagnozy sporządzonej na potrzeby LPR 2017-2023;
- g) priorytetowych problemów w zakresie uzależnień wynikających ze SRPS 2015-2020;
- h) raportu końcowego dotyczącego konsumpcji substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu i narkotyków przez mieszkańców Szczecina – projekt

zrealizowany na zlecenie Urzędu Miasta Szczecin przez IPC Instytut Badawczy we Wrocławiu – 2012.

Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019¹¹:

„Używanie narkotyków w populacji ogólnej i wybranych grupach

Jednym z podstawowych źródeł danych o skali używania substancji psychoaktywnych są reprezentatywne ogólnopolskie badania w populacji generalnej. Potwierdzają one, że używanie narkotyków jest o wiele mniej rozpowszechnione niż picie napojów alkoholowych. Według danych z badań populacyjnych odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku w Polsce jest 16 razy niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Używanie alkoholu w ciągu ostatniego roku odnotowano na poziomie 89,7% (badanie z 2014 roku), podczas gdy w przypadku narkotyków odsetek wyniósł 5,4% (dane dla osób w wieku 15-64 lata).

Według ostatnich badań raportowanych przez Reitox Focal Point do EMCDDA konsumpcja napojów alkoholowych należy w Polsce do jednych z największych w Europie. Polska uplasowała się na drugim miejscu po Austrii (91,5% w 2015 roku) wśród krajów UE. Podobny wskaźnik jak Polska odnotowała Szwecja. Najniższy poziom konsumpcji napojów alkoholowych w ciągu ostatniego roku dotyczy Portugalii (59,4% w 2016 roku) oraz Bułgarii (65,6% w 2016 roku). W 16 krajach zarejestrowano wyższe wskaźniki używania nielegalnych substancji psychoaktywnych niż w Polsce. Najwyższe rozpowszechnienie używania odnotowano w Hiszpanii (12% w 2017 roku), Francji 11,5% (2017 rok), Holandii 11% (2017) oraz we Włoszech 10,6% (2017). Są to kraje, gdzie aktualne dane dotyczące używania narkotyków wskazują, że jest ono dwa razy wyższe niż w Polsce. Najniższy odsetek odnotowano na Cyprze (2,2% w 2016 roku).

Grupą wiekową, która jest często brana pod uwagę w prowadzeniu działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii są osoby w wieku 15-34 lata, czyli młodzi dorośli. W przypadku tej grupy rozpowszechnienie używania narkotyków w ciągu ostatniego roku jest wyższe niż w całej populacji. W krajach z najwyższymi wskaźnikami, jak we Francji (22,6% w 2017 roku), Włoszech (21,0% – 2017) oraz Czechach (20,7% – 2017) jest to co piąta osoba. W Polsce odsetek osób używających narkotyków w wieku 15-34 lata wyniósł 10,4%, mimo to Polska nadal znajduje się w grupie krajów o niższych wskaźnikach. Według ostatniego badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem z odsetkiem 12,1%. Do jej zażywania przyznało się 7,8% badanych w wieku 15-34 lata (2018 rok). Natomiast w całej badanej populacji (15-64 lata) wyższy odsetek odnotowano wśród mężczyzn – 16,4% niż wśród kobiet – 7,7%. Największy odsetek osób, które podejmowały leczenie zgłaszały problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnień.

Drugą substancją, z powodu której osoby podejmowały leczenie, jest amfetamina. Jest ona o wiele rzadziej używana w populacji generalnej. Do zażywania amfetaminy w ciągu ostatniego roku przyznało się 1,4% badanych (15-34 lata). Kokaina należy do grupy nielegalnych substancji psychoaktywnych, których poziom rozpowszechnienia nie jest wysoki w Polsce. Wyniki badań w populacji generalnej pokazują, że wśród młodych dorosłych odsetek użytkowników wyniósł 0,5% to według danych dotyczących zgłaszalności do leczenia, tylko 2,2% osób podjęło leczenie z powodu uzależnienia od kokainy. Wyniki badań wśród osób dorosłych pokazują, że na tle Europy poziom rozpowszechnienia używania

¹¹ Opracowanie – Artur Malczewski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2019
(file:///C:/Users/rszult/AppData/Local/Temp/Raport%20o%20stanie%20narkomanii%20w%20Polsce%202019.pdf)

narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany, w Polsce nie jest wysoki. Najwyższe wskaźniki odnotowano w następujących krajach: Francja (21,8% – 2017 rok), Włochy (20,9% – 2017 rok), Czechy (19,3% – 2017 rok). Najniższe odsetki spośród krajów UE rejestrujemy na Węgrzech (3,5% – 2015 rok) oraz na Cyprze (4,3% – 2016 rok). W Polsce odsetek wyniósł 7,8% (2018). Inny obraz sytuacji mamy w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież. Według badań ESPAD przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników marihuany i haszyszu wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat znajduje się powyżej średniej europejskiej, która dla Polski wyniosła 24%, a dla pozostałych badanych krajów – 16%. Do krajów z najwyższymi wskaźnikami używania marihuany zalicza się Czechy (37%), Monako (31%) oraz Francję (31%). Badanie ESPAD z 2015 roku objęło swoim zasięgiem 37 krajów. Najniższe odsetki odnotowano w Macedonii (5%) oraz Mołdawii (4%), a w przypadku krajów UE w Szwecji (7%) oraz na Cyprze (7%).

Pod koniec 2018 roku zostały przeprowadzone ogólnopolskie badania na młodzieży szkolnej przez Fundację CBOS oraz KBPN. Badanie jest realizowane przez Fundację CBOS od 1990 roku, a we współpracy z KBPN od 2003 roku. Są to najnowsze badania na młodzieży zrealizowane przez KBPN.

W 2018 roku badanie przeprowadzono na ogólnopolskiej losowej próbie 80 dziennych szkół ponadgimnazjalnych (n=1609). Podobnie, jak pokazały to wyniki w przypadku badania ESPAD, najczęściej były zażywane przez uczniów marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2018 roku 38% badanych, co oznacza spadek o 4 punkty procentowe w stosunku do roku 2016. W wynikach ostatniego pomiaru odnotowano niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2018 marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, w 2016 roku – 21%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2016 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – blisko co siódmy badany (14%, w 2016 roku – 9%), a w ciągu ostatnich 30 dni – niemal co osiemnasty (6%, w 2016 roku – 4%). Wzrosło także używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2008 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w następnych trzech pomiarach – 7%. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie w roku 2008 amfetaminę zażywało 4% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 3%, zaś wskaźniki dla zażywania w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą 1% w roku 2008, 2% w roku 2010 i 2013 oraz 1% w 2016 roku.

W badaniu zapytano młodzież o znajomość miejsc, gdzie można kupić narkotyki, o oferty kupna, sprzedaż narkotyków w szkołach oraz o to, czy trudno jest, w ich ocenie, zdobyć poszczególne substancje psychoaktywne. W roku 1994 co piąty respondent (22%) wiedział od kogo lub gdzie można kupić narkotyki, w 2003 roku – już niemal połowa (49%). Jednak od tego czasu maleje odsetek uczniów mających wiedzę o miejscach oferowania narkotyków. W roku 2016 odsetek takich wskazań wyniósł 31%. Ponadto odsetek badanych, którzy wiedzieli o kilku takich miejscach lub osobach, był najniższy od 1999 roku. Wyniki ostatniego badania pokazały zwiększenie się odsetka osób, które nie mają wiedzy, gdzie można kupić narkotyki – do 49%. Jest to najwyższy wynik od 1994 roku.

Od roku 1994 systematycznie rosła liczba uczniów, którym oferowano narkotyki. Najwyższy poziom osiągnęła w 2003 roku, kiedy to blisko połowa badanych (47%) otrzymała takie propozycje. Od tego czasu odsetek respondentów, którym oferowano narkotyki, zaczął spadać. Prawie trzykrotnie zmniejszyła się liczba uczniów, którym często składano takie

propozycje – z 14% w roku 2003 do 5% w 2013 roku. Ostatni pomiar wykazał, że odsetek badanych, którzy otrzymali propozycję kupna narkotyków, nieznacznie wzrósł – do poziomu z 2008 roku, kiedy tak samo jak w 2016 roku 36% uczniów otrzymało ofertę kupna narkotyków. Wyniki ostatniego pomiaru z 2018 roku pokazują, iż odsetki znajdują się na zbliżonym poziomie w porównaniu z rokiem 2016; 7% badanych miało często propozycje kupna narkotyków, a 18% – kilka razy.

Od roku 1996 uczniowie byli pytani także o sprzedaż narkotyków w szkole. Od tego czasu do roku 2003 na pytanie, czy na terenie ich szkoły można kupić narkotyki, mniej więcej co trzeci badany odpowiadał przecząco, w 2008 roku – co drugi, a w 2010 roku – ponad połowa (55%). W ostatnich pomiarach odsetek badanych deklarujących, że na terenie szkoły nie sprzedaje się narkotyków, systematycznie wzrastał, osiągając w 2016 roku 60%. Wyniki ostatniego badania z 2018 roku odnotowały dokładnie takie same wskaźniki jak w 2016 roku.

Zgony z powodu narkotyków

W Polsce nie odnotowujemy dużej liczby zgonów spowodowanych bezpośrednio przedawkowaniem narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2017 roku w Polsce zarejestrowano 202 zgony, a w 2016 roku – 204 zgony, których przyczyną były narkotyki. Dane z 2017 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnych przedawkowań w naszym kraju są przede wszystkim mężczyźni (73% przypadków). Do porównań między krajami wykorzystano dane EMCDDA dotyczące zgonów z powodu narkotyków. Najwyższe wskaźniki bezpośrednich zgonów z powodu przedawkowania narkotyków w Europie odnotowano w Estonii – 130 osób na milion mieszkańców (w liczbach bezwzględnych 110 osób w 2017 roku) oraz w Szwecji – 92 osób na milion mieszkańców (626 osoby w 2017 roku).

Dane GUS nie pozwalają na określenie rodzaju substancji, które stały się przyczyną zgonu. Jednak niektóre instytucje gromadzą dane dotyczące zgonów m.in. z powodu narkotyków czy nowych substancji psychoaktywnych (NSP), tzw. dopalaczy. KBPN otrzymało z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego dane obejmujące obszar aglomeracji warszawskiej. W 2016 roku odnotowano na tym obszarze 47 zgonów, których przyczyną były nielegalne substancje psychoaktywne. W ponad 60% przypadków jedną z substancji wykrytych w toksykologii były opioidy (30 przypadków). Nowe substancje psychoaktywne zostały wykryte w 15% przypadków. Natomiast w przypadku 7 zgonów, których przyczyną były nowe substancje psychoaktywne, w czterech wykryto UR 47700 (syntetyczny opioid), w trzech syntetyczne katynony, a w jednym przypadku syntetyczne kannabinoidy. Na skutek spożycia substancji psychoaktywnych w 2016 roku w aglomeracji warszawskiej zmarło 38 mężczyzn, których średnia wieku wynosiła 35 lat, oraz 9 kobiet (średnia ich wieku wyniosła 37 lat). Ponadto w 2015 roku na terenie aglomeracji warszawskiej z powodu narkotyków zmarły 52 osoby, tak samo jak w roku 2014. W przypadku 17% zgonów w 2015 roku oraz 19% w 2014 roku odnotowano udział nowych substancji psychoaktywnych. Według badań kohortowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zleconych do realizacji przez KBPN, standaryzowany współczynnik umieralności wynosi 3,4 (2,1 dla kobiet i 4,6 dla mężczyzn). Współczynnik ten przybiera najwyższe wartości dla kobiet w kategorii wiekowej: 30-34 lata (18,5). Ze wspomnianych badań wynika, że prawdopodobieństwo zgonu jest 3,4 raza wyższe wśród osób zażywających narkotyki niż w całej populacji.

Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków

Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych związanych z narkotykami są choroby zakaźne. Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, są udostępniane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). W 2018 roku rozpoznano 1 165 takich zakażeń HIV, w tym 18 przypadków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Dane od roku 2008, pomimo mało istotnych różnic w statystykach w poszczególnych latach, wskazują na spadkowy trend liczby nowych przypadków zakażeń HIV, związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków. W 2018 roku rozpoznano łącznie 23 nowe zachorowania na AIDS, w tym 2 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. NIZP-PZH na zlecenie KBPN zrealizował w 2017 roku badanie wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Wyniki tych badań pokazały, że przeciwciała anti-HIV występowały u 18,5% badanych przyjmujących narkotyki w iniekcjach, a przeciwciała anti-HCV u 57,6% badanych.

Problemowe używanie narkotyków

Dane z badań populacyjnych, jak np. badania ankietowe wśród młodzieży, pokazują, jaka jest skala eksperymentowania oraz aktualnego używania narkotyków. Trudno jest uchwycić w badaniach populacyjnych liczbę osób, które używają codziennie, np. heroinę. Dlatego też przeprowadza się dodatkowe analizy mające na celu oszacowanie skali używania problemowego na podstawie np. rejestrów osób podejmujących leczenie. Podobnie, jak w przypadku wyników badań populacyjnych, oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków pokazują, że na tle innych krajów UE Polska nie ma wysokich wskaźników problemowego używania substancji nielegalnych. Warto się zatem przyjrzeć, jak wygląda ta sytuacja na tle innych krajów, które raportują dane do EMCDDA. Do przeprowadzenia porównań między krajami warto uwzględnić wskaźnik na 1 000 mieszkańców. Wśród państw, które dysponowały takim oszacowaniem, tylko dwa miały niższe wskaźniki niż Polska: Cypr (2,8 osoby na 1 000 mieszkańców w 2017 roku) oraz Chorwacja (3,5 osoby na 1 000 mieszkańców w 2012 roku). W Polsce wskaźnik wyniósł 3,7 (2014 rok) i był o wiele mniejszy w porównaniu z krajami, gdzie odnotowano najwyższe wskaźniki w Europie – 10,1 osoby na 1000 mieszkańców w 2015 roku w Portugalii czy na Łotwie – 9,4 w 2011 roku.

Skala używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP) oraz związanych z nimi problemów

Dane Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie potwierdzają wysokie wskaźniki podejrzeń zatruc z powodu NSP. Po rekordowym pod względem liczby zatruc roku 2015 (7 206), w 2016 roku odnotowano spadek do 4 369 przypadków. Podobny wynik zarejestrowano w 2017 roku. Dane z 2018 roku odnotowały niewielki spadek liczby prawdopodobnych zatruc z powodu NSP do 4 260. Dane za okres od stycznia do listopada 2019 roku pokazują na spadek liczby zatruc z powodu NSP do 2 178. Od 2008 roku przeprowadzono w Polsce kilkanaście badań, w których uwzględniono tematykę nowych substancji psychoaktywnych. Ostatnie badanie dotyczące NSP zostało przeprowadzone pod koniec 2018 przez Fundację CBOS oraz KBPN wśród uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych. Ich wyniki wyraźnie pokazują spadek używania NSP wśród młodzieży. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami według badania z 2018 roku, jest poniżej poziomu z 2008 roku – 2,6%. Po 1,5% badanych używało „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, a w ciągu ostatniego miesiąca 0,7%. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzenia badań – to jest od roku 2008. Według deklaracji z roku 2008, po „dopalacze” sięgnęło

„kiedykolwiek w życiu” 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek takich deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z NSP w ciągu roku poprzedzającego badanie z roku 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (1,5% w 2008 roku). Rok 2010 był okresem funkcjonowania ponad 1 400 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z nimi „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni” wyniósł natomiast 1%. Innym badaniem, które pozwala przyjrzeć się skali używania NSP, nie tylko w Polsce, lecz także w Europie, jest badanie z 2014 roku pn. „Young People and Drugs” (Flash Eurobarometer, 401), zlecone po raz drugi przez Komisję Europejską, a zrealizowane przez TNS Political and Social. Wywiady przeprowadzono wśród osób pomiędzy 15. a 24. rokiem życia. Warto zwrócić uwagę, że według Eurobarometru odsetek osób, które miały kontakt kiedykolwiek w życiu z NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie w 2014 roku (9%) co w roku 2011 (9%). Średnia europejska dla wszystkich badanych wzrosła o trzy punkty procentowe do 8% w 2014 roku. Kilka krajów odnotowało duży wzrost odsetka osób zażywających NSP: Irlandia o 6 punktów procentowych (22% w 2014 roku), podobnie Słowenia (6%), Francja o 7 punktów procentowych (12%) i podobnie Słowacja (10%), natomiast Hiszpania o 8 punktów procentowych (13%). Mimo że w latach 2011-2014 średnia europejska wzrosła, to poziom używania NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie (TNS Political & Social, 2014). W całej populacji skala używania NSP jest na niskim poziomie. Według badań KBPN i Fundacji CBOS do używania NSP kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku nowych substancji psychoaktywnych używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2% (dane za 2014 rok). Dane KBPN dotyczące zgłaszalności do leczenia z 2018 roku pokazują, że 3,2% osób, które podjęły leczenie z powodu narkotyków, zgłosiło syntetyczne katynony jako substancję podstawową.”

Kluczowe wnioski opracowane na podstawie badania „ESPAD 2019” – w odniesieniu do wcześniejszych badań¹²:

„W 2019 r. w ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) naszego kraju. Badania ESPAD podjęto w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy. Celem badań, powtarzanych co 4 lata począwszy od 1995 r., jest monitorowanie natężenia problemu używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, a także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży. W 2019 r. badanie zostało zrealizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania problemów Alkoholowych przy współpracy Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Ważona próba ogólnopolska liczyła 2 814 uczniów trzecich klas szkół gimnazjalnych oraz 3 089 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, chociaż w sumie zebrano 12 434 ankiet.

¹² Opracowanie – Janusz Sierosławski, Warszawa 2020 (<ftp://kbpn.home.pl/ESPAD>)

Alkohol

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 84% uczniów z młodszej grupy i 96% uczniów z starszej grupy. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 47% piętnasto-szesnastolatków i 76% siedemnasto-osiemnastolatków. Porównanie wyników badania z 2019 r. z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy rozpowszechnienia picia wśród gimnazjalistów zapoczątkowany w 2007 r. Wcześniej obserwowano tendencje wzrostową.

W zakresie wskaźników picia alkoholu przez gimnazjalistów w latach 1995-2007 obserwowano proces zacierania się różnic między dziewczętami i chłopcami, który w 2011 r. uległ zahamowaniu. W czasie ostatnich ośmiu lat odnotować trzeba wznowienie tego procesu. W 2019 r. odsetki dziewcząt, które piły w czasie ostatnich 30 przed badaniem są nieznacznie wyższe, niż jak analogiczne odsetki chłopców. Stało się tak za sprawą większego spadku rozpowszechnienia picia wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Począwszy od pierwszych badań ESPAD najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży jest piwo, a najmniej – wino.

Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, 11% uczniów z młodszej kohorty i 19% ze starszej grupy wiekowej chociaż raz upiło się w takim stopniu, że doświadczało zaburzeń równowagi, mowy lub nie pamiętało co się z nimi działo. W wcześniejszych edycjach badania ESPAD do 2011 r. pytano o nietrzeźwość w trochę inny sposób, stąd wyniki obecnego badania nie są porównywalne z wcześniejszym trendem. Pytanie o upijanie się w obecnej postaci zadawano od 2011 r. Od tego czasu do 2019 r. obserwujemy bardzo słaby trend spadkowy.

Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. W zakresie ocen dostępności napojów alkoholowych odnotować trzeba powolną, ale konsekwentnie pozytywną tendencję zmniejszania się odsetków uczniów określających swój dostęp jako bardzo łatwy. Ponadto zmniejszają się też odsetki uczniów dokonujących zakupów napojów alkoholowych zwłaszcza piwa.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z piciem alkoholu. O stopniu ryzyka, według ocen respondentów, w znacznym stopniu decyduje wzór picia. W 2015 r. odnotowano zahamowanie tendencji spadkowej traktowania picia alkoholu w jako zachowania bardzo ryzykownego, a w przypadku intensywnego picia nawet jej odwrócenie. W 2019 r. obserwujemy wzrost odsetków uczniów przypisujących każdemu ze wzorów picia alkoholu duże ryzyko.

W 2019 r. w stosunku do 2015 r. odnotować trzeba bardziej liberalne podejście rodziców do picia alkoholu przez ich dzieci.

Tytoń

Doświadczenia z paleniem papierosów ma połowa gimnazjalistów oraz dwie trzecie uczniów ze starszej kohorty, a w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wyroby tytoniowe paliło 23% gimnazjalistów i prawie 36% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki te są znacznie lepsze od wyników z 2003 r. Wedle ocen respondentów spadła także dostępność papierosów. Jednocześnie pojawiły się nowe formy wprowadzenia nikotyny do organizmu, np. e-papierosy. W starszej kohorcie ich popularność dorównuje już popularności tradycyjnych wyrobów tytoniowych, a w młodszej nawet ją przewyższa.

Narkotyki

Zgodnie z oczekiwaniami wyniki badania wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych, niż legalnych, zwłaszcza alkoholu. Większość badanych nigdy po substancje nielegalne nie sięgała. Wśród tych, którzy mają za sobą takie doświadczenia większość stanowią osoby, które co najwyżej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. Chociaż raz w ciągu całego życia używało tych substancji 21% młodszych uczniów i 37% starszych uczniów. Na drugim miejscu wśród uczniów gimnazjów pod względem rozpowszechnienia substancji nielegalnych jest amfetamina (4%), a wśród uczniów szkół wyższego poziomu – ecstasy (5%).

Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, także stawia marihuanę lub haszysz na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W klasach trzecich gimnazjów używa tego środka 17% uczniów, w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych – 30%. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem 9% uczniów klas trzecich gimnazjów i 15% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych używało tych substancji. W zakresie używania przetworów konopi do 2011 r. obserwowaliśmy podobne tendencje w obu grupach wiekowych. W 2015 r. pojawiły się odmierności – wzrost wszystkich trzech wskaźników w młodszej grupie uległ zahamowaniu podczas gdy w starszej tylko odsetki używających w czasie ostatnich 30 dni nie uległy zmianie. W 2019 r. w obu grupach wiekowych przeważa tendencja spadkowa.

Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Inne wskaźniki problemu marihuany i haszyszu, takie jak postrzegana dostępność czy oferty tych substancji, jak również zasięg używania ich w otoczeniu badanych wykazują podobne tendencje jak rozpowszechnienie używania. W młodszej grupie w 2019 r. zaznaczył się spadek, w starszej stabilizacja lub także spadek. Potwierdza to tezę o odwróceniu trendu wzrostowego problemu przetworów konopi wśród młodzieży szkolnej.

W obszarze oceny ryzyka związanego z używaniem substancji obserwujemy trend spadkowy odsetków badanych przypisujących używaniu marihuany lub haszyszu duże ryzyko, niezależnie od tego czy pytamy o eksperymentowanie z tymi substancjami, ich okazjonalne, czy nawet regularne używanie.

Nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”)

Odsetki uczniów, którzy używali nowych substancji psychoaktywnych są znacznie niższe niż odsetki używających przetworów konopi. Nie odnotowano wzrostu tych odsetków między 2011 i 2015 r. Wśród uczniów ze starszej kohorty odnotowano nawet spadek rozpowszechnienia używania tych substancji na przestrzeni całego życia oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy. W 2019 r. w obu kohortach zmniejszyły się odsetki uczniów, którzy używali „dopalaczy” kiedykolwiek w życiu, zaś w młodszej kohorcie także tych, którzy sięgali po nie w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem.

Wstępne wnioski

Wyniki badania ESPAD sugerują pewne sukcesy w ograniczaniu dostępności alkoholu dla nieletnich. Ten długoterminowy proces jest wart jest dalszego wsparcia. Ograniczanie dostępności alkoholu, to jedna z najbardziej obiecujących strategii ograniczania problemów alkoholowych.

Wzrost liberalnego podejścia rodziców, do picia alkoholu przez ich dzieci może rodzić obawy o trwałość pozytywnego trendu w rozpowszechnieniu picia przez młodzież.

Niepokoić może znaczna popularność e-papierosów. Wprawdzie wydają się one mniej szkodliwe niż tradycyjne wyroby tytoniowe, to jednak nie są one obojętne dla zdrowia. Warto

dodać, iż zdecydowana większość młodzieży jest zdania, iż próbowanie e-papierosów nie niesie żadnego ryzyka lub co najwyżej wiąże się z małym ryzykiem. Nowe wyroby tytoniowe zdają się stanowić wyzwanie dla profilaktyki.

Analiza trendów używania przetworów konopi ujawnia interesująca prawidłowość. Obecny spadek rozpowszechnienia nie jest jedynym spadkiem w czasie ostatniego niemal ćwierćwiecza objętego badaniami ESPAD. Załamanie trendu wzrostowego pojawiło się także w 2007 r. Może nie być dziełem przypadku to, że spadki rozpowszechnienia przypadają akurat na lata restytucji wartości konserwatywnych, dominowanych przez większość tego okresu przez wartości liberalne. Kolejne edycje ESPAD w przyszłości mogą rzucić więcej światła na tę kwestię.

Analiza trendów rozpowszechnienia używania nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. "dopalaczy" napawa optymizmem. Tendencjom spadkowym w tym zakresie towarzyszy wzrost przekonań o ryzyku związanym z używaniem tych substancji, nie tylko w sposób regularny, ale także na poziomie eksperymentowania. Trzeba dodać, iż wskaźniki dostępności tych substancji także weszły w trend spadkowy.

Szczególnym wyzwaniem pozostaje znaczne rozpowszechnienie palenia tytoniu i picia alkoholu przez dziewczęta. Wyniki uzyskane w 2019 r. potwierdziły skalę potrzeb w zakresie profilaktyki alkoholowej oraz tytoniowej adresowanej do dziewcząt. Większość wskaźników picia alkoholu i palenia tytoniu u dziewcząt jest podobna do notowanej u chłopców. Tradycyjnie zarówno picie, jak palenie należały do męskich atrybutów. Zmiany obyczajowe jakich doświadczamy w ostatnich dziesięcioleciach zdają się kwestionować tę zasadę. W efekcie rodzi to nowe zagrożenia, na które odpowiedzią powinno być szersze uwzględnienie specyfiki dziewcząt jako adresatów profilaktyki".

Kluczowe wnioski opracowane na podstawie badania „Lustro 2018”:

- najbardziej popularnymi trunkami wśród młodzieży są: szampan, piwo, wino, wódka, dopiero później drinki;
- spośród badanych uczniów, trzech na siedmiu ma kontakt z palącymi papierosy rówieśnikami, co trzeci spotyka się z kolegami i koleżankami, którzy piją piwo, co czwarty ma kontakt z kimś, kto w ciągu ostatniego roku spróbował wódki i szampana, co piąty koleguje się z rówieśnikiem pijącym wino i drinki;
- na dziesięciu kolegów statystycznego ucznia jest jeden, który w ciągu ostatniego roku spróbował dopalaczy, a w klasie liczącej 14 osób przynajmniej jedna osoba tych dopalaczy spróbowała;
- palenie papierosów w ciągu ostatniego roku ma za sobą co ósmy uczeń szkoły podstawowej;
- 2,6% uczniów raz na tydzień pali marihuanę;
- w ciągu roku 3,3% uczniów sięgnęło po dopalacze;
- wraz z wiekiem (w klasach starszych) zwiększa się korzystanie z leków przeciwbólowych i napojów energetycznych;
- ponad 60% ankietowanych spotyka się przynajmniej raz w miesiącu z agresją fizyczną i psychiczną – skala ta wzrasta wraz z wiekiem ankietowanych.

Kluczowe wnioski opracowane na podstawie analizy raportu końcowego dotyczącego konsumpcji substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu i narkotyków przez mieszkańców Szczecina¹³:

Spożywanie alkoholu

- wiek inicjacji picia alkoholu przypada na 13-14 rok życia;
- najczęstszym miejscem spożywania alkoholu przez młodzież jest cudzy dom;
- w ostatnim miesiącu pijany był co piąty uczeń;
- gimnazjaliści i uczniowie szkół ponadgimnazjalnych nie mają żadnego problemu z nabyciem alkoholu;
- tylko co dwudziesty student/studentka nie pije alkoholu;
- powodem picia alkoholu jest chęć towarzystwa i zabawy;
- studenci spożywają większe ilości alkoholu niż studentki;
- połowa studentów uważa, że alkohol jest używką społecznie akceptowalną;
- co piąty student prowadził kiedykolwiek pojazd pod wpływem alkoholu;
- połowa dorosłych kobiet i mężczyzn spożywa alkohol;
- picie alkoholu odbywa się dla towarzystwa, by się zrelaksować i mieć lepszy humor;
- co dwudziesty dorosły szczecinianin upija się kilka razy w roku lub częściej;
- preferowany jest liberalny stosunek do spożywania alkoholu;
- 1/3 dorosłych spotyka się z aktami przemocy wywołanej spożyciem alkoholu;
- ponad połowa kobiet doświadcza przemocy z różnych przyczyn.

Stosowanie narkotyków

- połowa nastolatków w wieku 14-16 lat paliła marihuanę lub haszysz;
- zdobycie narkotyków nie stanowi problemu dla większości uczniów;
- co piąty student zażywał narkotyki bardzo często;
- przeważająca większość studentów paliła marihuanę;
- narkotyki są zażywane głównie dla odprężenia i relaksu;
- połowa studentów uważa, że narkotyków należy się wystrzegać, połowa, że to używka dla ludzi;
- większość studentów słyszało o „dopalaczach”, ale ich nie próbowało i uważa, że powinno się ich unikać;
- studenci czerpią wiedzę o używkach głównie z Internetu i z telewizji;
- w przypadku wystąpienia uzależnienia większość studentów zwróciłoby się o pomoc do znajomych i przyjaciół;
- połowa studentów doświadcza aktów przemocy kilka razy w roku;
- wśród dorosłych mieszkańców Szczecina problem zażywania narkotyków nie występował, a opinia na temat zażywania narkotyków była jednoznacznie negatywna
- głównym źródłem wiedzy mieszkańców Szczecina o używkach jest telewizja, prasa i Internet;
- lekarz jest najrzadszym źródłem wiedzy o skutkach picia alkoholu, palenia papierosów i zażywania narkotyków;
- w przypadku nałogu, większość zwróciłaby się z prośbą o pomoc do rodziny, specjalisty do spraw uzależnień oraz znajomych i przyjaciół;
- najrzadziej zwrócili by się do ośrodka terapii uzależnień, psychologa lub lekarza rodzinnego.

¹³ Badania lokalnych przeprowadzone przez IPC Instytut Badawczy we Wrocławiu – 2012.

Główne obszary problemowe w zakresie uzależnień w skali lokalnej

Na podstawie analiz i zebranych danych można wyodrębnić następujące obszary problemowe w zakresie problemów alkoholowych i narkotykowych na terenie Szczecina:

- wciąż utrzymuje się niski wiek inicjacji zarówno alkoholowej, jak i narkotykowej;
- młodzież w wieku poniżej 15 roku życia ma łatwy dostęp do używek jako osoby bezpośrednio je kupujące lub otrzymujące propozycje od osób z ich najbliższego otoczenia;
- osoby nieletnie są w szczególnej grupie ryzyka zagrożonej nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu, narkotyków i innych substancji psychoaktywnych;
- oferta terapeutyczna i psychoterapeutyczna dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem, w tym młodzieży i rodzin, jest niewystarczająca (szczególnie przy wzrastającym wskaźniku zapotrzebowania na tego typu usługi ochrony zdrowia) i w dużej mierze uzależniona od dofinansowania środkami pochodzącymi z przekazywanych dotacji;
- wśród mieszkańców Szczecina występuje wciąż mała świadomość i niski poziom wiedzy dotyczący uzależnień i skutków stosowania substancji psychoaktywnych;
- młodzież w dużej mierze deklaruje chęć spożywania alkoholu w przyszłości, a większość pijących skupia się na pozytywnych skutkach spożywania alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych;
- można zauważyć rosnące zapotrzebowanie na dostęp do instytucji niosących pomoc osobom uwikłanym w problem alkoholizmu i ich rodzin;
- wzrastające spożycie alkoholu wśród społeczeństwa, a także wśród młodzieży i dzieci.

Do wystąpienia zachowań ryzykownych związanych z uzależnieniami, przyczyniają się głównie czynniki:

- socjodemograficzne, np. wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, stan rodziny, możliwości realizacji celów zawodowo- życiowych;
- środowiskowe, np. łatwa dostępność do substancji psychoaktywnych, bezrobocie, ubóstwo, nieprawidłowe wzorce zachowań, przestępczość i konflikty z prawem;
- rodzinne, np. niewłaściwe wzorce – podejmowanie zachowań ryzykownych przez rodziców, rodzeństwo czy inne bliskie osoby, brak sprzeciwu rodziców/opiekunów wobec podejmowania przez dziecko zachowań ryzykownych, odrzucenie dziecka, brak kontroli lub jej nadmierna ilość, powtarzające się konflikty;
- rówieśnicze, np. transmisja wzorów – podejmowanie zachowań ryzykownych przez rówieśników /lub akceptowanie ich, odrzucenie przez rówieśników, presja otoczenia;
- szkolne, np. problemy z nauką, brak wsparcia, nieobecność na zajęciach, konflikty z nauczycielami, brak współpracy szkoły z rodzicami;
- cechy indywidualne, np. niedostosowanie społeczne, problemy w okresie dojrzewania, brak asertywności, brak wiedzy na temat szkodliwości stosowania substancji psychoaktywnych, niewypracowane mechanizmy radzenia sobie ze stresem, niedostrzeganie konsekwencji zachowań niewłaściwych i ryzykownych, niska samoocena.

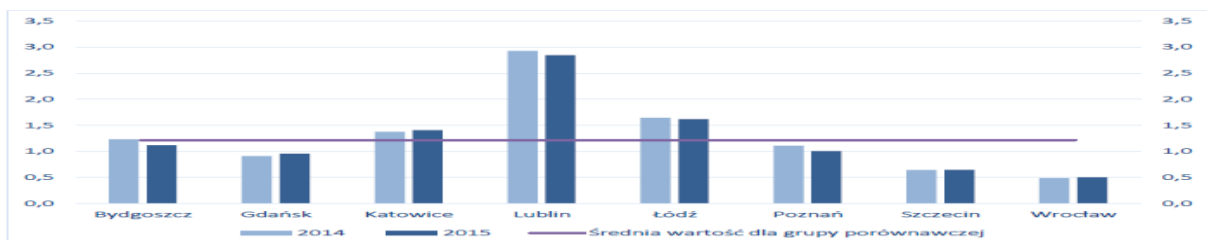
Zgodnie z rekomendacjami wynikającymi ze SRPS 2015-2020 jako działania niezbędne do rozwiązywania problemów młodzieży w zakresie uzależnień zaleca się:

- poszerzenie oferty kierowanej do nastolatków w zakresie spędzania wolnego czasu i rozwijania zainteresowań;

- skierowanie do młodzieży działań profilaktycznych;
- stymulacja rozwoju dzieci i młodzieży- wskazanie pozytywnych wzorców funkcjonowania społecznego, zwiększanie dostępu do bezpłatnych zajęć sportowych, plastycznych, muzycznych, tanecznych na terenie szkół i w placówkach wsparcia dziennego.

W związku z tym, co roku Gmina Miasto Szczecin zleca realizację zadań z zakresu profilaktyki uniwersalnej, uwzględniających ww. rekomendacje, dzięki którym istnieje możliwość zapobiegania zażywaniu środków psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży poprzez dostarczanie podstawowych informacji o skutkach ich zażywania, mechanizmach procesu uzależnienia się czy funkcjonowaniu rodziny z problemem uzależnień. Działania mają również na celu kształtowanie postaw abstynenckich wśród dzieci i młodzieży, odnalezienie przez młodych ludzi sposobu na zaspokajanie potrzeb w sposób bezpieczny dla ich zdrowia i zgody z obowiązującymi normami społecznymi, rozwijanie kompetencji społecznych i inteligencji emocjonalnej, kształcenie asertywności, czy pobudzenie młodych ludzi i ich rodziców do refleksji nad ich postawą wobec alkoholu i narkotyków. Aby wcześniej zapobiec marginalizacji i wykluczeniu społecznemu, poprzez prowadzone działania realizatorzy docierają także do dzieci i młodzieży pochodzących ze środowisk problemowych. Na podstawie przeprowadzonych analiz można sformułować rekomendacje, przede wszystkim w zakresie profilaktyki, która nadal powinna stanowić bezwzględny priorytet. Dotychczasowe działania w tym zakresie wydają się przynosić pozytywne rezultaty, co sugerują niektóre spadające bądź stabilizujące się trendy używania substancji.

Należy podkreślić, że „niekorzystne zmiany struktury demograficznej zgodnie z prognozami będą postępować w Szczecinie, lecz już znacznie mniej dynamicznie niż w latach poprzednich. Dalszy wzrost dysproporcji pomiędzy grupami ekonomicznymi ludności może doprowadzić do nieefektywności systemu zabezpieczeń społecznych i zaburzeń na rynku pracy w wyniku braku siły roboczej. [...] Problem alkoholizmu nie jest problemem wyłącznie osoby uzależnionej, ale również jej rodziny i najbliższego otoczenia. W miastach z grupy porównawczej ze świadczeń pomocy społecznej z powodu alkoholizmu korzysta średnio 1 osoba na 1000 korzystających ze świadczeń. W Szczecinie problem alkoholizmu nie jest szczególnie nasilony, zaledwie 0,5 osoby w przeliczeniu na 1000 mieszkańców pobierających świadczenia społeczne boryka się z tym problemem. Należy mieć jednak na uwadze, iż alkoholizm nie zawsze jest ujawniany – wielu uzależnionych nie chce korzystać z pomocy, zaś rodziny często uważają, że zgłoszenie problemu mogłoby zaszkodzić uzależnionemu i wpłynąć na opinie w środowisku”.¹⁴ Liczbę osób z problemem alkoholowym, korzystających z zasiłków pomocy społecznej w przeliczeniu na 1000 mieszkańców przedstawia poniższy wykres:



Źródło: LPR 2017-2023 na podstawie danych GUS [07.07.2017 r.]

¹⁴ Uchwała nr XXXVII/1098/18 Rady Miasta Szczecin z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie zmiany Lokalnego Programu Rewitalizacji dla Miasta Szczecin.

Z uwagi na specyfikę problemu, dostępne statystyki dotyczące spożycia alkoholu i używania narkotyków, wzorów konsumpcji oraz działań podejmowanych na rzecz osób dotkniętych problemem uzależnienia i przemocy nie są kompletne i w związku z tym nie pozwalają na precyzyjne określenie liczby osób i rodzin dotkniętych negatywnymi skutkami stosowania substancji psychoaktywnych. Dokonując analizy danych pozyskanych od podmiotów biorących udział w realizacji Gminnego Programu należy mieć świadomość, że pozyskane informacje nie są w pełni wyczerpujące. Wartość uzyskanych danych daje wyobrażenie o skali problemu, a nie o faktycznie występującym parametrze.

Zidentyfikowane obszary problemowe oraz zachowanie spójności założeń Gminnego Programu z dokumentami strategicznymi i operacyjnymi miasta pozwalają na opracowywanie i wdrażanie rozwiązań, które w skuteczny sposób przyczyniają się do ograniczania skali zjawiska. W tym celu Wydział Spraw Społecznych na bieżąco dokonuje analiz i monitoringu w zakresie realizacji Gminnego Programu, zleca wykonywanie zadań w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym z uwzględnieniem skali problemu, a także podejmuje inne działania z zakresu promocji i ochrony zdrowia zgodnie z potrzebami o charakterze lokalnym. Należy podkreślić, że w 2018 r. na terenie miasta Szczecin został uruchomiony alkoholowy oddział detoksykacyjny, który umożliwia proces bezpiecznego i skutecznego odstawienia alkoholu w sposób minimalizujący objawy zespołu abstynencyjnego.

XIII. SZCZEGÓŁOWE CELE I ZADANIA

OBSZAR 1

PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA

Kierunki działań:

- Wspieranie i poszerzanie oferty działań profilaktycznych, w tym programów z listy rekomendowanych przez PARPA;
- Rozwój umiejętności psychospołecznych dzieci, młodzieży i dorosłych;
- Realizacja programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i nauczycieli, sprzyjających kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży;
- Zachowanie ciągłości realizacji zadań angażujących dzieci i młodzież w alternatywne formy spędzania czasu wolnego bez korzystania z substancji psychoaktywnych;
- Wczesne rozpoznawanie i krótka interwencja wobec osób pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy;
- Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FAS oraz ich opiekunów;
- Zwiększanie świadomości mieszkańców Szczecina na temat szkodliwości stosowania różnego rodzaju substancji psychoaktywnych oraz podniesienie motywacji do kształtowania postaw prozdrowotnych;
- Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych na temat ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu, w tym realizacja działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież;
- Upowszechnianie wiedzy na temat szkodliwości picia alkoholu w ciąży,
- Podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych.

Lp.	Zadanie	Realizatorzy	Wskaźniki
1.1	Organizacja działań profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom dla mieszkańców Szczecina, w szczególności dzieci i młodzieży, jako	NGO	1) Liczba podmiotów realizujących zadanie 2) Liczba programów 3) Liczba osób korzystających

	forma zagospodarowania czasu wolnego oraz alternatywa dla stosowania substancji psychoaktywnych		z zajęć profilaktycznych
1.2	Prowadzenie szkoleń z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym, jako edukacja i informacja dla uczniów szkół średnich, ich nauczycieli oraz rodziców, na terenie miasta Szczecin	NGO	1) Liczba podmiotów realizujących zadanie 2) Liczba przeszkolonych osób 3) Liczba placówek, w których realizowano zadanie
1.3	Profilaktyka selektywna prowadzona na rzecz dzieci i młodzieży – osób, które cechuje wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka w odniesieniu do problemu alkoholowego	NGO	1) Liczba podmiotów realizujących zadanie 2) Liczba osób korzystających z zajęć profilaktycznych 3) Liczba programów
1.4	Wdrażanie i kontynuacja programów z zakresu profilaktyki selektywnej skierowanych do osób zagrożonych narkomanią: dzieci, młodzieży i dorosłych	NGO	1) Liczba podmiotów realizujących zadanie 2) Liczba osób korzystających z zajęć profilaktycznych 3) Liczba programów
1.5	Profilaktyka i wsparcie na rzecz rodzin oraz dzieci zagrożonych i dotkniętych Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS)	NGO	1) Liczba placówek realizujących profilaktykę i terapię związaną z FAS 2) Liczba rodzin korzystających z oferty 3) Liczba dzieci objętych działaniami profilaktycznymi i terapeutycznymi 4) Liczba wykonanych diagnoz
1.6	Prowadzenie kampanii społecznych i innych przedsięwzięć informacyjno-edukacyjnych dotyczących problematyki uzależnień	NGO	1) Liczba przeprowadzonych kampanii 2) Liczba odbiorców
1.7	Prowadzenie środowiskowej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii	NGO	1) Liczba podmiotów realizujących zadanie 2) Liczba osób korzystających z oferty 3) Liczba programów
1.8	Zakup ulotek, broszur, plakatów i innych materiałów edukacyjnych oraz literatury i czasopism specjalistycznych związanych z realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, w tym kontynuacja ogólnopolskiej kampanii profilaktycznej pn. „Zachowaj Trzeźwy Umysł” adresowanej do uczniów szkół podstawowych i średnich, ich opiekunów i nauczycieli	WSS GKRPA	1) Liczba sztuk zakupionych materiałów edukacyjnych 2) Liczba odbiorców 3) Liczba podmiotów, które brały udział w kampaniach
1.9	Przeprowadzenie akcji i szkoleń o charakterze prewencyjno-edukacyjnym skierowanych do dzieci i młodzieży, rodziców, nauczycieli oraz przedsiębiorców prowadzących sprzedaż napojów	GKRPA SCPU	1) Liczba przeprowadzonych akcji 2) Liczba przeprowadzonych szkoleń 3) Liczba odbiorców 4) Liczba podmiotów

alkoholowych na terenie Gminy Miasto Szczecin		uczestniczących
---	--	-----------------

OBSZAR 2

REDUKCJA SZKÓD I REHABILITACJA (READAPTACJA I REINTEGRACJA) ZDROWOTNA, SPOŁECZNA I ZAWODOWA OSÓB Z PROBLEMEM UZALEŻNIEŃ

Kierunki działań:

- Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości świadczeń w zakresie leczenia uzależnień;
- Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych i współuzależnionych, w tym Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA);
- Zwiększanie oferty działań zmierzających do reintegracji i aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym wspieranie środowisk abstynenckich;
- Udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci upijają się;
- Zapewnienie ciągłości działań edukacyjno-motywacyjnych realizowanych przez SCPU.

Lp.	Zadanie	Realizatorzy	Wskaźniki
2.1	Zapewnienie dostępu do bezpłatnej terapii uzależnienia i współuzależnienia dla dzieci, młodzieży i dorosłych oraz całych rodzin	OTU	1) Liczba pacjentów rozpoczynających terapię 2) Liczba pacjentów kończących terapię 3) Liczba pacjentów ze zdiagnozowanym problemem alkoholowym 4) Liczba programów
2.2	Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych	ZOZ	1) Liczba osób uczestniczących w zajęciach terapeutycznych i postterapeutycznych 2) Liczba placówek realizujących zadanie 3) Liczba proponowanych zajęć 4) Liczba programów
2.3	Terapia i psychoterapia indywidualna i grupowa skierowana do użytkowników narkotyków: osób uzależnionych i przyjmujących narkotyki w sposób szkodliwy oraz ich bliskich	NGO	1) Liczba osób uczestniczących w zajęciach 2) Liczba placówek realizujących zadanie 3) Liczba proponowanych zajęć 4) Liczba programów
2.4	Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób eksperymentujących z narkotykami, użytkowników problemowych i uzależnionych od narkotyków	ZOZ	1) Liczba osób uczestniczących w zajęciach terapeutycznych i postterapeutycznych 2) Liczba placówek realizujących zadanie 3) Liczba proponowanych zajęć 4) Liczba programów
2.5	Udzielanie wsparcia środowiskom abstynenckim poprzez prowadzenie klubu abstynenta na terenie Szczecina	NGO	1) Liczba działających klubów 2) Liczba osób korzystających z oferty 3) Liczba udzielonych porad 4) Liczba programów
2.6	Integracja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym	NGO	1) Liczba osób korzystających z CIS

	poprzez dofinansowanie Centrum Integracji Społecznej		2) Liczba osób, które podjęły zatrudnienie 3) Liczba osób, które ukończyły zajęcia w CIS
2.7	Reintegracja społeczna osób bezdomnych z problemem uzależnień	NGO	1) Liczba placówek dla bezdomnych 2) Liczba dostępnych miejsc w placówkach 3) Liczba osób korzystających z placówek dla bezdomnych
2.8	Realizacja programów edukacyjno-motywacyjnych oraz prowadzenie wstępnych rozmów terapeutycznych oraz prowadzenie grup wsparcia	SCPU	1) Liczba osób nietrzeźwych przebywających w SCPU 2) Liczba osób korzystających z programu edukacyjno-motywacyjnego 3) Liczba osób, z którymi przeprowadzono wstępne rozmowy terapeutyczne 4) Liczba osób korzystających z grup wsparcia
2.9	Dofinansowanie pomocy świadczonej przez SCPU w ramach opieki nad osobami bezdomnymi z problemem alkoholowym	SCPU	1) Liczba osób korzystających z ogrzewalni 2) Liczba osób objętych działaniami profilaktycznymi (rozmowa z psychologiem, terapeutą itp.)
2.10	Sprawowanie opieki nad osobami nietrzeźwymi, w tym udzielanie podstawowej pomocy medycznej	SCPU	1) Liczba osób objętych opieką w SCPU 2) Liczba osób, którym udzielono podstawowej pomocy medycznej
2.11	Dofinansowanie dodatkowych działań związanych z profilaktyką uzależnień realizowaną przez SCPU	SCPU	1) Liczba programów profilaktycznych 2) Liczba odbiorców programów profilaktycznych
2.12	Umożliwienie przeprowadzenia bezpłatnych badań na zawartość alkoholu w organizmie	SCPU	Liczba przeprowadzonych badań

OBSZAR 3

DZIAŁANIA NA RZECZ RODZIN Z PROBLEMEM UZALEŻNIEŃ I PRZEMOCY

Kierunki działań:

- Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym;
- Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą;
- Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej skierowanej do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym;
- Podejmowanie działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie;
- Stwarzanie innych, alternatywnych form pomocy rodzinie, np. w postaci prowadzenia placówek wsparcia dziennego i organizacji wypoczynku letniego z elementami profilaktyki uzależnień;

Lp.	Zadanie	Realizatorzy	Wskaźniki
3.1	Prowadzenie placówek wsparcia dziennego	NGO	1) Liczba miejsc w placówkach

			wsparcia dziennego 2) Liczba osób korzystających ze wsparcia placówek
3.2	Wspieranie rodziny i systemu pieczy zastępczej w wykonywaniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej, w tym rodziny z problemem przemocy	NGO	1) Liczba podmiotów świadczących wsparcie 2) Liczba osób korzystających z oferowanych form wsparcia 3) Liczba programów
3.3	Organizacja wypoczynku letniego z elementami profilaktyki uzależnień, terapii wspomagającej rozwój dziecka dla dzieci z rodzin z problemem uzależnień i przemocy	NGO	1) Liczba dzieci biorących w udział w wypoczynku letnim 2) Liczba podmiotów organizujących wypoczynek z elementami profilaktyki 3) Liczba programów
3.4	Utrzymanie zatrudnienia pracowników realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i przemocy i koordynatorów lokalnych w MOPR	MOPR	1) Liczba dorosłych objętych wsparciem 2) Liczba dzieci objętych wsparciem 3) Liczba konsultacji 4) Liczba interwencji 5) Liczba rodzin usamodzielnionych
3.5	Zapewnienie profesjonalnej pomocy z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i przemocy w rodzinie		
3.5.1	Prowadzenie i tworzenie punktów konsultacyjnych ds. uzależnień i przemocy	MOPR SCPU NGO	1) Liczba prowadzonych punktów konsultacyjnych 2) Liczba utworzonych punktów konsultacyjnych 3) Liczba osób, które skorzystały z porad w punktach konsultacyjnych
3.5.2	Realizacja w punkcie konsultacyjnym przez pracowników MOPR programu pn. „Złość nie jest zła – czyli jak radzić sobie z negatywnymi emocjami”	MOPR	1) Liczba przeprowadzonych warsztatów 2) Liczba osób korzystających z poszczególnych modułów warsztatów
3.5.3	Zapewnienie funkcjonowania interdyscyplinarnego zespołu ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie	MOPR	1) Liczba spotkań zespołu interdyscyplinarnego 2) Liczba grup roboczych 3) Liczba zgłoszonych „Niebieskich Kart” 4) Liczba zamkniętych „Niebieskich Kart” 5) Liczba osób objętych wsparciem
3.5.4	Zapewnienie schronienia dla osób i rodzin z dziećmi, w szczególności ofiar przemocy w rodzinie	MOPR	1) Liczba osób korzystających ze schronienia 2) Liczba osób objętych indywidualnym programem pomocowym
3.5.5	Ocena stanu zdrowia dziecka pod kątem zabezpieczenia podczas interwencji w środowisku	MOPR	1) Liczba ocen stanu zdrowia dziecka podczas interwencji 2) Liczba dzieci objętych oceną

			stanu zdrowia podczas interwencji
3.5.6	Zaangażowanie Gminy Miasto Szczecin w kampanię „Biała Wstążka”	MOPR	1) Liczba modułów kampanii 2) Liczba uczestników poszczególnych modułów
3.5.7	Szkolenia dotyczące zjawiska przemocy domowej i uzależnień	MOPR	Liczba uczestników szkoleń
3.6	Udzielanie wsparcia osobom i ich rodzinom, dotkniętym problemem alkoholizmu i przemocy, kierowanym lub zgłaszającym się indywidualnie do GKRPA	GKRPA	1) Liczba osób zaproszonych na rozmowę motywacyjną 2) Liczba osób, które się zgłosiły na rozmowę motywacyjną 3) Liczba osób zaproszonych w ramach monitoringu 4) Liczba zorganizowanych podkomisji motywacyjnych

OBSZAR 4

ORGANIZACJA GMINNEGO PROGRAMU ORAZ ZAPEWNIENIE FUNKCJONOWANIA GMINNEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH w SZCZECINIE

Kierunki działań:

- Zapewnienie prawidłowej realizacji zadań objętych Gminnym Programem oraz prawidłowego funkcjonowania GKRPA;
- Zapewnienie skutecznego przestrzegania obowiązujących przepisów wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości oraz aktów prawa miejscowego, w tym podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- Analiza sytuacji uzależnień na terenie Szczecina;
- Zmniejszanie dostępności do alkoholu;
- Podnoszenie kwalifikacji osób zaangażowanych w realizację Gminnego Programu.

Lp.	Zadanie	Realizatorzy	Wskaźniki
4.1	Koordinacja działań objętych Gminnym Programem	WSS	1) Liczba spotkań 2) Liczba sprawozdań
4.2	Uczestnictwo w różnych formach szkoleniowych, mających na celu podniesienie kwalifikacji i zapobieganie wypaleniu zawodowemu realizatorów Gminnego Programu, wraz z kosztami wyjazdu	WSS GKRPA	1) Liczba szkoleń 2) Liczba osób uczestniczących
4.3	Inne inicjatywy z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień proponowane przez realizatorów	WSS	1) Liczba nowych inicjatyw zgłoszonych przez wykonawców 2) Liczba zrealizowanych inicjatyw
4.4	Podejmowanie akcji kontrolnych przez Podkomisję Kontrolującą GKRPA w stosunku do podmiotów handlujących napojami alkoholowymi pod kątem przestrzegania przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi	GKRPA	1) Liczba przeprowadzonych kontroli planowanych 2) Liczba przeprowadzonych kontroli interwencyjnych 3) Liczba wniosków o cofnięcie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych
4.5	Wykonywanie lustracji oraz wydawanie postanowień o zgodności punktów sprzedaży z warunkami określonymi	GKRPA SCPU	1) Liczba wykonanych lustracji 2) Liczba wydanych postanowień pozytywnych

	w uchwale Rady Miasta Szczecin		3) Liczba wydanych postanowień negatywnych
4.6	Ograniczanie dostępu do alkoholu poprzez ustalenie limitów na poszczególne kategorie alkoholu oraz realizację uchwały Rady Miasta Szczecin w sprawie ustalenia maksymalnej liczby zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz zasad usytuowania miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Gminy Miasto Szczecin	BOI WSS	1) Obowiązujące limity 2) Wykorzystane zezwolenia 3) Liczba wydanych nowych zezwoleń
4.7	Ponoszenie kosztów sądowych i komorniczych w postępowaniach o zobowiązanie do podjęcia leczenia w obszarze uzależnień od alkoholu	SCPU	1) Liczba spraw skierowanych do sądu 2) Liczba dokonanych opłat sądowych od wniosków skierowanych przez GKRPA 3) Liczba opłat komorniczych w sprawie doręczeń wniosków na zobowiązanie sądowe
4.8	Przeprowadzanie badań oraz wydawanie opinii przez biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wobec osób skierowanych przez GKRPA	GKRPA/ SCPU/ Biegli sądowi	1) Liczba osób skierowanych przez GKRPA na badanie przez biegłych sądowych 2) Liczba uzyskanych opinii biegłych
4.9	Zapewnienie funkcjonowania i obsługi GKRPA, w tym podnoszenie kwalifikacji i wynagrodzenie dla jej członków	GKRPA	1) Liczba posiedzeń plenarnych GKRPA 2) Liczba posiedzeń podkomisji problemowych GKRPA 3) Liczba osób przeszkolonych

XIV. WYKAZ SKRÓTÓW

BOI – Biuro Obsługi Interesantów Urzędu Miasta Szczecin

CIS – Centrum Integracji Społecznej

DDA – Dorosłe Dzieci Alkoholików

GKRPA – Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Szczecinie

KBPN – Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

LPR 2017-2023 – Lokalny Program Rewitalizacji dla Miasta Szczecin na lata 2017-2023

MOPR – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie

NGO – organizacje pozarządowe

NPZ 2016-2020 – Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

NSP – nowe syntetyczne środki psychoaktywne

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

OTU – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Terapii Uzależnień

PARPA – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie

SCPU – Szczecińskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Szczecinie

SRPS 2015-2020 – Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Miasta Szczecin na lata 2015-2020

SRS 2025 – Strategia Rozwoju Szczecina 2025

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

WPPU 2018-2022 – Wojewódzki Program Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2018-2022

WSS – Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej – podmiot wykonujący działalność leczniczą