MIEJSKI PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA 2007 ROK dla miasta Tomaszów Lubelski

Opracował

Zbigniew Skawiński
Pełnomocnik
ds. Profilaktyki i Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych i Narkomanii

WPROWADZENIE

Narkotyki i narkomania są problemem społecznym, który stanowi wyzwanie cywilizacyjne o zasięgu globalnym. Duże rozpowszechnienie używania środków psychoaktywnych ma wielowymiarowe przyczyny, a szkody z tym związane obserwowane są w różnych sferach życia społecznego.

Od początku lat dziewięćdziesiątych obserwujemy w naszym kraju znaczny wzrost rozmiarów problemu narkotyków. Szybko rosło rozpowszechnienie eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji nielegalnych wśród młodzieży. Pojawiły się pierwsze sygnały zainteresowania narkotykami wśród dorosłych. Rosły w znacznym tempie wskaźniki narkomanii rozumianej jako regularne używanie narkotyków powodujące poważne problemy. Zwiększała się podaż narkotyków na nielegalnym rynku i w ślad za tym ich dostępność. Wraz ze wzrostem ilościowym następowały zmiany jakościowe. Polska scena lekowa i narkotykowa zaczęła upodabniać się do zachodnioeuropejskich. Pojawiły się na szerszą skalę nowe, charakterystyczne dla krajów zachodnich substancje i nowe wzory ich używania. Dynamicznie zmieniająca się sytuacja w zakresie rozmiarów i charakteru problemu narkotyków skłania do bacznego śledzenia trendów.
Oszacowania liczby narkomanów przeprowadzone różnymi metodami sugerują, że w Polsce jest obecnie około 32.000 do 60.000 narkomanów, tj. osób używających regularnie narkotyków w sposób powodujący poważne problemy.

W Polsce, w ciągu ostatnich dwudziestu lat, przeprowadzono wiele lokalnych i regionalnych badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej na temat używania różnych substancji psychoaktywnych. Zrealizowano również kilka badań na próbach ogólnopolskich.

Jak wykazują wyniki badań ogólnopolskich picie alkoholu przez młodzież staje się powoli statystyczną normą. W niektórych miejscowościach naszego kraju coraz bardziej widoczny staje się problem narkotyków. Pod względem rozpowszechnienia używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza polskie piętnasto- szesnastolatki plasują się na pierwszym miejscu w Europie. Wszystkie te napawające niepokojem zjawiska podlegają nierównej dystrybucji na terenie kraju. Generalnie bardziej rozpowszechnione są w wielkich miastach, mniej powszechne w małych miejscowościach.

Badanie zrealizowane w 2003 r. objęło dwie kohorty młodzieży – młodzież urodzoną w 1987 roku i 1985 r. Założono, że 95% tej młodzieży uczęszcza do szkół, w zdecydowanej większości do trzecich klas gimnazjów i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. W związku z tym próba badawcza została pobrana spośród młodzieży szkolnej z tych typów szkół i poziomów klas. Jednostką losowania była klasa szkolna, próba miała zatem charakter klastrowo-warstwowy. Schemat doboru zakładał losowy dobór dwustopniowy. Najpierw losowano szkoły, a następnie klasy. W klasach badaniu poddano wszystkich obecnych w tym czasie uczniów.
Schemat losowania zakładał równomierny rozkład terytorialny próby przy maksymalnym jej rozproszeniu. Operatem losowania była lista szkół MEN.
Założono objęcie badaniem próby o wielkości ok. 2800 uczniów, tj. ok. 112 klas w szkołach gimnazjalnych i 1400 uczniów w 56 klasach w szkołach ponadgimnazjalnych.

Problemowe używanie narkotyków w województwie lubelskim.

Badania ankietowe przeprowadzone w 2002 roku przez J. Sierosławskiego wskazują, że narkomania traktowana jest w województwie lubelskim jako jeden z ważnych problemów społecznych, ale mniej ważny niż alkoholizm, co z pewnością wynika ze znacznie większego rozpowszechnienia problemu alkoholowego niż narkomanii.

Narkomania definiowana jest, przede wszystkim, w kategoriach choroby, a narkomani postrzegani są jako ludzie potrzebujący leczenia i pomocy. Zdecydowana większość mieszkańców Lubelszczyzny w narkomanie widzi bardziej pacjenta niż przestępcę. Idea przyzwolenia na używanie narkotyków, nawet marihuany, nie znajduje zrozumienia u mieszkańców Lubelszczyzny. Grupa nastawionych liberalnie do narkotyków jest w województwie mniejsza niż w całym kraju.

Zdecydowana większość mieszkańców województwa deklaruje znajomość nazw poszczególnych narkotyków. O marihuanie, heroinie, kokainie, haszyszu i amfetaminie słyszało aż 80% ankietowanych, niewiele mniej słyszało o „kompocie" i środkach wziewnych, zaś ponad połowa badanych spotkała się z takimi nazwami jak: ecstasy, LSD, grzyby halucynogenne i sterydy anaboliczne. Ta sama większość badanych jest przeciwna przyzwoleniu na używanie narkotyków. W przypadku marihuany odsetek ten wynosi 83%, zaś w przypadku heroiny 90%. Wskazuje to na bardzo mały stopień społecznego poparcia dla pomysłu legalizacji narkotyków. Za najbardziej dostępne substancje nielegalne uznać można marihuanę i haszysz. Te substancje są też najczęściej oferowane mieszkańcom Lubelszczyzny, gdy mowa o substancjach nielegalnych.

Istotnym czynnikiem wpływającym na używanie narkotyków jest wielkość miejscowości zamieszkania. Wyraźnie wyższe rozpowszechnienie spotkamy w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców, czyli w Lublinie (5,7%), W miastach powyżej 50 tysięcy do 200 tysięcy ludności, odsetek okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych jest nieco mniejszy (3,9%). Okazjonalnych użytkowników narkotyków znajdujemy w podobnej proporcji w każdej z grup wykształcenia.

Używanie przetworów konopi występuje najczęściej w kategorii wiekowej 16-24 lat. Zdarza się także w widocznym wymiarze wśród osób między 25 i 34 rokiem życia. Zachowanie to jest częstsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Rozpowszechnianie innych środków takich jak: crack, kokaina, heroina, metadon, sterydy anaboliczne jest zdecydowanie mniejsze i nie przekraczało 0,1% badanej populacji. Najwięcej doświadczeń w przypadku większości środków zebrali najmłodsi, tj. osoby w wieku do 24 lat. w tej grupie wiekowej najczęściej przypada inicjacja używania narkotyków. Okazjonalne używanie również dotyczy głównie osób w wieku do 24 lat.

Oprócz używania substancji nielegalnych diagnozie poddano używanie leków nasennych i uspokajających. Używanie powyższych środków bez zaleceń lekarza, kiedykolwiek w życiu deklarowało 4,2% badanych osób, w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem – 1,8%, zaś w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem – 1,3%.

O używaniu narkotyków świadczą również wskaźniki odsetek kobiet oraz osób w wieku od 18 lat wśród przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w latach 2000 – 2002 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Odsetek kobiet przyjętych do lecznictwa wynosił w 2003 r. 16,1, natomiast odsetek osób w wieku do 18 roku życia – 7,7. Wskaźniki te są zdecydowanie niższe od wskaźników ogólnopolskich i niższe w stosunku do roku 2002.

Za wskaźnik aktualnego używania przyjmuje się zwykle używanie chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania.
Rozpowszechnienie używania okazjonalnego w województwie lubelskim jest niemal pięciokrotnie większe wśród mężczyzn niż w populacji kobiet. Dotyczy to przede wszystkim przetworów konopi, bowiem pozostałe środki są minimalnie rozpowszechnione.
Okazjonalne używanie narkotyków dotyczy praktycznie osób w wieku do 24 lat. Jedynie używanie przetworów konopi jest rozpowszechnione w sposób widoczny i pojawia się w grupie wiekowej ludzi między 25-34 lata a nawet 45-54 lata.

Istotne znaczenie w ocenie ilościowego stanu zjawiska narkomanii dostarczają dane statystyczne lecznictwa psychiatrycznego, w tym placówek specjalistycznych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Do oceny epidemiologicznej wykorzystano dwa wskaźniki. Pierwszy to liczba osób przyjętych do leczenia w danym roku obejmująca wszystkie osoby, które podjęły leczenie w danym roku w którejś z placówek, niezależnie od tego, czy je w danym roku zakończyły czy też kontynuowały w następnym roku. Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej.

Podobnie, jak w latach ubiegłych, w 2003 r. utrzymuje się silne zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia narkomanii. W województwie lubelskim przyjęto do lecznictwa stacjonarnego w 2003 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych 373 osoby, co daje wskaźniki na 100000 – 17,0, przy czym największy wskaźnik – 49,4 – występuje w województwie dolnośląskim, a najmniejszy – 9,7 w małopolskim. Do województw najbardziej zagrożonych oprócz lubuskiego należą: mazowieckie, dolnośląskie, zachodniopomorskie i warmińsko-mazurskie. Wszystkie one z wyjątkiem mazowieckiego położone są w zachodniej bądź północnej części kraju. W pozostałych województwach wskaźniki są niższe niż wskaźnik ogólnopolski, czego przykładem może być województwo lubelskie ze wskaźnikiem 17,0.

Analizując przyjęcia pierwszorazowe można stwierdzić, że rok 2003 przyniósł wzrost odsetka pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w województwie lubelskim o 1,3% do poziomu 55,0% w stosunku do roku ubiegłego. Odsetek pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu pacjentów w Polsce wyniósł. 56,8%

Wskaźnik zgłaszalności do leczenia stacjonarnego oraz zgłaszalności pierwszorazowej ma tendencję wzrostową zarówno w województwie lubelskim jak i w kraju, choć wskaźniki w przypadku województwa są zdecydowanie mniejsze. Tempo wzrostu zgłaszalności do leczenia w województwie lubelskim jest równomierne i różni się tu zdecydowanie od ogólnopolskiego w szczególności w latach 2001-2002 kiedy mowa o przyjęciach do lecznictwa ogółem.
Lubelskie (55%) zalicza się do województw o najniższych odsetkach pacjentów pierwszorazowych mimo że nastąpił niewielki wzrost w stosunku do roku ubiegłego.

Struktura płci osób przyjętych do leczenia stacjonarnego od wielu lat była względnie stała. Kobiety stanowiły w 2000 r. ok. 22% pacjentów leczonych stacjonarnie w skali kraju, natomiast w województwie lubelskim 15,2%.
W latach 2000-2001 w województwie lubelskim nastąpił największy wzrost wskaźnika kobiet przyjętych do lecznictwa stacjonarnego. Osiągnął on wartość 19,3%. Od tego czasu odsetek kobiet przyjętych do lecznictwa stacjonarnego na Lubelszczyźnie maleje. I tak w 2002 r. odsetek kobiet wyniósł 17,6%, a w 2003 r. – 16,1% i jest on najniższym

odsetkiem spośród 16 województw naszego kraju. Najwięcej kobiet przyjętych do lecznictwa stacjonarnego w 2003 r, zarejestrowano w województwie Świętokrzyskim (34,5%).

Znacznie większe zmiany obserwuje się natomiast w strukturze wieku. W latach 1997-2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lat i spadał odsetek z grupy wiekowej 25-34 lat. Jeszcze w 1997 r. odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat kształtował się na poziomie 40%, w 2001 r. wyniósł już 57%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15 roku życia i najstarszych tj. powyżej 45 roku życia były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 97-98%.

W 2002 r. nastąpiła zmiana opisanej wyżej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16-24 spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 r. Jednocześnie wzrosły trochę odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44 roku życia) oraz osób z grupy wiekowej 25-34 lata. W 2003 r. obserwujemy kontynuację tej tendencji: odsetek pacjentów w wieku 16-24 lat spadł do poziomu 51%, zaś udział najstarszych (powyżej 44 roku życia) zwiększył się do 11%.

Znacznemu zróżnicowaniu terytorialnemu podlegają też wskaźniki struktury demograficznej przyjmowanych do leczenia.

Zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet wśród przyjętych do leczenia waha się od 16% w województwie lubelskim do 35% w województwie świętokrzyskim. Zmiany odsetka kobiet w latach 2000-2003 w poszczególnych województwach nie układają się w czytelne tendencje. Jedynie w województwach Mazowieckim i Lubuskim obserwujemy stały trend wzrostowy. W pozostałych województwach mamy do czynienia ze zmiennymi tendencjami.

Natomiast zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka osób niepełnoletnich wśród przyjętych do leczenia stacjonarnego przedstawia się następująco: największy odsetek występuje w województwach kujawsko-pomorskim i opolskim (18%), a najmniejszy w lubelskim (7%).

Podsumowując omawianie danych za 2003 t. na tle danych z lat wcześniejszych trzeba wskazać na zahamowanie trendu wzrostowego zjawiska.

W obrazie zjawiska coraz większego znaczenia w skali kraju nabierają takie środki, jak amfetamina i przetwory konopi, natomiast w województwie lubelskim są to wyraźnie marihuana i haszysz. Równolegle do zwiększania się rozmiarów problemu narkotyków rozumianych jako substancje nielegalne, narasta problem leków uspokajających i nasennych, co dotyczy także Lubelszczyzny.

Z danych statystycznych lecznictwa psychiatrycznego wynika, że województwo lubelskie nie należy do najbardziej zagrożonych pod względem przyjęć do lecznictwa, gdyż wskaźniki przyjęć są niższe niż ogólnopolskie mimo iż wskaźnik zgłaszalności pierwszorazowej ma tendencję wzrostową. Odsetek kobiet oraz odsetek niepełnoletnich przyjętych do lecznictwa stacjonarnego osiąga najniższe wartości w kraju.

Diagnoza problemów narkotykowych na terenie miasta Tomaszów Lubelski

Analizując problematykę uzależnień od narkotyków w Tomaszowie Lubelskim można stwierdzić, że na obszarze miasta najbardziej dostępnymi narkotykami są: polska heroina, amfetamina, marihuana oraz sporadycznie haszysz i kokaina.

Z danych Komendy Powiatowej Policji w Tomaszowie Lubelskim wynika, że najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem jest marihuana, która rozprowadzana jest głównie podczas organizowanych dyskotek oraz w kawiarniach, restauracjach i pubach. Narkotyk ten można także zakupić w innych miejscach, takich jak: szkoły ponadpodstawowe, przy

bazarze – ul. Traugutta oraz w rejonie dworca PKS przy ul. Zamojskiej w Tomaszowie Lubelskim. Pochodzi ona w głównej mierze z przemytu, ale również z własnych hodowli. Z rozpoznania wynika, że przyjmowana jest najczęściej w postaci własnoręcznie zrobionych skrętów. Na terenie miasta nie ujawniono przypadków posiadania mocnej odmiany marihuany, tzw. skun.

Drugim, pod względem popularności narkotykiem, jest amfetamina – środek rzadziej występujący, w który można zaopatrzyć się przede wszystkim w dyskotekach i lokalach rozrywkowych. Do Tomaszowa Lubelskiego według dokonanych ustaleń, sprowadzana jest z większych miast naszego kraju, tj. z Lublina i z Warszawy. Nabywana jest głównie przez zamożniejszych studentów i uczniów szkół średnich z terenu miasta Tomaszów Lubelski.

Szacunkowo na terenie powiatu tomaszowskiego zamieszkuje 42 osoby zażywające narkotyki, w tym 20 osób uzależnionych. Wśród nich 14 zamieszkuje na terenie miasta, a 6 na terenie wiejskim.

Odnosząc się do wieku osób zażywających nałogowo narkotyki stwierdzono, iż sytuacja przedstawia się następująco: do 17 roku – 2 osoby, 18-20 lat – 25 osób, 21-25 lat – 8 osób, powyżej 25 lat – 7 osób.

Zjawisko obrotu sterydami anabolicznymi na terenie miasta nie występuje.

Z danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tomaszowie Lubelskim wynika, że w 2006 roku było 5 osób objętych pomocą ze względu na występujący u nich problem narkomanii.

Podsumowując, należy stwierdzić, że zagrożenie narkomanią na terenie miasta Tomaszów Lubelski, w porównaniu do lat ubiegłych, utrzymuje się na podobnym poziomie.

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii

W dniu 04 października 2005 r. weszła w życie nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Potrzeba zmiany przepisów z 1997 r. wynikała z jednej strony z konieczności dostosowania polskiego ustawodawstwa do porządku prawnego UE, z drugiej zaś wiązała się z potrzebą wypełnienia luk w istniejących dotychczas przepisach. Szczególnie ta ostatnia kwestia artykułowana była przez praktyków na co dzień zajmujących się pomaganiem osobom dotkniętym problemem narkotykowym. Pracom nad nową ustawą towarzyszyło wybiórcze zainteresowanie opinii publicznej i mediów. Szczególnie gorącym tematem pozostawała kwestia karania za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek. Na tym zagadnieniu skupiona była uwaga mediów oraz uczestników „wysłuchania publicznego", będącego formą konsultacji społecznej zorganizowanej przez Ministra Zdrowia. Jednak obok przepisów karnych, które ostatecznie nie uległy zasadniczej zmianie, ustawa wprowadza wiele innych zmian w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Wojewódzkie i Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii

Potrzeba podejmowania bardziej systemowych i lepiej ustrukturalizowanych działań w zakresie zapobiegania narkomanii na poziomie gminy czy województwa była podnoszona przez wiele środowisk. Odpowiadając na te oczekiwania obecna ustawa wprowadza obowiązek uchwalenia Wojewódzkich i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii odpowiednio przez sejmik województwa lub radę gminy. Organy wykonawcze

samorządu województwa i gminy odpowiadają za przygotowanie odpowiednich projektów programu oraz mogą powoływać pełnomocnika w celu ich realizacji
W odniesieniu do gminy ustawodawca wskazał także katalog zadań własnych gminy, które są kompatybilne z tymi wymienionymi w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Nowo obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii zmieniając przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wskazuje także źródła finansowania zadań ujętych w Wojewódzkim i Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Są to odpowiednio opłaty i dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż detaliczną i hurtową alkoholu.

Przepisy karne

Uzgodnienie przepisów tej części ustawy okazało się najtrudniejsze. Podobnie jak w poprzednich latach kwestią budzącą najwięcej kontrowersji były przepisy dotyczące karania za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek. Wprowadzenie odpowiednich zmian w przepisach ustawy z 1997 r. zaostrzonych w 2000 r. zostało zaproponowane przez Ministra Zdrowia. Nowe propozycje zakładały odstąpienie od karania karą pozbawienia wolności za posiadanie niewielkiej ilości narkotyków na własny użytek, przy równoczesnym utrzymaniu przestępczego charakteru samego czynu. Propozycja ta nie spotkała się jednak ze zrozumieniem zarówno ze strony opinii publicznej oraz Parlamentu. Ostatecznie art. 62 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. przyjęto w brzmieniu wprowadzonym w 2000 r. „kto posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeśli przedmiotem czynu jest (…) jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5. W przypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Nowa ustawa poszerzyła także katalog środków alternatywnych wobec kary pozbawienia wolności. W myśl nowych przepisów prokurator może zawiesić działanie, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancje szkodliwe, której zarzuca popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno - leczniczym. W takim przypadku prokurator po zakończeniu leczenia, uwzględniając jego wyniki, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu o warunkowe umorzenie postępowania.

MIEJSKI PROGRAM
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
W TOMASZOWIE LUBELSKIM NA 2007 ROK

Zadanie 1

Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem.

Lp.	Nazwa zadania	Realizator	Termin
1.	Prowadzenie zajęć terapeutycznych dla osób uzależnionych od narkotyków.	Pełnomocnik ds. uzależnień	Praca ciągła
2.	Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych służących zdrowieniu.	Pełnomocnik ds. uzależnień	Praca ciągła

Zadanie 2

Udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychologicznej i prawnej.

Lp.	Nazwa zadania	Realizator	Termin
1.	Pomoc dla rodziców dzieci zażywających narkotyki poprzez: 1/ informowanie rodziców o formach pomocy dzieciom i młodzieży zażywających narkotyki, 2/ wykrywanie zagrożeń narkotycznych występujących w rodzinach, 3/ uświadamianie członkom rodzin zagrożeń wynikających z narkomanii, 4/ dokonywanie przez pracowników socjalnych diagnozy sytuacji w rodzinach dotkniętych problemem narkomanii, 5/ prowadzenie grup wsparcia dla rodziców dzieci uzależnionych od narkotyków.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Pełnomocnik ds. uzależnień Instytucje i organizacje pozarządowe Środki masowego przekazu	Praca ciągła
2.	Prowadzenie specjalistycznego poradnictwa: psychologicznego, pedagogicznego, terapeutycznego i prawnego.	Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna Instytucje i organizacje pozarządowe	Praca ciągła
3.	Prowadzenie punktu konsultacyjnego dla osób eksperymentujących z narkotykami i członków ich rodzin.	Punkt Konsultacyjno – Informacyjny	Praca ciągła

Zadanie 3

Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć pozalekcyjnych, sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo wychowawczych i socjoterapeutycznych.

Lp.	Nazwa zadania	Realizator	Termin
1.	Uwzględnianie problematyki narkomanii w miejskiej strategii rozwiązywania problemów społecznych, w szczególności w części dotyczącej diagnozy rozpowszechniania i używania narkotyków oraz planowania działań zapobiegawczych.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Placówki oświatowe	Praca ciągła
2.	Wspieranie szkół podstawowych oraz gimnazjalnych w rozwijaniu działań profilaktycznych.	Placówki oświatowe Pełnomocnik ds. uzależnień Instytucje, organizacje pozarządowe, kluby i organizacje sportowe	Praca ciągła
3.	Prowadzenie programów profilaktycznych i wprowadzenie programów alternatywnych jako element organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży.	Instytucje i organizacje pozarządowe Pełnomocnik ds. uzależnień Świetlice profilaktyczne dla dzieci	W trakcie roku szkolnego
4.	Organizowanie i prowadzenie poza-szkolnych programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem oraz ich rodziców.	Organizacje pozarządowe Pełnomocnik ds. uzależnień Placówki oświatowe	W trakcie roku szkolnego
5.	Wspieranie merytoryczne kadry peda-gogicznej przy opracowywaniu szkolnych programów profilaktycznych.	Pełnomocnik ds. uzależnień	W trakcie roku szkolnego
6.	Prowadzenie szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe osób realizujących zadania profilaktyczne obejmujące problematykę narkomanii, w szczególności dla: 1/ pracowników szkół i placówek oświatowych, 2/ pracowników placówek opiekuńczo – wychowawczych, 3/ pracowników socjalnych, 4/ wychowawców świetlic środowiskowych, 5/ kuratorów sądowych, 6/ strażników miejskich, 7/ funkcjonariuszy policji.	Pełnomocnik ds. uzależnień	Praca ciągła
7.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych obejmujących problematykę narkomanii adresowanych w szczególności do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponad-gimnazjalnych.	Pełnomocnik ds. uzależnień	Zgodnie z harmonogra mem kampanii

Zadanie 4

Wspomaganie działalności instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych służących rozwiązywaniu problemów narkomanii.

Lp.	Nazwa zadania	Realizator	Termin
1.	Współpraca z organizacjami pozarządowymi, kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi z zakresu zapobiegania narkomanii.	Instytucje i organizacje pozarządowe Osoby fizyczne	Praca ciągła
2.	Organizowanie szkoleń dla realizatorów programu zadań z zakresu narkomanii.	Pełnomocnik ds. uzależnień	Praca ciągła

Zadanie 5

Pomoc społeczna osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Lp.	Nazwa zadania	Realizator	Termin
1.	Prowadzenie działań związanych z integracją społeczną osób uzależnionych; - pomoc dzieciom narkomanów, w tym wspieranie świetlic opiekuńczo – wychowawczych, - wspieranie ruchów trzeźwościowych poprzez tworzenie bezpiecznych miejsc zdrowego stylu życia dla narkomanów po zakończonej terapii.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Instytucje i organizacje pozarządowe	Praca ciągła
2.	Prowadzenie stałego systemu informacji na temat działań podejmowanych w zakresie rozwiązywania problemów narkotycznych.	Pełnomocnik ds. uzależnień	Praca ciągła

Na realizację wyżej wymienionych zadań, została zabezpieczona w budżecie miasta kwota 5000zł.

Ewaluacja Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Ewaluacja służy ocenie skuteczności działań podejmowanych w ramach realizacji Programu. Stanowi również podstawę jego modyfikacji. Ewaluacja jest współczesnym wymogiem realizacji każdego programu profilaktycznego.

Sposób realizacji:

1. Prowadzenie badań w zakresie:
   - pełnego rozpoznania potrzeb populacji osób mających problemy z narkotykami w celu określenia priorytetów działań,
   - monitoringu, dostępności, skuteczności, jakości oraz efektywności ekonomicznej różnych kategorii działań,
   - monitoringu potrzeb i skuteczności działań profilaktyczno – terapeutycznych wśród dzieci i młodzieży oraz monitoringu szkolnych programów profilaktyki.