

GMINA OSIECZNA

**PEŁNOMOCNIK BURMISTRZA
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH**

**GMINNEGO PROGRAMU
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA 2020 ROK**

A. WPROWADZENIE

I. PODSTAWY PRAWNE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW NARKOMANII

1. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852 ze zmianami).
2. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1390 ze zmianami).
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2016–2020 z dnia 4 sierpnia 2016 r.
4. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492).

Priorytetowymi zadaniami Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Osieczna jest ograniczanie używania narkotyków i substancji psychotropowych oraz związanych z tym problemów.

Działania ujęte w programie skupiają się na propagowaniu i rozwijaniu działalności informacyjnej i kulturalnej podejmowanej w celu doinformowania społeczeństwa o szkodliwości narkomanii oraz prowadzeniu działalności wychowawczej i zapobiegawczej, polegającej w szczególności na:

- zakupie oraz upowszechnianiu materiałów informacyjno - edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii,
- przekazywaniu i wymianie informacji pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za zapobieganie narkomanii na terenie Gminy oraz powiatu,
- promowaniu zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem szkół,
- udzielaniu pomocy placówkom prowadzącym działalność zapobiegawczą w środowiskach zagrożonych uzależnieniem od środków narkotycznych,
- ograniczaniu popytu na narkotyki oraz zwiększaniu wiedzy obywateli np. w szkołach,
- podejmowaniu i wspieraniu działań lokalnych oraz innych inicjatyw społecznych skierowanych przede wszystkim do poszczególnych rodzin z terenu Gminy.

Bez względu na formę, samo posiadanie i zażywanie narkotyków jest nielegalne, dlatego ciężko jest ocenić rozmiar występowania tego zjawiska oraz związanych z nim niekorzystnych konsekwencji. Konsumpcja narkotyków rośnie w wielu krajach, w tym również w Polsce pomimo, że są przyczyną wielu problemów w społeczeństwie.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016 – 2020 odnosi się do zagadnień podnoszenia jakości profilaktyki narkomanii, które zakładają zwiększenie skuteczności programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

W każdym przypadku nadużywanie substancji psychoaktywnych: narkotyków, dopalaczy oraz innych środków zastępczych wyznacza kierunki działań lokalnej polityki społecznej.

Szczegółowo działania te reguluje ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, w art. 2 ust. 1 precyzując zadania własne Gminy, polegające na:

- 1) działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i zapobiegawczej,
- 2) nadzorze nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- 3) leczeniu, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych,
- 4) ograniczaniu szkód zdrowotnych i społecznych,
- 5) zwalczaniu niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- 6) nadzorze nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii. *

System działalności antynarkotykowej powinien wykazywać charakter dynamiczny, dlatego należy podejmować kroki uwzględniające zmiany, np. zwiększenie się spożycia jakiejś substancji psychotropowej powinno stanowić wyzwanie dla strategii profilaktyki i leczenia uzależnień od tej właśnie substancji.

Należy zwrócić uwagę na działania w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, szczególnie wśród okazjonalnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz osób, u których zdiagnozowano uzależnienie od substancji psychoaktywnych jako substancji powodujących uzależnienie.

* Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz. U. 2019 r., poz. 852 z późn. zm.).

B. DIAGNOZA

II. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA NARKOMANII W POLSCE I W EUROPIE.

Europejski raport narkotykowy (EDR) 2019: Tendencje i osiągnięcia to sztandarowa publikacja EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction).

Raport przedstawia analizę najnowszych danych dotyczących sytuacji narkotykowej i odpowiedzi na nią w Unii Europejskiej, Norwegii i Turcji.

Wynika z niego, że dzisiejszy poziom zapotrzebowania na leczenie nowych osób uzależnionych od heroiny w świetle danych historycznych jest niski, poziom przyjmowania drogą iniekcji spada, a liczba nowych przypadków HIV wywołanych każdego roku dożylnym przyjmowaniem narkotyków zmniejszyła się o ok. 40% na przestrzeni ostatniej dekady. Zauważalny jest sukces państw europejskich w sprawie wprowadzenia pragmatycznej redukcji szkód i sposobów leczenia.

Z drugiej strony narasta problem używania opioidów skutkujący wzrostem kosztów zdrowia publicznego zarówno w Ameryce Północnej, jak i w niektórych państwach graniczących z Unią Europejską. Jednak pomimo poprawy sytuacji w Europie, używanie opioidów nadal stanowi ważną składową kosztów zdrowotnych i społecznych ponoszonych w związku z zażywaniem narkotyków w Europie, a zagrożenia powodowane przez tę grupę narkotyków mogą nawet narastać.

Analiza reakcji na problemy związane z opioidami pokazuje, że w wielu państwach, szczególnie we wschodnich częściach Europy, zapewnienie skutecznej redukcji szkód oraz leczenia jest nadal nieadekwatne. W niektórych państwach, gdzie zakres usług był stosunkowo dobry, sytuacja uległa pogorszeniu. Jednocześnie rosną potrzeby starzejącej się i często coraz bardziej podatnej na zagrożenia grupy osób używających opioidów od długiego czasu. Świadczą o tym statystyki zgonów spowodowanych przedawkowaniem wskazujące, że ofiary mają obecnie średnio 39 lat, jak również powszechne występowanie problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym w tej grupie. Co więcej, w ciągu ostatnich 5 lat zaobserwowano ogólny wzrost liczby zgonów związanych z używaniem narkotyków, a tendencje wzrostowe odnotowano we wszystkich grupach wiekowych powyżej 30 roku życia. Wskaźniki podaży sugerują, że zagrożenie to może być coraz większe. Ilość skonfiskowanej heroiny wzrasta, czystość narkotyku pozostaje wysoka, a cena stosunkowo niska, co wskazuje na powszechną dostępność w wielu częściach Europy.

Zgony związane z przedawkowaniem rzadko są spowodowane zażyciem wyłącznie jednej substancji. Współczesne prawidłowości w konsumpcji narkotyków są bardzo dynamiczne; na rynku pojawia się coraz więcej narkotyków, a ich konsumenci zazwyczaj – czy to świadomie, czy nieświadomie – zażywają szereg różnych substancji. Oznacza to, że bez dobrych ekspertyz kryminalistycznych i toksykologicznych można przeoczyć nowe zagrożenia. Istnieje zatem ryzyko, że rola nowych substancji psychoaktywnych o dużej sile działania takich jak pochodne fentanylu w zgonach związanych z przedawkowaniem, może zostać przeoczona, szczególnie jeżeli zostały zażyte razem ze znanymi narkotykami takimi jak heroina. Niektóre państwa członkowskie UE, w szczególności na północy Europy, zainwestowały w zwiększenie dostępności i wrażliwości danych toksykologicznych, co obecnie pozwala na lepsze rozumienie tendencji związanych z narkotykami i zagrożeń dla zdrowia. Wprowadzenie kompleksowych badań przesiewowych oraz zwiększenie wrażliwości testów w Szwecji poskutkowało przykładowo podwojeniem liczby przypadków wykrycia fentanylu w analizowanych próbkach pobranych w przypadkach zgonów związanych z zażyciem narkotyków. Ostatnie badanie EMCDDA pokazuje jednak, że nie wszystkie laboratoria mają możliwość wykrywania mniej typowych substancji.

Dane dotyczące ostrych zatruc leczonych szpitalnie związanych z zażywaniem narkotyków mogą pomóc nam lepiej zrozumieć wpływ używania narkotyków na zdrowie publiczne w Europie. Europejska Sieć ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN Plus) monitoruje ciężkie przypadki toksyczności związane z narkotykami w wybranych szpitalach w 18 państwach europejskich. Ustalenia z tegorocznej analizy pokazują różnice między substancjami doprowadzającymi do stanów wymagających nagłej interwencji medycznej na terenie Europy. Substancje pobudzające są przykładowo powiązane z dużą liczbą sytuacji wyjątkowych, za to przypadki związane z amfetaminami były częściej spotykane na północy i na wschodzie Europy, gdy kokaina była dominującą substancją pobudzającą w państwach południowych i zachodnich.

Konopie indyjskie to jeden z najbardziej znanych narkotyków w Europie. Jest to najpowszechniej stosowany niedozwolony środek odurzający, a blisko 20% osób w wieku 15–24 lata przyznaje, że używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Zarówno w wymiarze międzynarodowym, jak i w Europie używanie konopi indyjskich to wciąż temat budzący istotne zainteresowanie polityczne i publiczne, ponieważ nowa sytuacja wywołuje debatę na temat tego, jak społeczeństwo powinno reagować na tę substancję.

Toczy się dyskusja na temat leczniczych właściwości konopi indyjskich, preparatów z konopi indyjskich oraz produktów leczniczych z roślin konopi. W niektórych państwach zalegalizowano je, co wywołuje obawy o koszty i korzyści różnych opcji regulacyjnych i opcji kontroli. To złożone zagadnienie. Na terenie Europy znaczna część zasobów policyjnych zaangażowana jest w kontrolowanie spożywania konopi indyjskich, a przeszło połowa z 1,2 mln przestępstw używania lub posiadania na użytek własny zgłoszonych w 2017 r. dotyczyło właśnie konopi. Zaangażowanie w tenże rynek może również stanowić czynnik wpływający na przestępczość młodzieży oraz główne źródło dochodu dla przestępczości zorganizowanej. Co więcej, wzrosło nasze zrozumienie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych powodowanych używaniem konopi indyjskich, szczególnie wśród młodzieży. Obecnie są one substancją najczęściej wymienianą jako powód zwrócenia się o pomoc przez osoby przyjmowane po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków. To niepokojące, ponieważ w ciągu ostatnich kilku lat z ogólnej oceny EMCDDA wynikało, że tendencje dotyczące konopi indyjskich pozostają w dużej mierze stabilne. Twierdzenie stoi jednak pod znakiem zapytania, ze względu na nowe dane, z których wynika, że szereg państw zgłasza zwiększone użycie w młodszych grupach wiekowych.

W 2018 r. nowe substancje psychoaktywne były zgłaszane do unijnego systemu wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych w tempie około jedna

na tydzień. Wynosząca 55 liczba nowych substancji wykrytych w 2018 r. jest podobna do liczby z 2017 r., ale dużo niższa niż w 2013 r. i 2014 r. Chociaż może to sugerować spadek innowacyjności w tej dziedzinie, należy zauważyć, że duża liczba substancji już zgłoszonych nadal pojawiała się każdego roku na europejskim rynku narkotykowym, co wskazuje, że substancje te mogą utrzymywać się przez pewien czas na rynku. Zaobserwowano również zmiany z rodzajach substancji, co stanowi potencjalny sygnał, że nowe substancje psychoaktywne są w coraz większym stopniu skierowane do osób zażywających narkotyki od długiego czasu i osób, których dotyczy problemowe używanie środków odurzających. Tymczasem do unijnego systemu wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych trafiają teraz zgłoszenia o zróżnicowanych substancjach; pojawia się więcej opioidów syntetycznych i benzodiazepin.

Rynki narkotykowe obejmują złożony zestaw wzajemnie powiązanych działań, w tym produkcję, przemyt, dystrybucję i sprzedaż konsumentowi końcowemu. Rozciągają się one na rozległe obszary geograficzne. Na różnych etapach mogą być w nie zaangażowane różne podmioty, ale dominującą rolę w wartej miliardy euro rocznie działalności związanej z niedozwolonymi środkami odurzającymi odgrywają zorganizowane grupy przestępcze.

Na poziomie detalicznym sprzedaż narkotyków prowadzona jest przede wszystkim w drodze bezpośredniego kontaktu między dostawcami a konsumentami. Siatki prowadzące handel narkotykami w coraz większym stopniu wykorzystują jednak technologię mobilną i szyfrowanie. Internetowe platformy sprzedaży niedozwolonych środków odurzających, choć nadal stanowią stosunkowo niewielką część całego rynku, w ostatnich latach rosną w siłę. Rynki internetowe można znaleźć w sieci widocznej – a więc możliwej do przeszukania zindeksowanej części sieci, w tym w sklepach internetowych i w mediach społecznościowych, lub w darknet – zaszyfrowanej sieci, do której dostęp wymaga specjalnych narzędzi, a sprzedający i kupujący mogą ukryć swoją tożsamość.

Od czasu pojawienia się anonimowych rynków internetowych w 2010 r., w różnych momentach istniało ponad 100 globalnych rynków darknetu. W lipcu 2017 r. w ramach międzynarodowej operacji policji, zlikwidowano największą istniejącą do tej pory giełdę tego rodzaju: AlphaBay, jak również inny duży rynek podziemny – Hansę. Operacja organów ścigania mogła podważyć zaufanie konsumentów do bezpieczeństwa tego rodzaju rynków. Tym niemniej analiza EMCDDA i Europolu wskazuje, że wolumen obrotu narkotykami w darknetcie oraz przychody z nim związane wróciły do poziomu sprzed operacji już rok później.

Szacuje się, że około 96 mln, czyli 29%, dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w Unii Europejskiej przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. Częściej przyznają

się do tego mężczyźni (57,8 mln) niż kobiety (38,3 mln). Najczęściej próbowanym narkotykiem są konopie indyjskie (55,4 mln mężczyzn i 36,1 mln kobiet), natomiast szacunki dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy w ciągu całego życia (12,4 mln mężczyzn i 5,7 mln kobiet), extasy (9,3 mln mężczyzn i 4,6 mln kobiet) oraz amfetaminy (8,3 mln mężczyzn i 4,1 mln kobiet) są dużo niższe. Wskaźniki dotyczące przynajmniej jednokrotnego użycia konopi indyjskich w ciągu całego życia są zróżnicowane w poszczególnych krajach i wahają się od około 4% osób dorosłych na Malcie do 45% we Francji.

Dane dotyczące używania narkotyków za zeszły rok stanowią dobre odzwierciedlenie skali tego zjawiska w ostatnim czasie, szczególnie widocznego wśród młodych osób dorosłych. Szacuje się, że w zeszłym roku po narkotyki sięgnęło 19,1 mln młodych (16%) osób dorosłych (w wieku 15–34), przy czym było wśród nich około dwukrotnie więcej mężczyzn (20%) niż kobiet (11%).

We wszystkich grupach wiekowych najpowszechniej używanym narkotykiem są konopie indyjskie. Z reguły się je pali, a w Europie powszechnie miesza z tytoniem. Wzorce używania konopi indyjskich są różne: od okazjonalnego po używanie regularne i uzależnienie.

Z przedstawionej Diagnozy Społecznej z 2017 roku „Warunki i jakość życia Polaków” wynika, że najbardziej zagrożeni narkomanią są mężczyźni, uczniowie i studenci, osoby młodsze, mieszkańcy dużych miast, prywatni przedsiębiorcy, inni bierni zawodowo, osoby z wykształceniem wyższym i osoby bogatsze.

Wyniki pokazują też, że kobiety ponad połowę rzadziej od mężczyzn sięgają po narkotyki, osoby starsze (po 59 roku życia) ponad 10 - krotnie rzadziej od najmłodszych (do 24 lat), mieszkańcy mniejszych miast i wsi od dwóch do czterech razy rzadziej od mieszkańców największych aglomeracji (powyżej 500 tys.), inni bierni zawodowo o ponad 80% częściej od pracowników sektora publicznego, osoby żyjące w stanie wolnym niemal trzykrotnie częściej od osób żyjących w związku małżeńskim.

Podstawowym wskaźnikiem epidemiologicznym są tu dane o zgłaszalności do leczenia stacjonarnego z powodu problemów związanych z narkotykami.

Oceniając trendy epidemiologiczne trzeba wziąć pod uwagę dwa wskaźniki wyliczane na podstawie danych leczenia stacjonarnego.

Pierwszy, to liczba osób przyjętych 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.

Dość trudno jest ocenić rozmiar występowania zjawiska narkomanii oraz związanych z nim niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych.

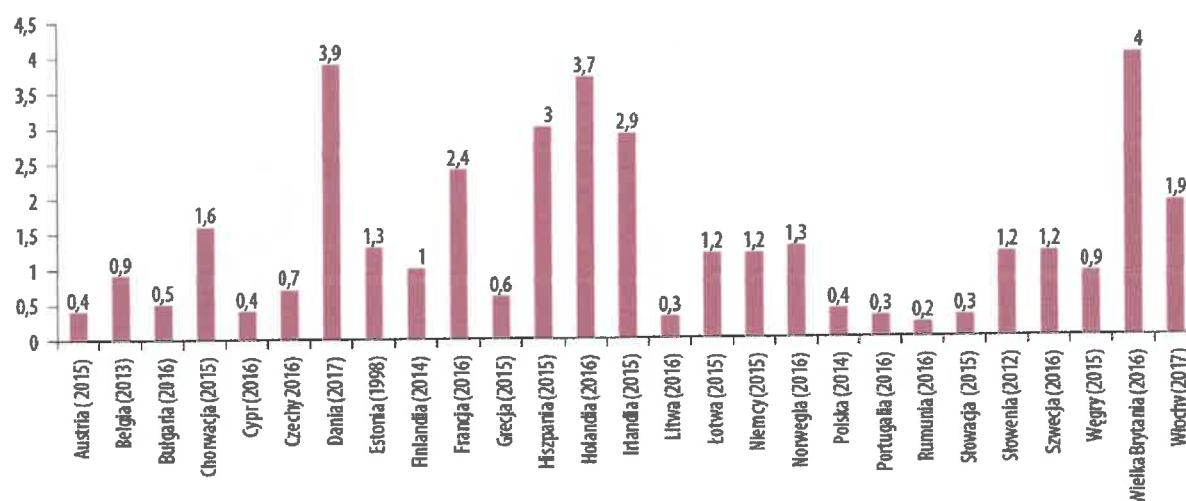
Informacji o rozmiarach narkomanii rozumianej jako uzależnienie, bądź używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy, dostarczają dane statystyczne instytucji reagujących na problem narkotyków.

Jako wskaźnik epidemiologiczny wykorzystuje się dane o osobach przyjętych do leczenia psychiatrycznego z powodu używania narkotyków.

Podstawą sprawozdawczości statystycznej leczenia stacjonarnego są indywidualne karty statystyczne, które wypełniane są przy wypisie pacjenta i przesyłane do Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Karta zawiera informacje o diagnozie choroby podstawowej i choroby towarzyszącej.

Drugim wskaźnikiem jest liczba pacjentów pierwszorazowych, definiowanych jako osoby, które w danym roku po raz pierwszy w życiu podjęły leczenie w placówce stacjonarnej.

Wykres 1. Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku przez osoby w wieku 15-34 lata (%).



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2018.

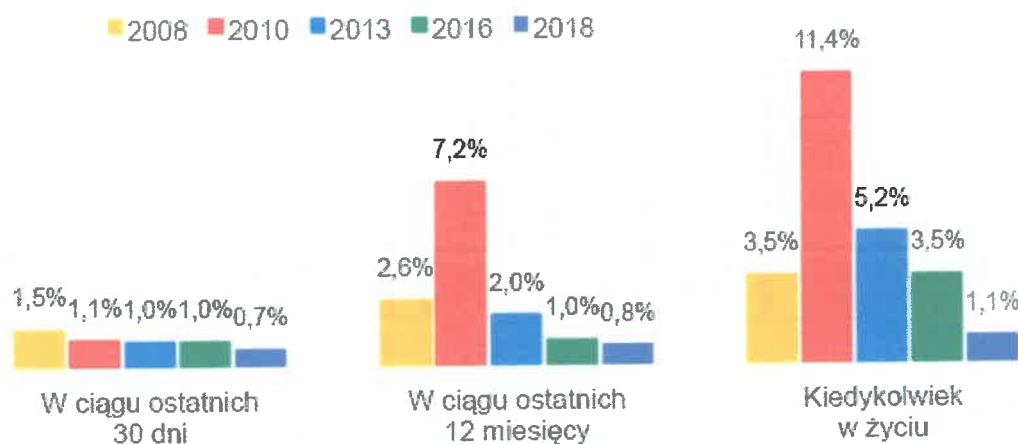
W raporcie EMCDDA wskazano na wzrost liczby osób, które po raz pierwszy zostały przyjęte na leczenie w związku z uzależnieniem od kokainy. W 2016 roku ponad 30 tys. pacjentów zgłosiło się po raz pierwszy do placówek leczniczych w związku z problemami z tym narkotykiem i było to o ponad jedną piątą więcej osób niż w 2014 roku. Łącznie w 2016 roku 67 tys. pacjentów rozpoczęło specjalistyczne leczenie uzależnienia związanego z kokainą. Warto także dodać, że kokaina była drugim najczęściej zgłaszanym narkotykiem podczas nagłych interwencji w 19 szpitalach uczestniczących w projekcie Euro-DEN Plus w 2016 roku.

Według informacji zawartych w ERN kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie. W ciągu ostatniego roku przed badaniem, po narkotyk ten

sięgnęło około 2,3 mln młodych dorosłych (15-34 lata). W obliczu oznak rosnącej uprawy koki i produkcji kokainy w Ameryce Łacińskiej, dane z ERN potwierdzają, że europejski rynek kokainy rozwija się dynamicznie, a wskaźniki wskazują na zwiększoną dostępność tego narkotyku w wielu krajach. Chociaż cena kokainy pozostała stabilna, jej czystość na poziomie sprzedaży ulicznej osiągnęła w 2016 roku najwyższy poziom od dekady.

Ostatnie badanie dotyczące pozostałości narkotyków w miejskich ściekach komunalnych ujawniło, że w latach 2015–2017 nastąpił wzrost ilości pozostałości kokainy w ściekach 26 z 31 miast, których danymi dysponowano za ten okres. Najwyższe poziomy odnotowano w miastach w Belgii, Holandii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Z kolei niskie poziomy pozostałości kokainy stwierdzono w miastach Europy Wschodniej, co potwierdzałyby informacje uzyskane z innych źródeł, że najbardziej popularnym stymulantem w tej części Europy są amfetaminy.

Wykres 2. Używanie „dopalaczy” wśród młodzieży szkolnej – ostatnie klasy szkół ponadgimnazjalnych



Źródło: Badanie pt. Młodzież realizowane jest od początku lat 90. przez Fundację CBOS, a od 2003 roku we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Dzisiejszy rynek narkotykowy wypełniają nowe substancje psychoaktywne, czyli tzw. dopalacze. Jak wskazuje raport EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), wśród polskich nastolatków w wieku 15-16 lat, aż 10% przynajmniej raz spróbowało dopalaczy. Ograniczenie problemu związanego z używaniem nowych substancji jest o tyle trudne, że coraz to nowe substancje zalewają rynki europejskie. Osoby młode w obliczu dynamicznych zmian norm i zasad społecznych coraz częściej sięgają po narkotyki.

Wyniki ostatniego pomiaru odnotowały niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W przypadku tzw. „dopalaczy” odnotowuje się spadek poziomu używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy

eksperymentowali z tymi środkami, jest taki sam jak w 2008 roku – ponad 3%. Używanie „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku osiągnęło najniższy poziom od początku prowadzenia badań, tj. od 2008 roku (po 1% uczniów).

W dniu 21 sierpnia 2018 r. weszła w życie ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59) i równocześnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych które objęło większość substancji znajdujących się w przedmiotowym wykazie.

W powyższym okresie, dominującymi grupami związków były katynony, syntetyczne kannabinoidy a także fenyloetyloaminy. Substancje te z dużym prawdopodobieństwem stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

Podział narkotyków

Podział według Światowej Organizacji Zdrowia:

- opiaty np. heroina, morfina,
- psychostymulanty np. amfetamina, metamfetamina,
- kokaina,
- marihuana i haszysz,
- halucynogeny np. DMT,
- psychodeliki np. LSD-25,
- środki lotne – kleje,
- leki uspokajające i barbiturany,
- nikotyna,
- alkohol.

Podział według działania fizjologicznego

Podział substancji psychoaktywnych przyjęty przez Interpol i stosowany w farmakologii:

1. depresanty czyli substancje działające opóźniająco na ośrodkowy układ nerwowy:

- benzodiazepiny, np. diazepam, flunitrazepam,

- depresanty nasenne: alkohol, eter, barbiturany, chloroform, wodzian chloralu,
- opioidy, np. opium, kodeina, tramadol, morfina, heroina, metadon;

2. stymulanty czyli substancje pobudzające ośrodkowy układ nerwowy:

- amfetamina i jej pochodne: amfetamina, metamfetamina, metylofenidat,
- efedryna i jej stereoizomery: efedryna i pseudoefedryna,
- n-metyloksantyny: kofeina, teofilina, teobromina,
- inne: nikotyna, kokaina;

3. konopie indyjskie i ich pochodne, np. THC, wyróżniane jako osobna grupa ponieważ wskazują działanie i stymulacyjne i depresyjne, a ponadto posiadają cechy psychodelików (w zależności od odmiany);

4. psychodeliki czyli substancje wywołujące zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym:

- delirianty, np. skopolamina, atropina,
- pozostałe psychodeliki np. Salvinorin A,
- dysocjanty, np. podtlenek azotu, ketamina,
- psychodeliki stymulacyjne, np. MDMA, MDA, meskalina, DOM, LSD-25, AMT, DMT. *

* Źródło: Narkotyki: Wikipedia – wolna encyklopedia.

Modele używania substancji psychoaktywnych dzielimy na:

- **używanie eksperymentalne** - dotyczy przeważnie osób młodych, próbujących wielu substancji wielokrotnie. Przyjmowanie odbywa się w grupie rówieśniczej w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań. Takie używanie najczęściej nie jest związane z ujemnymi następstwami medycznymi lub społecznymi,
- **używanie okolicznościowo-sytuacyjne** - jest zwykle uwarunkowane motywami indywidualnymi, osobistą sytuacją. Przyjmowanie substancji odbywa się kilka razy lub rzadziej, z tendencją do samoograniczania. Przyczyną przyjmowania substancji jest chęć poprawy samopoczucia, rozładowania napięcia. Tę grupę osób uważa się za zagrożoną uzależnieniem. Używanie okolicznościowo-sytuacyjne jest czasami nazywane **stresopochodnym**,

- **używanie rekreacyjne** - substancja (przeważnie marihuana) jest przyjmowana przez krąg osób, w celu przeżycia przyjemnych doznań, nie częściej niż raz w tygodniu, co nie zaburza pełnienia ról społecznych. Indywidualne (samotne) przyjmowanie nie występuje. Używanie rekreacyjne jest też często nazywane *towarzyskim*,
- **przyjmowanie ryzykowne** - jest to kategoria niemedyczna, uzupełniająca opis modeli przyjmowania substancji. Dotyczy ona zaburzeń zachowania powstałych w wyniku przyjęcia substancji psychoaktywnej, które mogą doprowadzić do powstania różnych szkód zdrowotnych. Zmiana sprawności psychofizycznej prowokuje powstawanie zagrażających sytuacji zarówno dla przyjmującego, jak i otoczenia (np. prowadzenie samochodu przez osobę, która paliła marihuanę), *

* *Źródło:* Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

- **używanie intensywne** - oznacza przyjmowanie substancji co najmniej raz dziennie w celu redukcji napięcia, poprawy samopoczucia i umożliwienia codziennego funkcjonowania,
- **używanie kompulsywne** - intensywne przyjmowanie substancji osiągające cechy uzależnienia. Przy używaniu kompulsywnym ma miejsce stałe przyjmowanie substancji, czasami w celu uniknięcia zespołu abstynencyjnego, często dochodzi do zatruć.

PRIORYTETY NA ROK 2020

1. Uczestnictwo w różnych kampaniach edukacyjnych o tematyce narkomanii organizowanych przez Urząd Marszałkowski oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
2. Kontynuacja działalności profilaktycznej w zakresie zażywania narkotyków.
3. Zwiększanie wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii.
4. Przeprowadzanie profilaktyki w drodze działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w kontekście rozwiązywania problemów narkomanii.
5. Zmniejszanie szkód zdrowotnych i społecznych spowodowanych zażywaniem narkotyków i innych środków psychotropowych (np. „dopalaczy”).
6. Opracowanie standardów postępowania leczniczego i programów ograniczania szkód zdrowotnych.
7. Próba zwiększenia zaangażowania społeczności lokalnej w zapobieganiu używania środków psychoaktywnych.

Realizatorzy i podmioty współpracujące.

1. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Osiecznej.
2. Szkoły podstawowe z terenu Gminy Osieczna.
3. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Osiecznej.
4. Pełnomocnik Burmistrza ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Osiecznej.
5. Centrum Kultury i Biblioteka w Osiecznej.
6. Zespół Dzielnicowych w Osiecznej - Komenda Miejska Policji w Lesznie.
7. Organizacje pozarządowe prowadzące działalność z zakresu przeciwdziałania narkomanii.

Finansowanie

Finansowanie zadań Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii określać będzie uchwała budżetowa na 2020 rok.

C. SZCZEGÓŁOWE ZADANIA PROGRAMU I SPOSÓB ICH REALIZACJI

Działalność i realizacja związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów narkomanii oraz integracji społecznej osób uzależnionych od narkotyków należy do zadań własnych Gminy Osieczna.

Zadania które są przewidziane do realizacji i zapisane w programie, są kontynuacją działalności prowadzonej w latach ubiegłych.

I. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem:

Lp.	Zadania	Wykonawca
1.	Zapewnienie pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji psychotropowych.	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
2.	Zakup i upowszechnianie materiałów edukacyjnych informujących o istocie uzależnień i systemie pomocy.	

II. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej:

Zadania	Wykonawca
Udzielanie pomocy psychologicznej, terapeutycznej i prawnej rodzinom osób uzależnionych od narkotyków i innych substancji psychotropowych.	Specjaliści psychologów, terapeutów, pedagogów szkolni

III. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów narkomanii:

Lp.	Zadania	Wykonawca
1.	Wspieranie działalności stowarzyszeń, klubów oraz innych instytucji, proponujące alternatywne formy spędzania czasu wolnego (w ramach profilaktyki).	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
2.	Wolne od nałogów zagospodarowanie czasu wolnego (np. w ramach dodatkowych zajęć w szkołach).	

IV. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży szkolnej, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych i rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach socjoterapeutycznych i opiekuńczo - wychowawczych:

Lp.	Zadania	Wykonawca
1.	Przeprowadzanie szkoleń z zakresu rozpoznawania i przeciwdziałania zjawisk narkomanii, skierowanych do uczniów, nauczycieli i rodziców (wg potrzeb).	Stowarzyszenia pożytku publicznego oraz szkoły zajmujące się organizacją wypoczynku, specjalistyczne firmy zajmujące się szkoleniami
2.	Organizowanie wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej nie tylko z grup ryzyka, objętych programem socjoterapeutycznym ze szkół z terenu Gminy Osieczna.	

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

Zadania	Wykonawca
Dofinansowanie zadań z zakresu zatrudnienia socjalnego.	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

2. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów narkomanii:

Lp.	Zadania	Wykonawca
1.	Wolne od nałogów zagospodarowanie czasu wolnego (np. w ramach dodatkowych zajęć w szkołach).	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
2.	Wspieranie działalności stowarzyszeń, klubów oraz innych instytucji, proponujące alternatywne formy spędzania czasu wolnego (w ramach profilaktyki).	

PRZEWODNICZĄCA
 Rady Miejskiej Gminy Osieczna

 Roman Lewicki