



Jednolita S-terytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST

EEA
grants

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz przygotowaniem Planu Operacyjnego na lata 2016- 2025



Jednolita S-trategia T-erytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST

EEA
grants

Zamawiający:

Zarząd Powiatu Mikołowskiego

Ul. Żwirki i Wigury 4a

43-190 Mikołów



Wykonawca:

EU-CONSULT Sp. z o.o.

Ul. Wały Piastowskie 1

80-855 Gdańsk



Gdańsk 2015



Spis treści

1.	Analiza sytuacji w jednostkach samorządu terytorialnego obszaru funkcjonalnego	6
1.1.	Cele programu	6
1.2.	Zarys metodologiczny	6
1.3.	Uwarunkowania powstania Strategii	7
1.4.	Charakterystyka wykluczenia społecznego	10
1.4.1.	Problem wykluczenia społecznego	13
2.	Identyfikacja problemów	23
3.	Misja i wizja	25
4.	Cele strategiczne	26
5.	Cele operacyjne i proponowane kierunki rozwoju	27
5.1.	Potrzeby inwestycyjne	28
5.2.	Analiza SWOT	33
6.	Plan operacyjny	36
6.1.	Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców Powiatu Mikołowskiego	36
6.1.1.	Krajowe i wojewódzkie akty prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego	36
6.1.2.	Modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej	36
6.1.3.	Diagnoza Obszaru Funkcjonalnego	41
6.1.4.	Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz z wytycznymi dotyczącymi opieki psychiatrycznej	46
6.1.5.	Zasoby w zakresie opieki, integracji oraz wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi	56
6.1.6.	Organizacje pozarządowe wspierające oraz działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi	67
6.1.7.	Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym	68
6.1.8.	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym	71
6.1.9.	Analiza SWOT	74



6.1.10.	Cele główne i szczegółowe programu.....	76
6.1.11.	Działania operacyjne	78
6.1.12.	Źródła finansowania działań.....	89
6.2.	Problematyka alkoholu i narkomanii.....	90
6.2.1.	Wprowadzenie - kluczowy problem obszaru funkcjonalnego: problem alkoholu i narkomanii	90
6.2.2.	Podstawy prawne, dokumenty powiązane	108
6.2.3.	Diagnoza obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego w podziale na poszczególne gminy powiatu:	111
6.2.4.	Profilaktyka problemów związanych z nadużywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków.....	128
6.2.5.	Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna.....	143
6.2.6.	Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015	153
6.2.7.	Zasoby instytucjonalne obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego realizujące zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz substancji psychoaktywnych	162
6.2.8.	Organizacje pozarządowe obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wspierające zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii	170
6.2.9.	Analiza SWOT	171
6.2.10.	Cele główne i szczegółowe programu.....	174
6.2.1.	Działania operacyjne.....	176
6.2.2.	Źródła finansowania działań	183
7.	System ewaluacji i monitorowania.....	184
8.	Wnioski i rekomendacje.....	186



Załącznik 1
Załącznik 2
Załącznik 3
9. Spis wykresów i tabel.....190



1. Analiza sytuacji w jednostkach samorządu terytorialnego obszaru funkcjonalnego

1.1. Cele programu

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego jest kompleksowym dokumentem, który służy dogłębnemu zbadaniu kwestii pojawiających się problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z szczególnego ryzyka.

1.2. Zarys metodologiczny

Zakres podmiotowy

Badaniem objęto następujące grupy respondentów:

- Mieszkańcy.
- Uczniowie szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych.
- Jednostki Samorządu Terytorialnego.

Zakres terytorialny

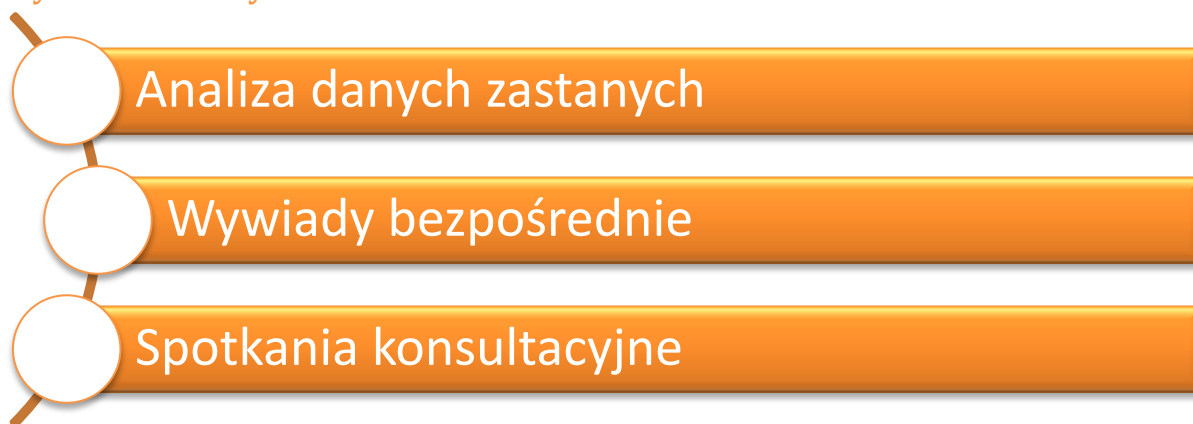
Zakres terytorialny badania objął teren Obszaru Funkcjonalnego Powiatu Mikołowskiego. Tym samym, badaniem objęto Powiat Mikołowski oraz gminy wchodzące w jego skład, tj.: Mikołów, Orzesze, Łaziska Górne, Ornontowice oraz Wiry.

Metody badawcze

W ramach opracowania niniejszego dokumentu posłużono się następującymi metodami badawczymi:



Wykres 1. Metody badawcze



Źródło: Opracowanie własne

W ramach badań ankietowych przeprowadzono 6 pogłębionych wywiadów bezpośrednich z przedstawicielami Jednostek Samorządu Terytorialnego: Starostwem Powiatowym, Urzędem Miasta Mikołowa, Urzędem Miasta Łaziska Górne, Urzędem Miejskim w Orzeszu, Urzędem Gminy Ornontowice oraz Urzędem Gminy Wyry, 1102 wywiady bezpośrednie z uczniami szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych oraz 250 wywiadów z mieszkańcami powiatu.

Spotkania konsultacyjne objęły organizację 10 spotkań: 8 o charakterze warsztatowym i 2 spotkań plenarnych. W spotkaniach udział wzięły wszystkie grupy objęte badaniem.

1.3. Uwarunkowania powstania Strategii

Niniejsza Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszarowi funkcyjnalnego powiatu mikołowskiego powstała w ramach projektu pn. „Jednolita Strategia Terytortalna = spójny obszar funkcyjnalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST” w ramach programu „Rozwój miast poprzez wzmocnienie kompetencji jednostek samorządu terytortalnego, dialog społeczny oraz współpracę z przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014.

Powiat mikołowski, występuje w roli Lidera Projektu, w projekcie uczestniczą jeszcze:

- Miasto Mikołów,
- Miasto Łaziska Górne,
- Miasto Orzesze,
- Gmina Wyry,



- Gmina Ornontowice.

Podstrategia skoordynowana została obowiązującymi programami, wytycznymi, strategiami, w tym dostępnymi danymi i materiałami statystycznymi i demograficznymi o charakterze krajowym i wojewódzkim, a w szczególności z takimi dokumentami jak:

- ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. 2015 r., poz. 1515) z późn. zm.);
- ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (tj. Dz. U. z 2013 r. Nr 595 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 roku Nr 127, poz. 721,), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 roku nr 231, poz. 1375,,) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356, .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124 z .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2015.1390), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2015.332 z późn. zm.),wraz z aktami wykonawczymi;-
- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z późn. zm. (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 149 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (tj. Dz. U. z 2011 roku Nr 43, poz. 225), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2006 roku Nr 94, poz. 651), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tj. Dz. U. z 2014 r. , poz. 1118), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 listopada 2003 roku o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 513), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o cudzoziemcach (tj. Dz. U. z 2011 roku Nr 264, poz. 1573), wraz z aktami wykonawczymi;



- ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 680 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 9 listopada 2000 roku o repatriacji (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1392), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 114 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 7 września 2007 roku o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 859 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 101 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tj. Dz. U z 2015 r., poz. 583 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (tj. Dz. U z 2014 r., poz. 121 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 748), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 982))
- ustawa z dnia 21 czerwca 2001 roku o dodatkach mieszkaniowych (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 966.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 17 czerwca 1966 roku o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tj. Dz. U. z 2014 roku Nr poz. 1619), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 121 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2013 rok, poz. 267 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 191 z późn. zm.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 885 .), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 330), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 21 czerwca 2001 roku o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy, o zmianie Kodeksu Cywilnego (Dz. U. z 2014 r., poz. 150), wraz z aktami wykonawczymi;



- ustawa z dnia 26 października 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 855);
- ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tj. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 618); - ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 581.), wraz z aktami wykonawczymi;
- ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2014 poz. 1182.).

1.4. Charakterystyka wykluczenia społecznego

Dodatkowo w celu pełnej analizy potrzeb i problemów mieszkańców powiatu mikołowskiego przeprowadzona została szczegółowa diagnoza sytuacji zastanej w podziale na poszczególne gminy oraz problemy społeczne najczęściej dotyczące mieszkańców powiatu. Pełna diagnoza powiatu mikołowskiego znajduje się w załączniku 1.

Wyjaśnienie terminu

Zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, za wykluczenie społeczne uważa się brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich ludzi, w szczególności zaś dla osób ubogich¹. Oznacza to, że analizowany problem dotyczy przede wszystkim następujących osób, grup, rodzin²:

- żyjących w niekorzystnych warunkach ekonomicznych;
- dotkniętych niekorzystnymi procesami społecznymi, które wynikają ze zmian rozwojowych (kryzysy, gwałtowne upadki branż, deindustrializacja);
- niewyposażonych w kapitał życiowy, który umożliwia normalną pozycję społeczną, wejście na rynek pracy itd.;
- nieposiadających dostępu do odpowiednich instytucji, które pozwalają na wyposażenie w kapitał życiowy, jego rozwój i pomnażanie;
- doświadczających przejawów dyskryminacji (wskutek niedorozwoju ustawodawstwa oraz kulturowych uprzedzeń i stereotypów);

¹ Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 53.

² Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, Warszawa, 2004, s. 21.



- posiadających cechy utrudniające korzystanie z powszechnych zasobów społecznych (uzależnienie, choroba, inne);
- ulegających działaniu innych osób (np. przemocy, szantażu, indoktrynacji).

Wykluczenie społeczne jest wielowymiarowe, ponieważ zjawisko bezrobocia czy ubóstwa są wyłącznie jednymi z możliwych, jednakże wcale niekoniecznymi ani niewystarczającymi warunkami wystąpienia wykluczenia. Ponadto wykluczenie społeczne jest dynamiczne, bowiem perspektywy zdobycia pracy w przypadku osób bezrobotnych są znacznie bardziej istotne niż aktualny stan bezrobocia. Dodatkowo zjawisko to ma charakter relacyjny a nie strukturalny, ponieważ statyczna wysokość dochodu czy koszyk dóbr podstawowych są mniej ważne od uczestnictwa, motywacji i zaangażowania oraz relacji społecznych³.

Przyczyny i czynniki wpływające na zjawisko wykluczenia społecznego

Należy wyróżnić cztery czynniki wchodzące w skład wykluczenia społecznego, takie jak:

- wykluczenie fizyczne,
- wykluczenie strukturalne,
- wykluczenie normatywne,
- wykluczenie materialne.

Na **wykluczenie fizyczne** największy wpływ mają następujące kryteria:

- wiek (50+),
- niepełnosprawność,
- samotność,
- wykształcenie ojca – podstawowe lub niżej.

Rozpatrując prawdopodobieństwo zagrożenia wystąpienia wykluczenia fizycznego należy wskazać, że:

- kobiety są w większym stopniu zagrożone wystąpieniem tego typu zjawiska niż mężczyźni,
- najbardziej zagrożoną grupą społeczno-ekonomiczną są renciści, emeryci, następnie osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródeł, dalej pracownicy, rolnicy, zaś najmniej osoby pracujące na własny rachunek,
- jeżeli chodzi o typ gospodarstwa domowego to w najmniej korzystnej sytuacji są osoby gospodarujące samotnie, małżeństwa bez dzieci, następnie rodziny niepełne, dalej gospodarstwa wielorodzinne, małżeństwa z jednym dzieckiem,

³ I. E. Kotowska (red.), *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków – Diagnoza społeczna 2011*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2012.



zaś w najmniejszym zakresie zagrożenie wykluczeniem fizycznym odnosi się do małżeństw wielodzietnych.

Wykluczenie strukturalne determinowane jest przede wszystkim przez:

- mieszkanie na wsi,
- wykształcenie poniżej średniego,
- wykształcenie ojca – podstawowe lub niżej.

Zagrożenie tego typu wykluczeniem dotyczy:

- w większym stopniu mężczyzn niż kobiety,
- w kontekście grupy społeczno-ekonomicznej gospodarstwa domowego: w największym zakresie rolników, następnie osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródeł, dalej rencistów, emerytów, zaś w najmniejszym stopniu pracowników i ludzi pracujących na własny rachunek,
- wielodzietnych gospodarstw domowych oraz małżeństw z co najmniej trojgiem dzieci, następnie rodzin niepełnych oraz małżeństw bezdzietnych, dalej osób gospodarujących samotnie, znacznie rzadziej zaś małżeństw z jednym lub dwójką dzieci.

Przyczynami **wykluczenia normatywnego** są w głównej mierze:

- uzależnienia, w tym przede wszystkim od alkoholu i narkotyków,
- konflikty z prawem,
- poczucie dyskryminacji,
- samotność.

Jeżeli chodzi o najbardziej zagrożone osoby należy wskazać na:

- większe zagrożenie mężczyzn niż kobiet,
- największe zagrożenie osób utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, następnie ludzi pracujących na własny rachunek, pracowników, rolników, rzadziej rencistów i emerytów,
- niewielkie różnice jeżeli chodzi o typ gospodarstwa domowego, przy czym w największym zakresie narażone są małżeństwa z dziećmi, następnie rodziny niepełne, małżeństwa bezdzietne, zaś w najmniejszym osoby samotne.

Na ostatni rodzaj wykluczenia, tj. **wykluczenie materialne** w największym stopniu wpływają:

- bezrobocie,
- ubóstwo,
- samotność.

Rozpatrując ten typ wykluczenia warto podkreślić, że:



- częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet,
- w największym stopniu zagrożeni są renciści, osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródeł, rolnicy, następnie emeryci, zaś w najmniejszym zakresie pracownicy i osoby pracujące na własny rachunek,
- z największym prawdopodobieństwem może dotknąć osoby gospodarujące samotnie, następnie rodziny niepełne, gospodarstwa wielorodzinne, małżeństwa bez dzieci, a następnie małżeństwa z dziećmi.

Warto wspomnieć o specyficznym przykładzie wykluczenia społecznego – tzw. „wykluczenie na szczycie”. Dotyczy one osób bardzo majątnych, które w pewnym momencie swojego życia świadomie rezygnują z aktywności w życiu politycznym i społecznym. W ten sposób odgradzają się od reszty społeczeństwa i decydują się na życie w izolacji.

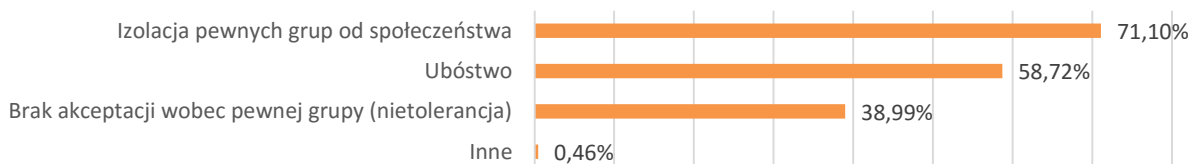
1.4.1. Problem wykluczenia społecznego

W celu zdefiniowania pojęcia problemu wykluczenia społecznego względem mieszkańców powiatu mikołowskiego poproszono ich o wskazanie, jak rozumieją pojęcie „wykluczenie społeczne”.

W badaniu wzięło udział 250 mieszkańców z całego powiatu mikołowskiego, po 50 osób z każdej gminy tj. Mikołów, Wyrzy, Łaziska Górne, Ornontowice, Orzesze.

Ponad 70% badanych uważa, że jest to izolacja pewnych grup od ogółu społeczeństwa. Prawie 59% uczestników badania kojarzyła je z ubóstwem. Mniejsza grupa ankietowanych (38,99%) wskazała na brak akceptacji wobec pewnej grupy osób. Wśród odpowiedzi inne (0,46%) znalazły się: bezdomność oraz bezrobocie.

Wykres 2. Jak Pani/Pan rozumie pojęcie „wykluczenie społeczne”? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)

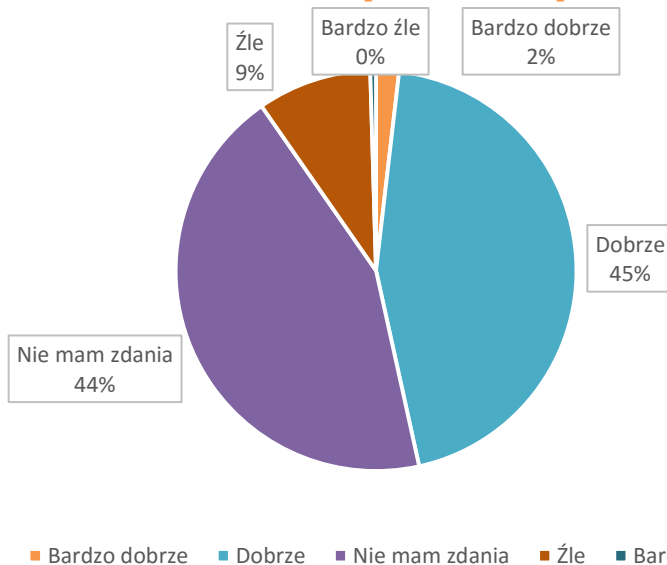


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańców gmin wchodzących w skład powiatu mikołowskiego poproszono o ocenę działania Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych. Opinie badanych były zróżnicowane. Największa grupa (44,70%) ankietowanych dotychczasową aktywność wspomnianych placówek określiła jako dobrą. Co dziesiąty uczestnik badania uważa, że jest ona zła. 1,84% mieszkańców

powiatu niskońskiego jest zdania, że działania MOPS/GOPS są bardzo dobre. natomiast 0,46% była przeciwnego zdania. Bardzo duża grupa (43,78%) nie miała zdania w tym temacie, co może wynikać z braku konieczności korzystania z usług wspomnianych podmiotów.

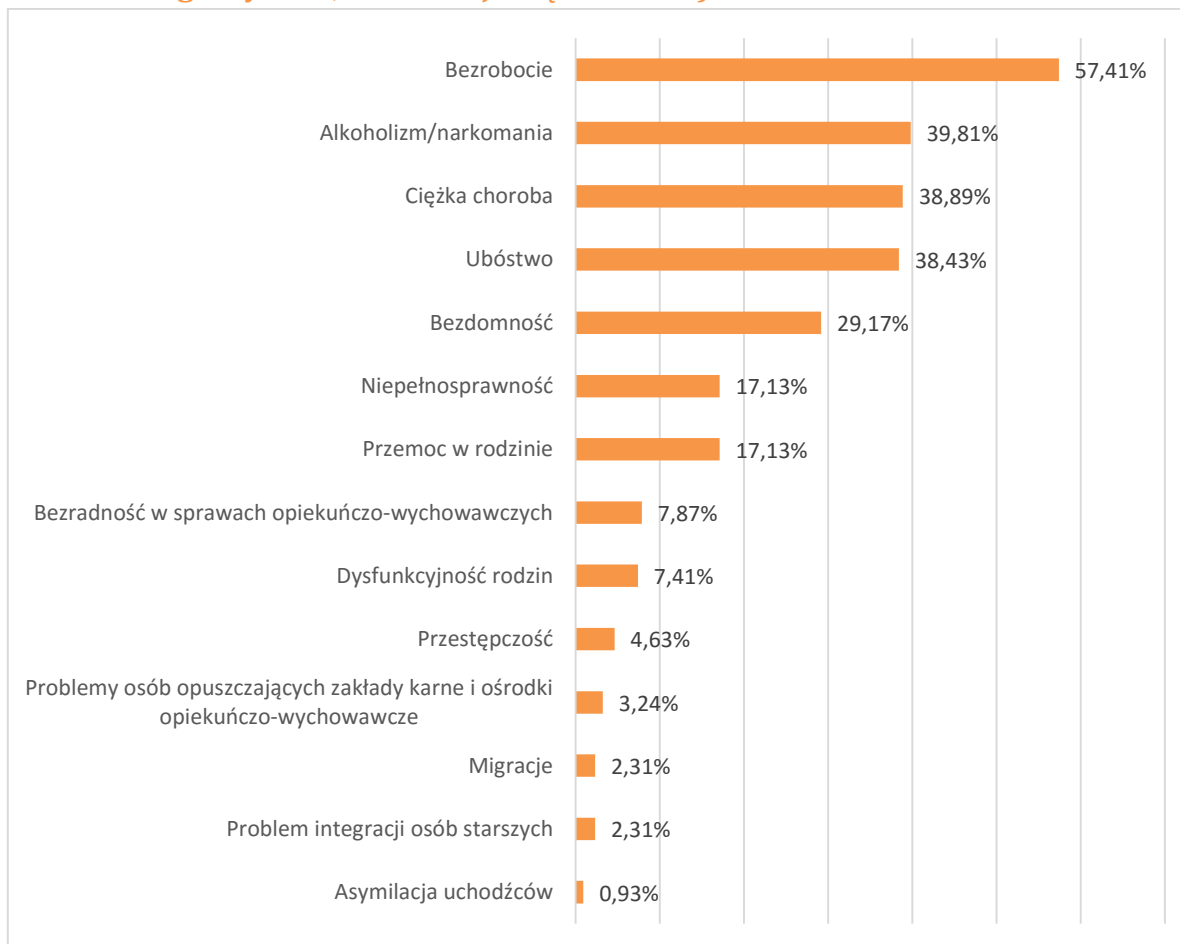
Wykres 3. Jak ocenia Pani/Pan działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ze względu na pewien odsetek (9,66%) badanych negatywnie oceniających działania z zakresu pomocy społecznej na terenie powiatu niskońskiego zasadnym było zapytanie o problemy, które w najmniejszym stopniu są rozwiązywane. Ponad 57% mieszkańców uważała, że należy dokonać istotnych zmian w zakresie wsparcia osób pozostających bez pracy. 39,81% badanych za nierozwiązany problem uważała uzależnienia (alkoholizm, narkomanię). Znaczna grupa badanych przyznała, że większą opieką społeczną powinny zostać objęte osoby ciężko chore (38,89%), ubogie (38,43%) i bezdomne (29,17%). Po 17,13% respondentów za problem, nad którym należy się zastanowić uznało niepełnosprawność i przemoc w rodzinie. Rzadziej niż co dziesiąte wskazanie obejmowało następujące obszary: bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego (7,87%), dysfunkcyjność rodzin (7,41%), przestępczość (4,63%), problemy osób opuszczających zakłady karne i ośrodki opiekuńczo-wychowawcze (3,24%), migracje i problem integracji osób starszych (po 2,31%) oraz asymilacja uchodźców (0,93%).

Wykres 4. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowolająca? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Respondentów poproszono o wskazanie, które instytucje mogą przyczynić się do zniwelowania problemu jakim jest wykluczenie społeczne. Wśród najczęściej wskazywanych znalazły się: Ośrodki Pomocy Społecznej, Urzędy Gminy, szkoły, Policja, placówki wsparcia dziennego, Centra Integracji Społecznej, organizacje pozarządowe, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Kościół oraz ośrodki kultury.

Na terenie poszczególnych gmin działają placówki realizujące działania polegające na wspieraniu osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Mieszkańców poproszono o ocenę ich dostępności (tabela 1).



Tabela 1. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy (1 -bardzo zły, 5 bardzo dobry)

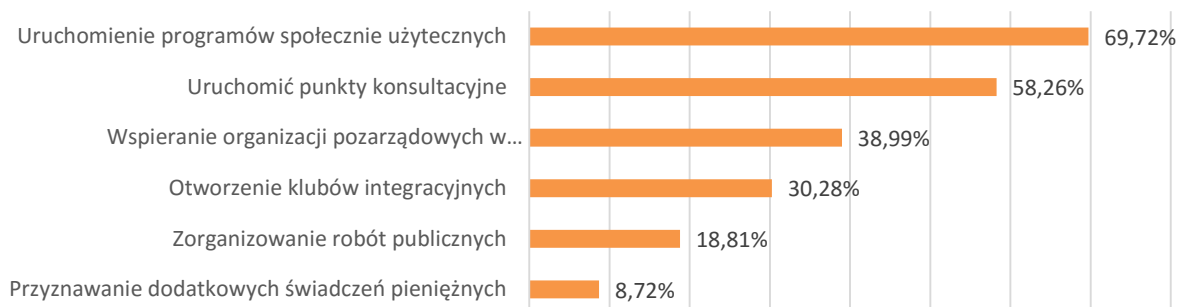
	1	2	3	4	5	Trudno powiedzieć
Placówki opiekuńczo - wychowawcze	6,16%	17,06%	28,91%	6,64%	1,42%	39,81%
Placówki kulturalne	3,70%	6,02%	37,50%	29,63%	14,35%	8,80%
Obiekty sportowo - rekreacyjne	3,33%	4,76%	31,90%	32,38%	16,67%	10,95%
Placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży	7,14%	12,38%	25,71%	10,48%	3,33%	40,95%
Placówki służby zdrowia	8,13%	21,53%	43,54%	11,48%	6,70%	8,61%
Placówki rehabilitacyjne	25,24%	24,76%	20,48%	1,43%	1,90%	26,19%
Wyspecjalizowane placówki opieki psychiatrycznej	23,44%	17,22%	9,57%	1,91%	1,44%	46,41%
Placówki wspierające wychodzenie z uzależnień	15,87%	10,10%	13,94%	11,54%	0,48%	48,08%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Największa grupa mieszkańców powiatu mikołowskiego dostęp do placówek opiekuńczo-wychowawczych oceniła jako średni (28,91%), nieco mniej oceniła go jak raczej zły (17,06%). Znacznie rzadziej wskazano na raczej dobry (6,64%), bardzo zły (6,16%) i bardzo dobry (1,42%) dostęp. Prawie 40% respondentów nie potrafiło wskazać jednoznacznej odpowiedzi. Więcej pozytywnych ocen dotyczyło placówek kulturalnych – 37,50% wskazań na dostęp średni, 29,63% raczej dobry, 14,35% bardzo doby, 6,02% zły i 3,70% bardzo zły, zaś 8,80% badanych nie potrafiło wypowiedzieć się w tym aspekcie. Jeżeli chodzi o obiekty sportowo-rekreacyjne to również ocenione zostały dość dobrze – 32,38% wskazań na dostępność raczej dobrą, 31,90% na średnią i 16,67% na bardzo dobrą. Mieszkańcy powiatu mikołowskiego stwierdzili również, że mają średni dostęp do placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży (25,71% wskazań) oraz do placówek służby zdrowia (43,54%). Najwięcej negatywnych ocen otrzymały placówki rehabilitacyjne (25,24%), wyspecjalizowane placówki opieki psychiatrycznej (23,44%) oraz placówki wspierające wychodzenie z uzależnień (15,87%).

Wg mieszkańców powiatu mikołowskiego, którzy brali udział w badaniu władze samorządowe powinny podejmować działania mające na celu ograniczenie wykluczenia społecznego. Wśród najczęściej wymienianych przedsięwzięć wartych zrealizowania były uruchomienie programów społecznie użytecznych (69,72%) oraz uruchomienie punktów konsultacyjnych (58,26%). Mniej niż połowa badanych wskazywała również na wspieranie organizacji pozarządowych w ich działaniach (38,99%), potrzebę otwarcia klubów integracyjnych (30,28%), zorganizowanie robót publicznych (18,81%) oraz przyznawanie dodatkowych świadczeń pieniężnych (8,72%).

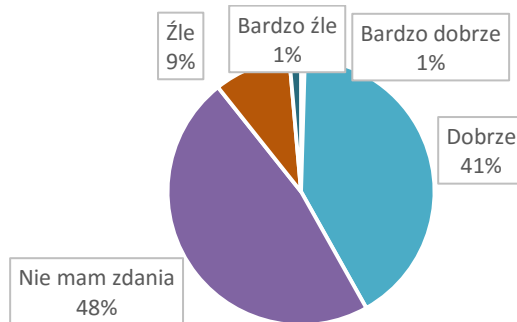
Wykres 5. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego. Pytanie wielokrotnego wyboru (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mieszkańcy powiatu mikołowskiego pozytywnie ocenili działania profilaktyczne w zakresie rozwiązywania problemu wykluczenia społecznego. 41,40% ankietowanych udzieliło bowiem odpowiedzi „dobrze”, a 0,47% „bardzo dobrze”. Negatywnych odpowiedzi było natomiast znacznie mniej – 9,30% „źle”, 1,40% „bardzo źle”. Prawie połowa uczestników badania (47,44%) nie potrafiła jednoznacznie wypowiedzieć się w tej kwestii.

Wykres 6. Jak Pani/Pan ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ankietowanych poproszono o odpowiedź na pytanie, czy oni bądź osoby z ich najbliższego otoczenia doświadczyły wymienionych problemów społecznych. Najwięcej wskazań „tak” dotyczyło następujących obszarów: długotrwałe bezrobocie (19,62%), dostęp do placówek ochrony zdrowia (18,45%), problemy mieszkaniowe (13,66%) oraz migracja (12,38%). Są to kwestie, na rozwiązanie których trzeba będzie położyć największy nacisk.



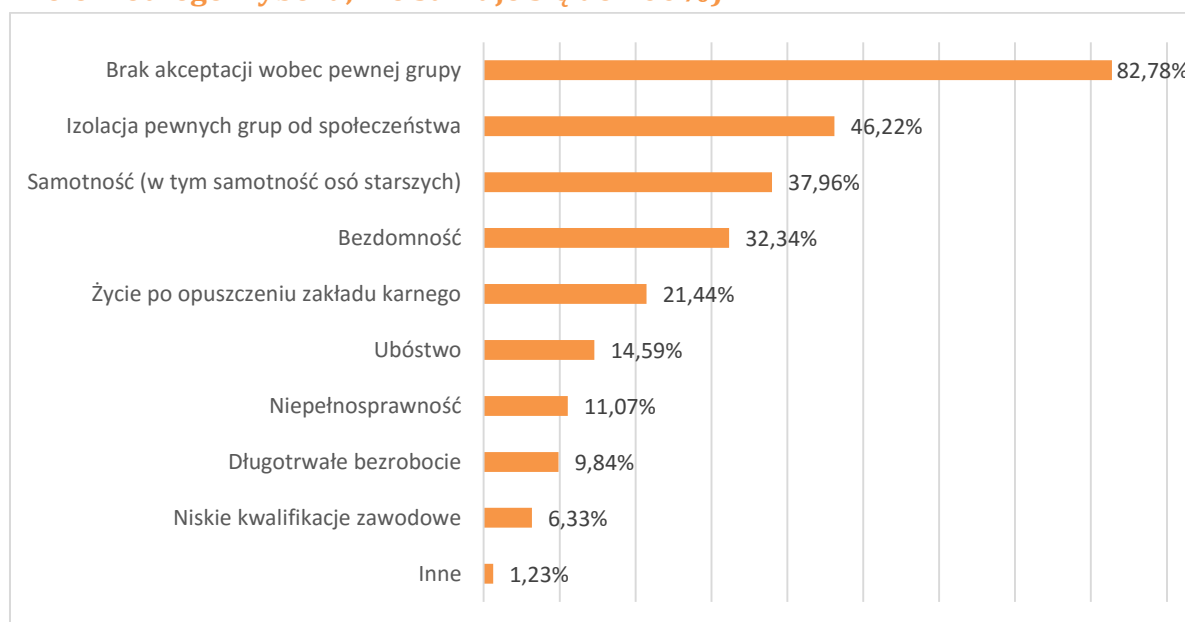
Tabela 2. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w zakresie:

	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Długotrwałego bezrobocia	19,62%	75,12%	5,26%
Bezdomności	5,42%	90,15%	4,43%
Ubóstwa	8,78%	81,46%	9,76%
Migracji	12,38%	65,35%	22,28%
Problemów mieszkaniowych	13,66%	68,78%	17,56%
Przemocy w rodzinie	7,80%	66,83%	25,37%
Sieroctwa	2,48%	43,56%	53,96%
Integracji osób niepełnosprawnych	7,35%	52,94%	39,71%
Dostępu do placówek ochrony zdrowia	18,45%	67,96%	13,59%
Przystosowania do życia osób powracających z zakładów karnych	3,41%	45,37%	51,22%
Przystosowania do życia osób powracających z ośrodków opiekuńczo - wychowawczych	3,41%	44,39%	52,20%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W związku ze złożonością problemu wykluczenia społecznego, przeprowadzono również badanie ankietowe z uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (1102 osoby) na temat analizowanego problemu. Osoby uczestniczące w badaniu pytano o zjawisko wykluczenia społecznego, jego przyczyny oraz stopień występowania w najbliższym otoczeniu.

Wykres 7. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)

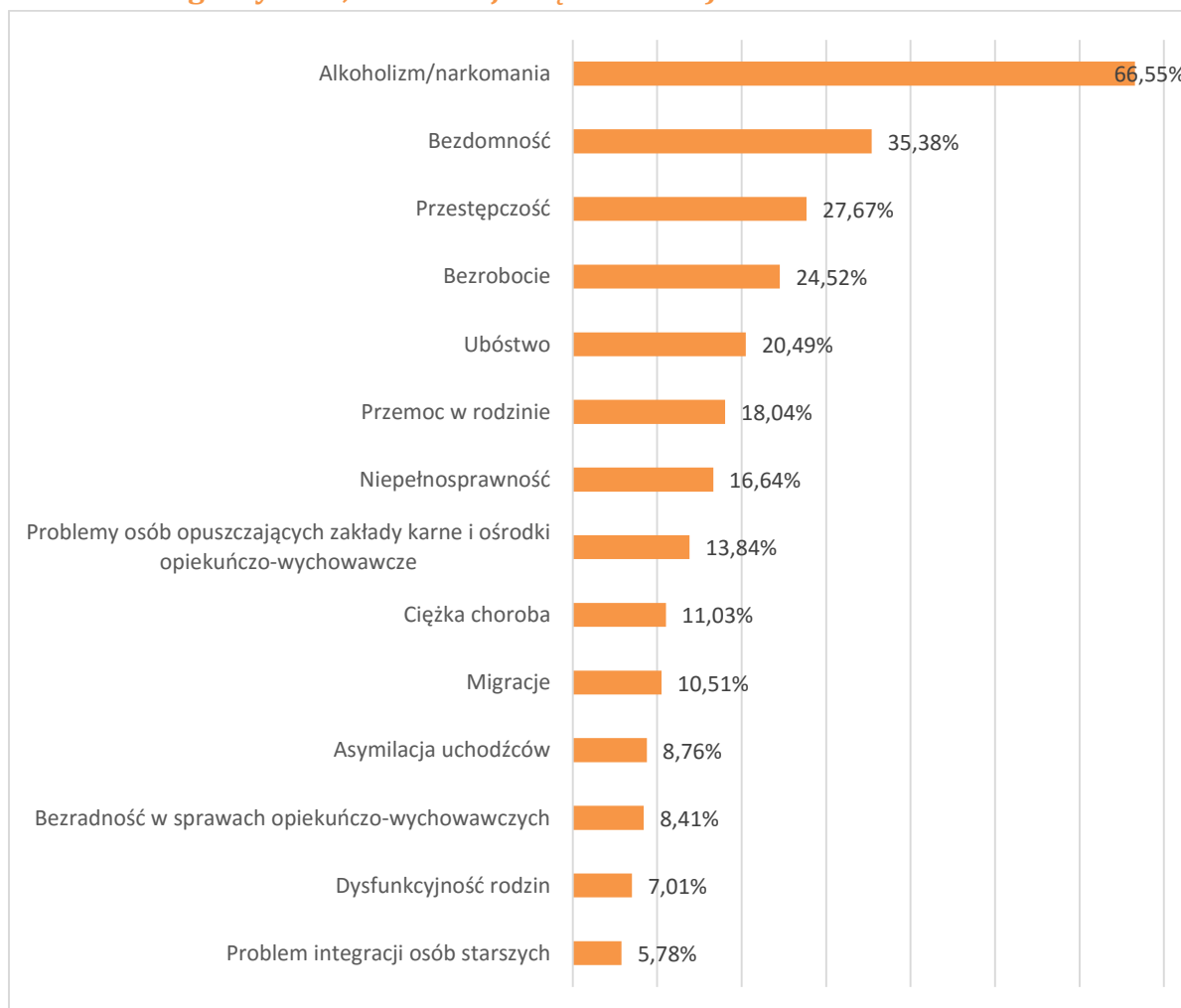


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Również uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zapytano o zdefiniowanie pojęcia „wykluczenie społeczne”. Jak się okazuje, ponad 80% wskazań dotyczy odpowiedzi „brak akceptacji wobec pewnej grupy”. Równie często wskazywano na odpowiedź „izolacja pewnych grup od społeczeństwa” (46,22%). Blisko 2/5 wskazań uczniów dotyczyło także samotności, w tym samotności osób starszych. Pozostałe odpowiedzi przedstawiały się następująco: 32,34% bezdomność, 21,44% życie po opuszczeniu zakładu karnego, 14,59% ubóstwo, 11,07% niepełnosprawność. Takie odpowiedzi jak długotrwałe bezrobocie i niskie kwalifikacje posiadały mniej niż 10% wszystkich wskazań. Wśród odpowiedzi „inne” uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wskazywali na patologię, nieprzystosowanie do życia w społeczeństwie, mieszkanie na wsiach oraz nieakceptowanie innych przekonań.

Wykres 8. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)

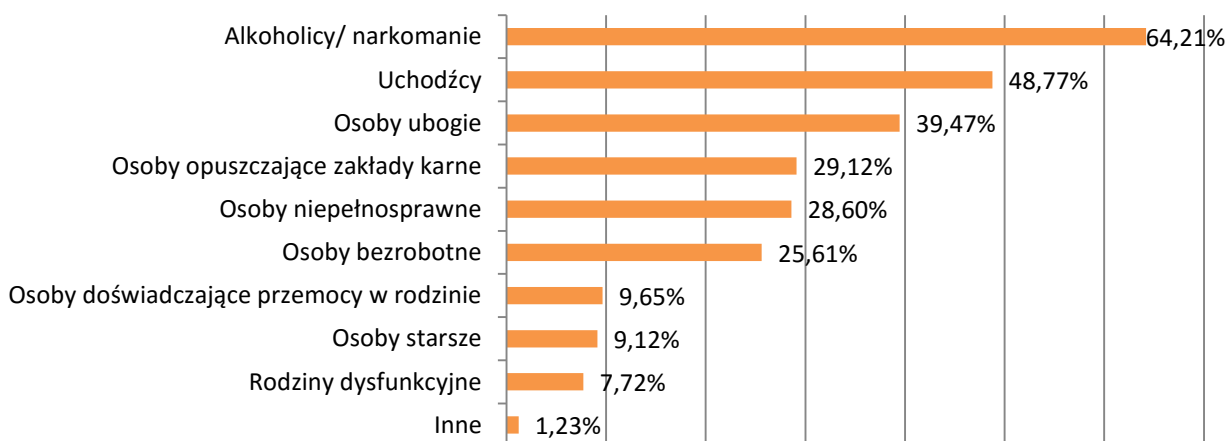


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Osoby uczestniczące w badaniu najczęściej wskazywali, że to problemy z alkoholem i narkotykami mogą powodować wykluczenie społeczne (66,55%). Niewiele ponad 1/3 wszystkich odpowiedzi dotyczyła problemu bezdomności. Równie często wskazywano na przestępczość (27,67%), bezrobocie (24,52%), oraz ubóstwo (20,49%). Blisko 1/5 wszystkich uczniów wskazała także na przemoc w rodzinie, jako problemie, który może pogłębiać wykluczenie społeczne na danej grupie osób. W przypadku niepełnosprawności, 16,64% twierdzi, że takie osoby również mogą być narażone na analizowany problem. Wśród odpowiedzi inne pojawiały się również takie problemy jak: brak pieniędzy, orientacja seksualna, odmienne zachowanie oraz depresja. Taki podział wszystkich odpowiedzi pokazuje złożoność problemu związanego z wykluczeniem społecznym.

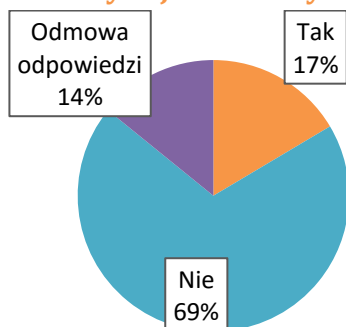
Wykres 9. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W powiązaniu z poprzednim pytaniem, uczniowie mieli zastanowić się nad grupami społecznymi, które są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne. Jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań, blisko 65% wszystkich wskazań dotyczyło grupy alkoholików oraz narkomanów. Uczniowie zdają sobie sprawę także z problemu uchodźstwa, ponieważ blisko 50% wskazań dotyczyła właśnie tej grupy społecznej. 39,47% uczniów odpowiedziało także, że osoby ubogie mogą być wykluczone przez społeczeństwo. Równie często uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wskazywali na osoby niepełnosprawne (28,60%) oraz osoby bezrobotne (25,61%). W przypadku osób doświadczających przemocy w rodzinie, osób starszych i rodzin dysfunkcyjnych, mniej niż 10% respondentów zauważyło ich związek z pojęciem wykluczenia społecznego. Osoby uczestniczące w badaniu wskazały także na osoby bezdomne oraz o innej orientacji seksualnej.

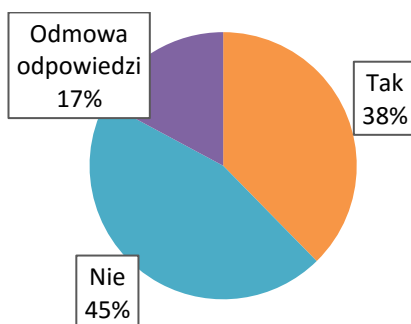
Wykres 10. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Blisko 70% uczniów nie doświadczyło zjawiska społecznego. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku 14,16% respondentów odmówiono odpowiedzi na to pytanie. Oznacza to, że aż 16,46% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych doświadczyło w swoim życiu zjawiska wykluczenia społecznego.

Wykres 11. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego?

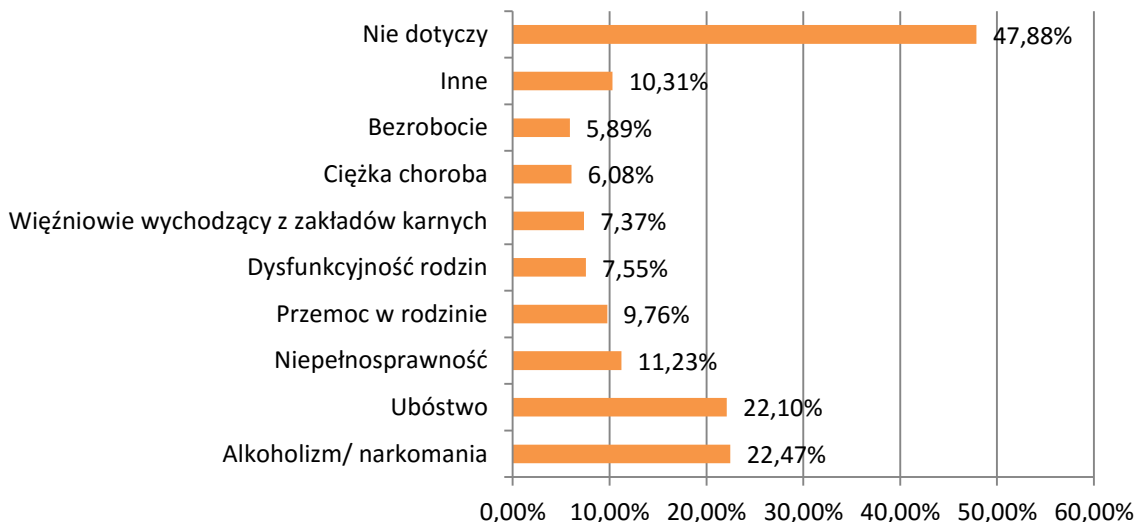


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zupełnie inaczej przedstawia się rozkład odpowiedzi w przypadku kolejnego pytania. Ponad 1/3 respondentów twierdzi, że ktoś w ich otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego. 17,16% uczniów odmówiło odpowiedzi na tak zadane pytanie.



Wykres 12. z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W kolejnej części respondenci odpowiadali na pytanie o powody, z jakich doświadczyli (lub ktoś z ich otoczenia) zjawiska wykluczenia społecznego. Blisko 50% uczniów nie odpowiedziało na to pytanie ze względu na wcześniejsze wskazania, że taki problem nie dotyczy ich rodzin, ani otoczenia w którym się znajdują. W przypadku pozostałych osób, 22,47% wskazań dotyczyło alkoholizmu i narkomanii, a 22,10% ubóstwa konkretnej grupy społecznej. Wśród odpowiedzi inne najczęściej pojawiały się takie powody jak: bezrobocie, problemy psychiczne, inny kolor skóry oraz odmienność religijna.



2. Identyfikacja problemów

Problem	Opis
Większa liczba bezrobotnych kobiet niż mężczyzn	Na dzień 31 lipca 2015 roku we wszystkich gminach powiatu mikołowskiego większą grupę bezrobotnych osób stanowiły kobiety – od 53,25% w Gminie Mikołów do 67,74% w Gminie Ornontowice.
Duże bezrobocie wśród osób z wykształceniem zawodowym i poniżej	Na koniec drugiego kwartału 2015 roku największą grupą bezrobotnych były osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (35%), następnie policealnym i średnim zawodowym (22%) oraz gimnazjalnym i poniżej (18%).
Największe bezrobocie wśród osób z grupy wiekowej 25-34	W drugim kwartale 2015 roku największą grupę bezrobotnych (27%) stanowiły osoby, które ukończyły 25. rok życia i nie były starsze niż 34 lata. Jest to zjawisko niepokojące ze względu na fakt, iż dla osób w takim wieku zazwyczaj jest bardzo dużo ofert pracy.
Zwiększenie liczby interwencji policji w związku z przemocą w rodzinie	Od 2010 do 2014 roku na terenie powiatu mikołowskiego systematycznie rosła liczba interwencji Policji w związku z przemocą w rodzinie, w tym interwencji domowych. Może to z jednej strony świadczyć o szerzeniu się tego rodzaju patologii w mikołowskich rodzinach, lecz z drugiej strony świadczyć może o wzroście odpowiedzialności społecznej. Niemniej, zwiększająca się liczba interwencji nie jest zjawiskiem pozytywnym.
Wzrost liczby wydanych „Niebieskich Kart”	W latach 2012-2014 wzrosła liczba sporządzonych „Niebieskich Kart” – z 85 do 150. Stanowi to kolejne potwierdzenie zjawiska przemocy domowej wśród mieszkańców powiatu mikołowskiego.
Kradzieże oraz kradzieże z włamaniem jako najpopularniejsze przestępstwa w powiecie mikołowskim	W latach 2011-2014 największą grupę przestępstw kryminalnych w pierwszej kolejności stanowiły kradzieże, zaś w drugiej kradzieże z włamaniem.
Zjawisko przestępczości wśród osób nieletnich	W 2014 roku nieletnie osoby z powiatu mikołowskiego popełniły 321 czynów karalnych, w tym 213 o charakterze kryminalnym.
Spadek wykrywalności przestępstw na terenie powiatu mikołowskiego	W 2014 roku wykrywalność przestępstw o charakterze kryminalnym wynosiła 52,20%. Jednocześnie od 2012 roku spada.
Zmniejszająca się liczba łóżek w szpitalach ogólnych powiatu mikołowskiego	W latach 2010-2014 stopniowo zmniejszała się liczba łóżek w szpitalach ogólnych – z 389 do 338.
Choroby układu krążenia i nowotwory jako najczęstsze przyczyny zgonów	W 2014 roku najczęściej osób z powiatu mikołowskiego zmarło na skutek chorób układu krążenia lub nowotworów.
Seniorzy jako najbardziej liczna grupa osób niepełnosprawnych	Wg NSP 2011 prawie połowa osób niepełnosprawnych z powiatu mikołowskiego była w wieku poprodukcyjnym.
Zwiększanie się liczby gospodarstw domowych	Od 2011 roku rosła liczba gospodarstw



Problem	Opis
korzystających z pomocy społecznej z tytułu ubóstwa	domowych pobierających świadczenia społeczne – z 1645 w roku 2011 do 1770 w roku 2014.
Znaczny wzrost kwot dodatków mieszkaniowych wypłaconych mieszkańcom powiatu mikołowskiego	W latach 2010-2014 znacząco wzrosły kwoty dodatków mieszkaniowych wypłaconych mieszkańcom powiatu mikołowskiego – z 2 035 189 zł w roku 2010 do 2 274 717 zł w roku 2014.
Postępowania eksmisyjne w 2013 roku	W 2013 roku toczono 24 postępowania eksmisyjne, ponadto sąd orzekł 12 eksmisji, a wykonanych zostało 14.
Zadłużenie mieszkań w powiecie mikołowskim	W 2013 roku 1266 mieszkań w powiecie mikołowskim było przynajmniej częściowo zadłużonych.
Osoby w wieku poprodukcyjnym korzystające ze wsparcia z pomocy społecznej	W okresie 2010-2014 stopniowo wzrastała liczba osób w wieku poprodukcyjnym korzystających z pomocy społecznej – z 366 do 399.

Źródło: Opracowanie własne.



3. Misja i wizja

Sformułowana w ramach Podstrategii wizja jest pewną projekcją przyszłości, do jakiej dąży samorząd i społeczność lokalna. Opisuje pożądaný stan docelowy w perspektywie najbliższych kilkunastu lat, biorąc pod uwagę kontekst możliwości ekonomicznych i społecznych w powiecie mikołowskim.

Misja jest krótkim, syntetycznym określeniem docelowego kierunku rozwoju ze sprecyzowaniem nadrzędnych wartości, które będą przestrzegane. Misja zapowiada ogólny trend rozwojowy, zgodny z oczekiwaniami wszystkich zainteresowanych podmiotów.

WIZJA: Powiat mikołowski jako obszar o wysokim poziomie integracji społeczności lokalnej oraz wspierający osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczone

Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem, które dotknąć może nie tylko osoby z konkretnych grup społecznych wskazanych na etapie diagnozy, ale w rzeczywistości każdego człowieka. Najważniejsze w tym aspekcie jest to, aby nie ignorować tego typu zjawiska, lecz wspierać osoby, które potencjalnie mogą zostać wykluczone z życia społecznego. Dlatego też **MISJĄ** powiatu mikołowskiego będzie **pomaganie mieszkańcom, którzy w wyniku pewnych okoliczności zagrożeni będą wykluczeniem społecznym. Wspomniane wsparcie nie będzie ograniczać się jednak wyłącznie do przekazywania środków pieniężnych przysługujących ustawowo na poziomie krajowym, gdyż działanie takie może potęgować zjawisko wyuczzonej bezradności. Dużo większy nacisk położony zostanie więc na aktywizację osób zagrożonych i wykluczonych społecznie, w wyniku czego nastąpi poprawa jakości ich życia**



4. Cele strategiczne

Cele strategiczne wskazują główne obszary, w ramach których należy skoncentrować podejmowane działania, w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego. W przypadku niniejszej Podstrategii wyodrębnione został jeden cel strategiczny.

1. Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.

Sformułowany na potrzeby Podstrategii cel strategiczny bezpośrednio związany jest z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym. Określenie oraz wyodrębnienie grup szczególnego ryzyka pozwoliło na zaplanowanie szeregu działań i rozwiązań, które umożliwią niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego.

Cel strategiczny oraz cele operacyjne zostały opracowane na podstawie analizy i diagnozy potrzeb oraz problemów mieszkańców. Rozpoznanie potrzeb oraz zapotrzebowania mieszkańców powiatu mikołowskiego przeprowadzone zostało wieloetapowo: w pierwszej kolejności analiza sytuacji zastanej problemów społecznych powiatu pozwoliła na wykreowanie obrazu sytuacji wykluczenia społecznego mieszkańców. Natomiast przeprowadzone w dalszej kolejności badania oraz konsultacje społeczne poza wyszczególnieniem najdotkliwszych z punktu widzenia mieszkańców powiatu problemów, pozwoliły na określenie instrukcji oraz możliwości ich niwelowania lub kompleksowego rozwiązywania. Sugestie oraz informacje przekazane przez mieszkańców poszczególnych gmin powiatu mikołowskiego wraz z przeprowadzoną wcześniej analizą danych zastanych umożliwiły wypracowanie celu strategicznego oraz wyodrębnienie celów operacyjnych wraz z zadaniami, które umożliwią efektywną realizację celu głównego.



5. Cele operacyjne i proponowane kierunki rozwoju

Poniższe zestawienie zawiera cele operacyjne przyporządkowane wcześniej wyszczególnionym celom strategicznym.

Cel strategiczny	Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.
Cele operacyjne	1. Wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
	2. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
	3. Reintegracja osób bezrobotnych
	4. Wspieranie rodzin borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi oraz rodzin wielodzietnych, a także pieczy zastępczej
	5. Wspieranie osób dotkniętych przemocą domową
	6. Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
	7. Rozwój komunikacji publicznej dopasowanej do potrzeb ww. grup

Wskaźnikami osiągnięcia celów strategicznych będą wynikające z nich cele operacyjne. Ich podział zaprezentowany został w kolejnym podrozdziale.



5.1. Potrzeby inwestycyjne

Cel operacyjny 1.	Wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Działania profilaktyczne związane z bezdomnością: stała diagnoza problemu, przeciwdziałanie w sytuacjach zagrożenia bezdomnością, kampania informacyjna skierowana do społeczności lokalnej.
2	Monitoring miejsc niemieszkalnych, streetworking.
3	Zaspokojenie podstawowych potrzeb w oparciu o wystandaryzowany system usług oraz motywowanie osób bezdomnych do zmiany.
4	Reintegracja zawodowa i społeczna oparta o aktywne formy pracy.
5	Wsparcie wychodzenia z bezdomności poprzez: asystowanie osobie bezdomnej, system mieszkalnictwa objętego monitoringiem, stałe podnoszenie umiejętności społeczno-zawodowych osoby bezdomnej w procesie usamodzielniania

Cel operacyjny 2.	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Promowanie rozwiązań zwiększających motywację najstarszych mieszkańców do aktywności fizycznej oraz wybierania zachowań



Cel operacyjny 2.	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych
	prozdrowotnych oraz promowanie aktywności zawodowej seniorów.
2	Wspieranie rozwoju profesjonalnej kadry zajmującej się opieką nad osobami starszymi.
3	Organizacja kursów i szkoleń umożliwiających osobom niepełnosprawnym podniesienie lub zmianę kwalifikacji niezbędnych na lokalnym rynku pracy.
4	Prowadzenie pracy socjalnej z seniorami i osobami niepełnosprawnymi
5	Realizacja działań mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu osób starszych.
6	Poprawa dostępności osób niepełnosprawnych do edukacji i informacji.
7	Subsydiowanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych i organizowanie praktyk zawodowych przygotowujących ich do podjęcia zatrudnienia.
8	Rozwój środowiskowych form pomocy i samopomocy osób starszych i niepełnosprawnych.
9	Organizowanie staży zawodowych dla osób starszych w celu ich adaptacji do nowego miejsca zatrudnienia.

Cel operacyjny 3.	Reintegracja osób bezrobotnych
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Dostosowanie form kształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na promocję kształcenia zawodowego
2	Podejmowanie przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych na przeciwdziałanie zjawisku „dziedziczenia bezrobocia”
3	Zwiększenie efektywności działań zmierzających do aktywizacji



Cel operacyjny 3.	Reintegracja osób bezrobotnych
	zawodowej osób bezrobotnych realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy
4	Współpraca OPS, PUP i NGO na rzecz osób pozostających bez pracy i pozbawionych prawa do zasiłku oraz synchronizowanie programów socjalnych dla osób bezrobotnych i ich rodzin z projektami podejmowanymi na lokalnym rynku pracy
5	Promowanie poszczególnych gmin i powiatu zarówno na rynku międzyregionalnym, jak również na arenie międzynarodowej jako miejsca przyjaznego dla inwestorów

Cel operacyjny 4.	Wspieranie rodzin borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi oraz rodzin wielodzietnych, a także pieczy zastępczej
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Realizacja działań ukierunkowanych na m.in.: zwiększanie poziomu odpowiedzialności rodziców za wychowanie dzieci, podnoszenie kompetencji wychowawczych rodziców oraz przeciwdziałanie agresji, przestępczości i demoralizacji
2	Wspieranie funkcjonowania placówek wsparcia dziennego i inicjowanie tworzenia nowych tego typu podmiotów
3	Promowanie działań pomocowych dla rodzin wielodzietnych
4	Wsparcie rodzinnych form pieczy zastępczej, obejmujące budowanie sieci wsparcia, grup wsparcia, grup samopomocowych oraz poradnictwa



Cel operacyjny 5.	Wspieranie osób dotkniętych przemocą domową
<p>Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.</p>	
Działania	
1	Regularne aktualizowanie zintegrowanej bazy informacyjnej o organizacjach, instytucjach i miejscach, w których ofiary przemocy domowej mogą uzyskać niezbędne wsparcie
2	Wspieranie realizacji przedsięwzięć o charakterze profilaktycznym mających na celu zapobieganie zjawisku przemocy domowej, włączając w to działania podejmowane w placówkach edukacyjnych
3	Organizacja szkoleń dla przedstawicieli lokalnych instytucji publicznych podejmujących tematykę przemocy domowej
4	Kampania społeczna/ edukacyjna na temat przeciwdziałania przemocy w rodzenie skierowana do uczniów szkół Powiatu Mikołowskiego.

Cel operacyjny 6.	Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
<p>Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.</p>	
Działania	
1	Usunięcie barier w urzędach i innych obiektach użyteczności publicznej
2	Stosowanie większej czcionki na rozkładach jazdy
3	Montaż sygnałów dźwiękowych przy sygnalizacji świetlnej na przejściach dla pieszych



Cel operacyjny 6.	Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
4	Tworzenie siłowni na świeżym powietrzu

Cel operacyjny 7.	Rozwój komunikacji publicznej dopasowanej do potrzeb ww. grup
Cel wynika z przyjętego celu strategicznego, bezpośrednio związanego z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów społecznych, które mogą skutkować wykluczeniem społecznym - Niwelowanie skutków potencjalnego wykluczenia społecznego z grup szczególnego ryzyka: osób niepełnosprawnych, starszych, ubogich, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, itp.	
Działania	
1	Zagęszczenie siatki połączeń komunikacji publicznej
2	Zwiększenie liczby autobusów niskopodłogowych
3	Montaż sygnałów dźwiękowych przy sygnalizacji świetlnej na przejściach dla pieszych
4	Opracowanie systemu „jednego biletu” umożliwiającego swobodne korzystanie z połączeń oferowanych przez różnych przewoźników działających na obszarze powiatu



5.2. Analiza SWOT

Jest to ocena silnych i słabych stron danego obszaru na tle szans i zagrożeń ze strony otoczenia zewnętrznego. Jej nazwa pochodzi od pierwszych liter rozpatrywanych grup czynników: strengths – silne strony, weaknesses - słabości, opportunities - szanse, threats – zagrożenia. Punkt wyjścia dla analizy stanowią atuty i słabości, które bada się w odniesieniu do szans. Analizie SWOT poddana została sytuacja całego powiatu mikołowskiego w odniesieniu do zjawiska wykluczenia społecznego.

Mocne Strony	Słabe Strony
<ul style="list-style-type: none">• Niski wskaźnik bezrobocia, w porównaniu do kraju i województwa, co wskazuje na odpowiednią politykę aktywizacji osób bezrobotnych ogółem• Niewielki odsetek bezrobotnych wśród osób z wykształceniem wyższym i policealnym, co pokazuje, że im wyższe wykształcenie tym mniejsze prawdopodobieństwo wykluczenia na rynku pracy• Niewielkie bezrobocie wśród osób z grupy wiekowej 55+, która w największym stopniu narażona jest na wykluczenie społeczne na rynku pracy• Stopniowe zmniejszenie się liczby rodzin otrzymujących zasiłki rodzinne na dzieci będące najprawdopodobniej skutkiem poprawy ich sytuacji materialnej• Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego, w których dzieci wychowujące się m.in. w rodzinach patologicznych mogą otrzymać wsparcie, którego nie otrzymują w domu rodzinnym• Mnogość placówek świadczących pomoc ofiarom przestępstw, a zwłaszcza ofiarom przemocy domowej• Funkcjonowanie samorządowego programu „Liczna rodzina” dla rodzin wielodzietnych zamieszkałych w Mikołowie, w ramach którego rodziny takie mogą korzystać z szeregu udogodnień• Wyraźny spadek liczby postępowań	<ul style="list-style-type: none">• Znacznie większa liczba kobiet zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy niż mężczyzn, co pokazuje, że są one zagrożone wykluczeniem na rynku pracy• Duża liczba osób bezrobotnych z wykształceniem zasadniczym zawodowym i poniżej, wskazująca na duże znaczenie poziomu wykształcenia• Znaczące bezrobocie wśród osób z kategorii wiekowej 25-34, których problem wykluczenia na rynku pracy nie powinien dotyczyć• Zwiększenie liczby interwencji policji w związku z przemocą w rodzinie, a więc i problemu szerzenia się tego typu zdarzeń patologicznych• Wzrost liczby wydanych „Niebieskich Kart” dla kobiet będących ofiarami przemocy w rodzinie• Przystępczość wśród osób nieletnich, w wyniku której mogą w przyszłości być zagrożeni zjawiskiem wykluczenia społecznego• Zmniejszająca się liczba łóżek w szpitalach ogólnych powiatu mikołowskiego, w których leczone są osoby chore, niepełnosprawne i starsze• Seniorzy jako najbardziej liczna grupa osób niepełnosprawnych• Zwiększanie się liczby gospodarstw domowych korzystających z pomocy społecznej z tytułu ubóstwa• Znaczny wzrost kwot dodatków



<p>przygotowawczych wszczętych na terenie powiatu mikołowskiego, wskazujący na wzrost wykrywalności przestępczości ogółem</p> <ul style="list-style-type: none">• Duża liczba przychodni na terenie powiatu, w których zwłaszcza osoby chore, niepełnosprawne i seniorzy mogą otrzymać konieczną pomoc medyczną• Funkcjonowanie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, w którym pobyt współfinansowany jest z NFZ• Funkcjonowanie Zakładów Aktywności Zawodowej oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej• Dominacja grupy wiekowej 30-34 w strukturze wiekowej powiatu demograficznego (czyli osób w wieku prokreacyjnym)• Dodatnie saldo migracji ogółem, co pokazuje, że powiat mikołowski jest postrzegany jako miejsce, w którym warto mieszkać• Mnogość NGO wspierających osoby zagrożone wykluczeniem społecznym• Efektywność podejmowanych działań (m.in. spada liczba osób z niskimi dochodami)• Odpowiednie zidentyfikowane środowisko, dzięki czemu pomoc trafia nie tylko do osób, które się po nią zgłaszają ale również i do innych potrzebujących• Szkoły integracyjne na terenie powiatu• Platforma wymiany informacji, z której korzystają trzy ośrodki pomocy społecznej	<p>mieszkaniowych wypłaconych mieszkańcom powiatu mikołowskiego, świadczący o pogarszaniu się statusu materialnego osób tam zamieszkujących</p> <ul style="list-style-type: none">• Konieczność prowadzenia postępowań eksmisyjnych wśród mieszkańców powiatu mikołowskiego• Przynajmniej częściowe zadłużenie mieszkań w powiecie mikołowskim, na skutek pogarszania się sytuacji materialnej ich właścicieli• Wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym korzystających ze wsparcia z pomocy społecznej• Brak dostatecznej bazy rehabilitacyjnej dla osób strasznych i niepełnosprawnych• Brak możliwości powstania noclegowni, schroniska, hostelu• Brak ośrodka dla osób doznających przemocy w rodzinie• Utrudniony dostęp do skorzystania z innych placówek pomocowych spowodowane ograniczeniami w komunikacji publicznej• Brak ośrodka dla uchodźców• Niewystarczająca liczba mieszkań socjalnych i komunalnych na terenie powiatu• Mała liczba lekarzy psychiatrów
<p>Szanse</p> <ul style="list-style-type: none">• Ogólnokrajowy spadek stopy bezrobocia, co oznacza wzrost zatrudnienia wśród Polaków ze wszystkich grup społecznych, również tych zagrożonych wykluczeniem społecznym• Pomoc społeczna określona na poziomie krajowym, przysługująca wszystkim osobom nieprzekraczającym określonego progu kwotowego• Świadczenia pieniężne dla rodzin zastępczych, stanowiące zachętę	<p>Zagrożenia</p> <ul style="list-style-type: none">• Zjawisko wyuczonej bezradności wśród osób najbiedniejszych, samotnych, dotkniętych patologiami• Niewystarczające środki finansowe na aktywizację osób zagrożonych i wykluczonych społecznie w budżetach samorządowych• Ograniczony potencjał kadrowy instytucji pomocy społecznej i podmiotów je wspierających• Niewystarczające zaangażowanie ze strony pracowników podmiotów opieki społecznej,



<p>i wsparcie dla osób decydujących się na opiekę nad dziećmi i młodzieżą osieroconą lub z rodzin patologicznych</p> <ul style="list-style-type: none">• Asystent przyznawany rodzinom, których dotyczy problem bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych• Procedura „Niebieskie Karty”, mająca na celu wsparcie ofiar przemocy domowej (również bez ich zgody)• Karta Dużej Rodziny dla wszystkich rodzin wielodzietnych w Polsce, bez względu na ich status majątkowy• Wzrost znaczenia NGO• Stałe doskonalenie i kształcenie zawodowe kadr socjalnych• Wprowadzenie do realizacji uzgodnionej społecznie strategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu na szczeblu krajowym (Narodowa Strategia Integracji Społecznej)• Nacisk w polityce państwa na wyrównywanie szans oraz na walkę z ubóstwem	<p>wynikające z nadmiaru ich obowiązków</p> <ul style="list-style-type: none">• Ograniczone możliwości lokalowe na terenie poszczególnych gmin• Nieefektywna polityka aktywizacji wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym• Odbieranie problemu wykluczenia społecznego jako domena wyłącznie placówek pomocy społecznej• Niska świadomość zagrożeń prowadzących do wykluczenia społecznego• Zwiększenie dysfunkcji rodzinnych• Tendencja do likwidacji schronisk, noclegowni• Brak ustawowych uregulowań w zakresie narkomanii i dopalaczy• Wykorzystywanie luk w prawie – nieuprawnione korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej
--	---

Źródło: opracowanie własne.



6. Plan operacyjny

6.1. Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców Powiatu Mikołowskiego

6.1.1. Krajowe i wojewódzkie akty prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce jest regulowana przez szereg aktów prawnych. Zostały one przedstawione poniżej:

- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm)
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 roku w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 roku w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 roku regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 roku w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym
- Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020 z 29 października 2013

6.1.2. Modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W Polsce funkcjonuje kilka różnych, acz komplementarnych modeli psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Głównymi formami ciągle tradycyjnego modelu opieki są jednak placówki ambulatoryjne oraz stacjonarne, obok których występują znacznie mniej liczne formy opieki pośredniej.



W wyniku przemian ostatniego dwudziestolecia obserwuje się rosnącą rolę niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w organizacji placówek udzielających świadczeń psychiatrycznych, przede wszystkim w formie ambulatoryjnej. Pozostałe rodzaje świadczeń (stacjonarne, dzienne i inne) nadal realizowane są głównie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Warto również zauważyć, że co raz częściej uwaga kierowana jest ku środowiskowemu modelowi psychiatrycznej opieki zdrowotnej – tj. zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej polega na⁴:

- utworzeniu sieci centrów (ośrodków) zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową (w tym szpitalną) opiekę dla mieszkańców (dorosłych oraz dzieci i młodzieży) określonego terytorium i przejęcie przez nią odpowiedzialności za zapewnienie i koordynację opieki:
 - struktura organizacyjna centrum jest dostosowana do lokalnych potrzeb zdrowotnych ludności
 - centrum zdrowia psychicznego zatrudnia wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, koordynujący całość opieki nad pacjentem
 - opieka szpitalna jest zapewniana głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.
- zmniejszeniu dużych szpitali psychiatrycznych i przekształceniu ich w placówki wyspecjalizowane
- zapewnieniu kadr o zróżnicowanych i wysokich kompetencjach
- dostosowaniu sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych
- zapewnienie współpracy i ciągłości opieki między różnymi resortami.

Poniżej przedstawiono wszystkie działające modele psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce⁵.

Poradnie zdrowia psychicznego są najbardziej powszechną formą opieki ambulatoryjnej i dostępną w prawie wszystkich powiatach (93%) kraju. Korzystanie ze świadczeń tych placówek jest ustawowo ułatwione i nie wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Według statystyk za 2011 rok do 1094 tego typu poradni, zgłosiło się łącznie 1 108,7 tys. osób, którym udzielono 4 359,6 tys. porad, głównie (84%) lekarskich, a 145,7 tys. objęto świadczeniami psychoterapeutycznymi.

⁴ Dr n med. Sławomir Murawiec, *Przegląd sytuacji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w Polsce – strategię, programy, siły, środki i słabe strony*, European Health Management Association

⁵ *Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce – wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*. Raport RPO, Warszawa 2014.



Warto zauważyć, że wciąż bardzo niewiele poradni specjalizuje się w ofercie świadczeń dla osób z wybranych grup rozpoznań, takich jak np. organiczne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia nerwicowe. Mimo dynamicznego rozwoju tej formy opieki, czego wyrazem jest ponad dwukrotny wzrost liczby poradni w porównaniu z rokiem 2000, zakres oferowanych w nich świadczeń jest niejednakowy. Połowa polskich poradni zdrowia psychicznego dysponuje rozbudowaną ofertą, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych, także sesje psychoterapii indywidualnej oraz rzadziej inne świadczenia. Pozostałe poradnie oferują usługi ograniczone tylko do podstawowego poradnictwa lekarsko-psychologicznego, bądź wyłącznie lekarskiego. Sytuacja ta dotyczy to ok. 30% poradni funkcjonujących w ograniczonym wymiarze czasu (1-3 dni tygodniowo), usytuowanych najczęściej w mniejszych miejscowościach.

Poradnie „pełnowymiarowe”, tj. czynne przez 5 dni w tygodniu i oferujące pełny zakres świadczeń, powinny stanowić załączek podstawowego wariantu Centrum Zdrowia Psychicznego, tj. połączonego z zespołem środowiskowym, realizującym opieką czynną wobec pacjentów z określonego obszaru i współpracującego z opieką dzienną i stacjonarną.

Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży są poradniami wyspecjalizowanymi, przewidzianymi dla osób, które nie ukończyły 18-tego roku życia. W 2011 roku funkcjonowało ich 175 w całej Polsce i obejmowały opieką nieco ponad 100 tys. osób, udzielając blisko pół miliona porad (468, 2 tys.).

W skali kraju, proporcje porad lekarskich oraz pozostałych (głównie psychologicznych) są w poradniach dla dzieci i młodzieży dość wyrównane, a nawet z niewielką przewagą porad nielekarskich.

Niedostateczną – w stosunku do potrzeb – liczbę tych poradni, powoduje utrzymujący się od lat niedobór lekarzy z wymaganą specjalizacją z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

Poradnie psychologiczne uzupełniają działalność poradni zdrowia psychicznego. Ich liczba w ostatnich kilku latach znacząco wzrosła. W porównaniu z rokiem 2004, w którym odnotowano działalność 24 poradni, w roku 2011 było ich już 268 i tylko, co piąta (20%) funkcjonowała w obrębie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ogółem poradnie psychologiczne udzieliły w 2011 r. ponad ćwierć mln porad, z których skorzystało prawie 50 tys. osób.

Zespoły leczenia środowiskowego są szczególnie ważną formą przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku.



Cechą wyróżniającą pracę zespołów są częste wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów oraz utrzymywanie kontaktów z pacjentami w innych formach zajęć (np.: kluby pacjentów).

W 2011 r. W całym kraju działało 68 takich zespołów, głównie w dużych ośrodkach miejskich, obejmując opieką rocznie 9,6 tys. osób. W bardziej dynamicznym rozwoju zespołów leczenia środowiskowego przeszkadzają zarówno bariery organizacyjno-finansowe, jak i kadrowe (niedostatek wyszkolonych terapeutów środowiskowych). Jest to tak ważne ogniwo środowiskowego modelu opieki, że brak istotnych zmian w tym zakresie może spowodować niepowodzenie całej reformy leczenia psychiatrycznego.

Oddziały dzienne stanowią bardzo ważną środowiskową formę opieki, zapewniającą pacjentom świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne przez 8-10 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, na ogół w miejscowości zamieszkania, a więc z zachowaniem więzi rodzinnych i społecznych. w 2011 roku w ponad 100 zakładach opieki funkcjonowały 173 oddziały psychiatryczne dla dorosłych z 3,9 tys. miejsc oraz 24 oddziały dla dzieci i młodzieży z 814 miejscami. Rocznie ze świadczeń tej formy korzysta ponad 20 tys. osób. Według przewidywań NPOZP liczba miejsc w oddziałach dziennych powinna w ciągu kilku lat wzrosnąć o kilka tysięcy.

Psychiatryczna opieka całodobowa. W 2011 roku psychiatryczna opieka całodobowa dysponowała ponad 24,6 tys. łóżek (poza 7,7 tys. – dla uzależnionych), z których ponad połowa (56 %) zlokalizowana była w oddziałach szpitali psychiatrycznych, a tylko 24% w oddziałach szpitali ogólnych. Pozostałe 20%, to łóżka o profilu opiekuńczym, często w obiektach dawnych dużych szpitali psychiatrycznych, z których zostały wydzielone organizacyjnie. W strukturze bazy łóżkowej ogólne oddziały psychiatryczne dominują (58%) nad opiekuńczymi (21%), psychiatrii sądowej (8%) i dziecięco-młodzieżowymi (4%).

Wyrównywanie dostępności psychiatrycznej opieki całodobowej przebiega od wielu lat dwutorowo, z jednej strony, poprzez powolny proces zmniejszania dużych szpitali, z drugiej – przez tworzenie oddziałów przy szpitalach ogólnych lub innych specjalistycznych.

Szpitala psychiatryczne. Obecny system opieki szpitalnej obciążony jest pozostałościami izolacyjnego modelu opieki psychiatrycznej, o nadmiernej koncentracji łóżek w szpitalach budowanych poza miastami, często w odległych, słabiej zaludnionych rejonach. Proces zmniejszania dużych szpitali odbywa się powoli od lat, głównie poprzez wyzbywanie się technicznie zużytych lub niewykorzystanych obiektów oraz poprawę warunków w obiektach wyremontowanych. W rezultacie w okresie ostatnich 20 lat liczba łóżek szpitalnych zmalała o ponad 17 tys., z czego ponad 5 tys. – po roku 1999.



Obecnie tylko dwa szpitale można uznać za bardzo duże, tj., liczące powyżej 800 łóżek, podczas gdy w roku 1990 było ich 10. W końcu 2011 roku funkcjonowały w kraju 52 szpitale psychiatryczne z 13 888 łóżek o profilu psychiatrycznym (oprócz ok. 3 tys. łóżek dla uzależnionych).

Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych. Jest to szczególnie promowana od lat forma opieki całodobowej, ponieważ funkcjonując w strukturach placówek niepsychiatrycznych, z jednej strony zmniejsza stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych, z drugiej – przybliża miejsce leczenia do miejsca zamieszkania. W 2011 roku w strukturze 96 szpitali innych niż psychiatryczne działało 139 oddziałów psychiatrycznych, o łącznej liczbie 5,9 tys. łóżek. Proces ich powstawania przebiega dość wolno, przyspieszając jedynie w latach wdrażania przez resort zdrowia specjalnych programów dofinansowujących takie zadania.

Hostele – to najmniej dostępna forma opieki, polegająca na prowadzeniu profilowanych programów psychoterapeutycznych rehabilitacyjnych w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania, pozwalających na przywrócenie umiejętności społecznych w warunkach codziennego funkcjonowania osobom z zaburzeniami psychicznymi niewymagającymi leczenia szpitalnego. W roku 2011 na terenie 7 województw zlokalizowanych było 19 hosteli, w większości dla osób uzależnionych, do których trafiło 649 osób.

Zakłady opiekuńczo – lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Są formą opieki, wyrosłą z jednej strony z dawnych domów pomocy społecznej, pozostawionych na początku transformacji w resorcie zdrowia, a z drugiej – z części dużych szpitali psychiatrycznych, z których wydzielono część obiektów wraz z pacjentami przewlekle hospitalizowanymi, którzy całkowicie utracili kontakt ze swoim środowiskiem. Łącznie z nowymi placówkami w 2011 roku było ich 52 z 4,8 tys. łóżek.

Wraz ze starzeniem się populacji, a więc także osób z zaburzeniami psychicznymi, należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na oddziały opiekuńcze o przyzwoitym standardzie dla osób, które nie utrzymają się samodzielnie w środowisku.



6.1.3. Diagnoza Obszaru Funkcjonalnego

Charakterystyka zdrowia psychicznego, obejmująca m.in. dane dotyczące stanu zdrowia oraz hospitalizacji i przebywania w specjalistycznych ośrodkach mieszkańców

Zdrowie psychiczne to termin wieloznaczny i bardzo ogólnikowy, co sprawia, że nie ma uniwersalnej definicji tego pojęcia. Co więcej, większość specjalistów uważa, że to, że u kogoś nie rozpoznano zaburzeń psychicznych nie jest równoznaczne z tym, że jest zdrowy psychicznie. Zdrowie psychiczne jest różnie definiowane przez poszczególne dziedziny nauki⁶:

- medycyna określa zdrowie psychiczne jako niewystępowanie objawów psychopatologicznych, homeostazę w procesach fizjologicznych, brak defektów w strukturze i funkcjach psychicznych;
- psychologia określa zdrowie psychiczne jako zdolność do twórczego rozwoju i samorealizacji, akceptację i poczucie własnej wartości i tożsamości, zdolność osiągania satysfakcji z życia, realistyczną percepcję rzeczywistości;
- socjologia określa zdrowie psychiczne jako zdolność przystosowania się jednostki do norm kulturowych i środowiska społecznego, uwewnętrzniania norm w przebiegu socjalizacji, umiejętności prawidłowej koegzystencji w grupie i właściwego funkcjonowania w rolach społecznych.

W Polsce obowiązuje Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, która określa, czym jest ochrona zdrowia psychicznego, a także kto i na jakich zasadach udziela tej ochrony. Ustawa określa też zasady przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, szczegółowo regulując zasady stosowania przymusu bezpośredniego, jak również zasady przyjmowania pacjenta psychiatrycznego na oddział bez jego zgody.

Zdrowie psychiczne odbija się na samopoczuciu i wyglądzie zewnętrznym. Równowagę wewnętrzną może zaburzyć długotrwały stres i silne przeżycia, np. żałoba po stracie bliskiej osoby. Do poważnych chorób psychicznych zalicza się: depresję, nerwicę, choroby lękowe i schizofrenię. Zaburzenia depresyjne należą do grupy chorób afektywnych, charakteryzują się obniżeniem nastroju i napędu psychoruchowego, lękiem oraz zaburzeniami snu. W stwierdzeniu epizodu depresyjnego ważny jest obraz kliniczny⁷.

⁶ <http://www.poradnikzdrowie.pl/szukaj/definicja%20zdrowia%20psychicznego>

⁷ <https://portal.abczdrowie.pl/zdrowie-psychiczne>



Tabela 3. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2012-2013

Zaburzenia psychiczne				
	2012		2013	
	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności
Śląskie				
Leczeni ogółem	147207	318,9	156749	340,8
w tym po raz pierwszy	31772	68,8	30983	67,3
Powiat mikołowski				
Leczeni ogółem	4751	499	4700	490,8
w tym po raz pierwszy	783	82,5	850	89

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Województwie Śląskim w 2012 roku w związku z zaburzeniami psychicznymi leczonych w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnych było 147 tys. pacjentów, w tym po raz pierwszy blisko 32 tys. W 2013 roku liczba pacjentów wzrosła o blisko 10 tys. pacjentów, z czego liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy spadła o blisko tysiąc osób. W Powiecie Mikołowskim leczonych w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2012 roku było blisko 5 tys. (4751) mieszkańców, w tym po raz pierwszy prawie 800 osób. W roku 2013 liczba osób leczonych ogółem spadła o 51 pacjentów, natomiast liczba leczonych po raz pierwszy wzrosła o 67 pacjentów.

Tabela 4. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2012-2013

Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu				
	2012		2013	
	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności
Śląskie				
Leczeni ogółem	23654	51,2	22176	48,2
w tym po raz pierwszy	8919	19,3	7814	17
Powiat mikołowski				
Leczeni ogółem	186	19,5	191	19,9
w tym po raz pierwszy	63	6,6	57	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl



W Województwie Śląskim liczba osób leczonych ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2012-2013 (Tabela 4.) spadła o ponad 1,5 tys. z 23 654 w 2012 roku do 22 176 w 2013 r. Spadła również liczba pacjentów leczonych po raz pierwszy (2012 – 8919; 2013 – 7814). Natomiast w Powiecie Mikołowskim liczba osób leczonych ambulatoryjnie w związku z używaniem alkoholu wzrosła z 186 w 2012 roku do 191 w 2013, z czego spadła liczba leczonych po raz pierwszy (z 63 na 57 pacjentów).

Tabela 5. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w latach 2012-2013

Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych				
	2012		2013	
	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności	Liczby bezwzględne	na 10 000 ludności
Śląskie				
Leczeni ogółem	3027	6,6	3223	7
w tym po raz pierwszy	1081	2,3	1244	2,7
Powiat mikołowski				
Leczeni ogółem	10	1,1	10	1
w tym po raz pierwszy	1	0,1	1	0,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Województwie Śląskim liczba osób leczonych ambulatoryjnie w związku z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych (Tabela 5.) w 2012 r. przekroczyła 3 tys. (3027 osób), z czego po raz pierwszy leczone było 1081 osób, natomiast w 2013 roku liczba pacjentów wzrosła o blisko 200 osób, z czego liczba leczonych po raz pierwszy również wzrosła o 200 osób. W Powiecie Mikołowskim liczba osób leczonych w związku z używaniem środków psychoaktywnych, w tym po raz pierwszy nie zmieniła się w latach 2012-2013 i wynosiła kolejno: 10 pacjentów, w tym 1 leczony po raz pierwszy.

Tabela 6. Szpitale i zakłady psychiatryczne

Wyszczególnienie	Ogółem	
	2012	2013
Powiat Mikołowski		
Oddziały psychiatryczne	1	1
Łóżka ogółem	40	40
Leczeni w ciągu roku	305	303
Osobodni leczenia w ciągu roku	11005	11396
Wskaźnik łóżek na 10 000 ludności	4,2	4,2



Wyszczególnienie	Ogółem	
	2012	2013
Województwo Śląskie		
Wskaźnik łóżek na 10 000 ludności	6,3	6,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie katowice.uw.gov.pl

W Powiecie Mikołowskim funkcjonuje jeden oddział psychiatryczny, działający w Orzeszu w ramach Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży SP ZOZ. Ośrodek jest specjalistyczną placówką medyczną zajmującą się kompleksową diagnozą i terapią pacjentów z wybranymi problemami emocjonalnymi. Ośrodek prowadzi stacjonarny Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży.

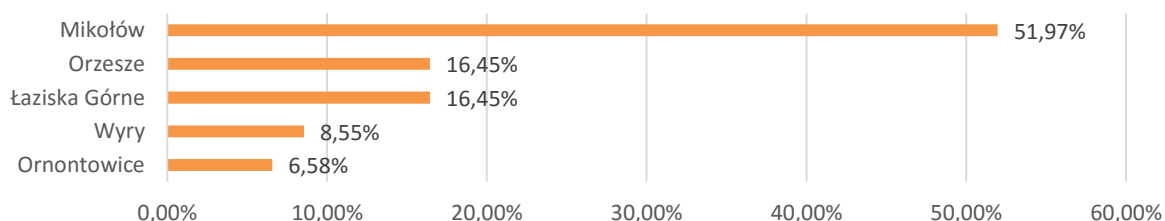
Na oddziale znajduje się 40 łóżek ogółem. W ciągu 2012 roku leczonych w oddziale psychiatrycznym leczonych było 305 pacjentów, których liczba osobodni leczenia wynosiła 11 005, natomiast w 2013 roku liczba osobodni leczenia 303 pacjentów wynosiła 11 396.

Aktywizacja zawodowa

Osoby z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy

Sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy w Powiecie Mikołowskim obrazują wyniki badania, które zostało przeprowadzone na próbie 158 przedsiębiorstw z terenu powiatu. Podczas badania zachowano proporcjonalny podział próby badawczej z uwzględnieniem lokalizacji, wielkości zatrudnienia i rozkładu branżowego badanych podmiotów.

Wykres 13. Rozkład próby badawczej (CATI - przedsiębiorstwa) w oparciu o miejsce prowadzenia działalności (w %, N= 158)



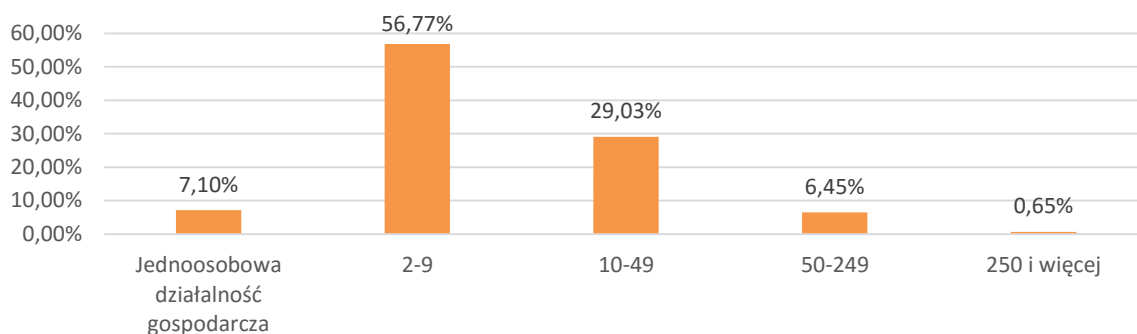
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zgodnie z liczbą przedsiębiorstw przypadającą na poszczególne gminy powiatu mikołowskiego, największy udział w próbie badawczej przypadł na podmioty zlokalizowane na terenie gminy Mikołów (blisko 52%). Drugie i trzecie miejsce



w zestawieniu przypada na gminy Orzesze i Łaziska Górne, których udział w próbie wyniósł po 16,45%. Czwarta pozycja przypadła gminie Wyry (8,55%), a najmniejszy udział przedsiębiorstw biorących udział w badaniu przypadł gminie Ornontowice (6,58%).

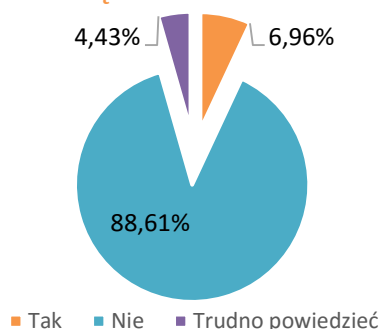
Wykres 14. Rozkład próby badawczej (CATI - przedsiębiorstwa) w oparciu o wielkość zatrudnienia (w %, N= 158)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zdecydowanie największy udział w próbie badawczej badania CATI z przedsiębiorcami przypadł na mikro i małe przedsiębiorstwa (blisko 64% ogółu badanych). z tego 7,10% stanowiły jednoosobowe działalności gospodarcze. Stosunkowo wysoki udział przypadł również na podmioty charakteryzujące się wielkością zatrudnienia na poziomie 10-49 pracowników (29,03%). Znacznie mniej (zgodnie z rzeczywistą strukturą zatrudnienia w regionie) respondentów przypadło na przedsiębiorstwa zatrudniające od 50 do 249 pracowników (6,45%). z kolei podmioty o zatrudnieniu od 250 pracowników wzwyż stanowiły 0,65% próby badawczej.

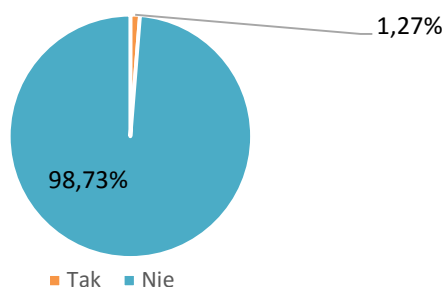
Wykres 15. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby niepełnosprawne?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tylko niecałe 7% badanych przedsiębiorstw (metoda CATI) zatrudnia obecnie osoby niepełnosprawne. Warto jednak zauważyć, iż wszyscy z tychże pracodawców są zadowoleni z wyników osiąganych przez zatrudnione osoby niepełnosprawne. Wśród pozostałych podmiotów (tzn. niezatrudniających tego typu osób) we większości przypadków nie przewiduje się ich zatrudnienia, głównie ze względu na specyfikę prowadzonej działalności.

Wykres 16. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby z zaburzeniami psychicznymi?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi prezentuje się zdecydowanie gorzej, niż w przypadku poprzednio analizowanej grupy osób. Tylko 1,27% badanych podmiotów potwierdziło zatrudnianie tej grupy pracowników (i potwierdzają zadowolenie z efektów ich pracy). W przypadku pozostałych przedsiębiorstw wszyscy badani stwierdzili, że ze względu na specyfikę działalności nie planują zatrudnienia tego typu pracowników.

6.1.4. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wraz z wytycznymi dotyczącymi opieki psychiatrycznej

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, jak również ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie prowadzone jest w formie: opieki ambulatoryjnej, stacjonarnej (szpitale), pośredniej (oddziały dzienne) i pozaszpitalnej⁸.

W poradni – pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne (dotyczy programu leczenia

⁸ PRZEWODNIK INFORMACYJNY. Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim



substytucyjnego), w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

W ośrodku dziennym – w trakcie leczenia pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki (w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze), wyżywienie, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjnokonsultacyjne dla rodzin. Transport sanitarny zabezpieczony zgodnie z odrębnymi przepisami.

W izbie przyjęć – przez całą dobę pacjent może skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie nagłym (także diagnostyczno-terapeutycznych). Pacjent ma zapewnione zabezpieczenie medyczne oraz transport, w przypadku konieczności kontynuowania leczenia specjalistycznego.

W szpitalu – podczas leczenia pacjent ma zapewnione bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki (w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi) i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia), działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin oraz inne świadczenia związane z pobytem. Transport sanitarny zabezpieczony zgodnie z odrębnymi przepisami. Skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

W poradni zdrowia psychicznego, także w poradni dla dzieci i młodzieży i innych poradniach wysokospecjalistycznych, (np. leczenia nerwic, seksuologii i patologii współżycia, dla osób z autyzmem dziecięcym) oraz w leczeniu środowiskowym (domowym):

- pacjent może skorzystać z diagnozy i porady lekarza psychiatry, porady i diagnozy psychologicznej, sesji psychoterapeutycznych,
- pacjent z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, schizofrenią lub afektywnymi zaburzeniami nastroju ma prawo do bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry, psychologa lub pielęgniarki,
- w uzasadnionych sytuacjach pacjent ma prawo do bezpłatnego transportu sanitarnego,
- za świadczenia udzielane na podstawie umowy zawartej z NFZ nie wolno pobierać od ubezpieczonego żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w przepisach odrębnych,



- świadczeniodawca wydaje skierowania na badania związane z leczeniem psychiatrycznym oraz pokrywa ich koszty.

W poradni leczenia uzależnień pacjent ma prawo do porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień. Leczenie pacjentów bez ich zgody odbywa się na podstawie skierowania gminnej komisji do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych lub postanowienia sądu.

Do lekarza psychiatry oraz poradni leczenia uzależnień nie jest wymagane skierowanie. Aby skorzystać z porady psychologa, jak również psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. psychiatry, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej).

Pacjenci kierowani są na leczenie stacjonarne przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, gabinety prywatne i na mocy postanowienia sądu⁹:

- skierowanie do szpitala psychiatrycznego oraz do psychiatrycznego zakładu opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego), wydaje lekarz po zbadaniu pacjenta,
- w ramach świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych, świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić pacjentowi bezpłatne, niezbędne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
- w trakcie hospitalizacji, świadczeniodawcę obowiązuje zakaz wystawiania ubezpieczonemu recept na leki, preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych,
- przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego, następuje za jej pisemną zgodą,
- przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego,
- leczenie psychiatryczne jest w całości finansowane przez NFZ.

W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć.

⁹ Ibidem.



Tabela 7. Lista świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień zapisanych w ofercie NFZ

Lp.	Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
1	Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
2	Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja).
3	Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (ewentualnie) ze wskazań życiowych.
4	Leczenie nerwic.
5	Leczenie środowiskowe (domowe).
6	Leczenie uzależnień.
7	Leczenie uzależnień stacjonarne.
8	Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych.
9	Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży.
10	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja).
11	Program leczenia substytucyjnego.
12	Świadczenia antynikotynowe.
13	Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych.
14	Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych.
15	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych.
16	Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży.
17	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu.
18	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
19	Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.
20	Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych.
21	Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.
22	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych.
23	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży.
24	Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie.
25	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych.
26	Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.
27	Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych.
28	Świadczenia psychologiczne.
29	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej.
30	Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
31	Świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza).
32	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
33	Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne.
34	Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.
35	Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy).
36	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia.
37	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.
38	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich.

Źródło: PRZEWODNIK INFORMACYJNY. Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim



Niestety nie wszystkie oferowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i instytucje systemu ochrony zdrowia usługi można zrealizować w Powiecie Mikołowskim, dlatego mieszkańcy Powiatu mogą udać się do jednostek znajdujących się w Województwie Śląskim¹⁰:

Tabela 8. Podmioty lecznicze realizujące świadczenia związane z opieką psychiatryczną w najbliższej odległości od Powiatu Mikołowskiego

Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych				
1	Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia FAMILIA	ul. Huberta 60	Gliwice	20,9 km
Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)				
1	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „OLU- Podbeskidzie”	ul. Karola Miarki 11	Bielsko-Biała	49,6 km
2	Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach	ul. Zamkowa 8	Gorzycy	49,8 km
3	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	Gliwicka 5	Toszek	51,3 km
Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (ewentualnie) ze wskazań życiowych				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
2	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,3 km
Leczenie nerwic				
1	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	ul. Lompy 16	Katowice	24,3 km
2	NZOZ Przychodnia „Na Witosa” Sp. z o.o.	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
3	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,3 km
4	NZOZ Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania	ul. Asnyka 10	Gliwice	20,9 km

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Według Google Maps



Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
	„Dąbrówka”			
5	NZOZ Medycyna i Edukacja Feniks	ul. Mewy 34	Gliwice	20,9 km
6	NZOZ FENIKS	44-100 Gliwice ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
7	NSZOZ Poradnia Ochrony Zdrowia Psychicznego S.C., T. Warakomski, M. Skowron	ul. Niedurnego 50 D	Ruda Śląska	12,1 km
8	NZOZ Psychoterapeutyczny Ośrodek Leczenia Nerwic i Promocji Zdrowia Psychicznego	ul. Budowlanych 94	Tychy	21,4 km
9	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
Leczenie środowiskowe (domowe)				
1	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
2	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 22	Katowice	24,3 km
3	NZOZ Przychodnia „AGMED”	ul. Morcinka 15-17	Katowice	24,3 km
4	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
5	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
Leczenie uzależnień				
1	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM”	ul. Lompy 10	Rybnik	22,4 km
Leczenie uzależnień – stacjonarne				
1	NZOZ Ośrodek Terapii Uzależnień	ul. Częstochowska 1	Parzymiechy	127 km
Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych				
1	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych im. Sierżanta G. Załogi w Katowicach	ul. Głowackiego 10	Katowice	24,3 km
Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży				
1	Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży	ul. Mikołowska 208	Orzesze	
Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień Familia Sp. z o.o.	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km
Program leczenia substytucyjnego				
1	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10	Chorzów	27,7
Świadczenia antynikotynowe				
1	Centrum Terapii	ul. Barlickiego 2	Częstochowa	101 km
2	Ośrodek Profilaktyczno-	ul. Wiolinowa 1	Częstochowa	101 km



Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
	Spółeczny dla Uzależnionych i Ich Rodzin			
Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych				
1	NZOZ Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka”	ul. Asnyka 10	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ Medycyna i Edukacja Feniks	ul. Mewy 34	Gliwice	20,9 km
3	SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych im. Sierżanta G. Załogi w Katowicach	ul. Głowackiego 10	Katowice	24,3 km
4	NZOZ ALTERMED Sp. z o.o.	ul. Podgórna 4	Katowice	24,3 km
5	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
6	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,3 km
7	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	24,3 km
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych				
1	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	Al. Legionów 10	Bytom	25,1 km
2	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10	Chorzów	27,7 km
3	NZOZ Medycyna i Edukacja Feniks	ul. Mewy 34	Gliwice	20,9 km
4	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
5	NZOZ Specjalistyczne Praktyki Medyczne VERA-MED	ul. Bohaterów Monte Cassino 5	Katowice	24,3 km
6	Centrum Psychiatrii w Katowicach (Oddział Dzienny Psychiatryczny i i II)	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
7	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,3 km
8	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	ul. Główna 11	Ruda Śląska	12,1 km
9	NSZOZ Poradnia Ochrony Zdrowia Psychicznego S.C. T. Warakomski, M. Skowron	ul. Niedurnego 50 D	Ruda Śląska	12,1 km
10	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
11	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych				
1	NZOZ PSYCH-MED	ul. Ziemowita 6	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ MEDICAN, A. Gołba, A. Lasek-Bal S.C.	ul. Głuszców 9	Katowice	24,4 km



Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
3	SP Szpital Kliniczny Nr7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,4 km
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży				
1	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,4 km
3	Ośrodek Medyczno-Terapeutyczny „Syriusz” NZOZ	Al. Wojska Polskiego 3 C	Żory	17,3 km
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu				
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 2	Katowice	24,4 km
2	Ośrodek Terapii Uzależnień i Pomocy Psychologicznej SPZOZ	ul. Ballestremów 16	Ruda Śląska	12,1 km
3	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
4	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM”	ul. Lompy 10	Rybnik	22,4 km
5	NSZOZ GASTROMED	ul. Śląska 1		
6	NZOZ Ośrodek Pomocy Psychologicznej Profilaktyki i Leczenia Uzależnień „MENS SANA”	ul. Bukowa 20	Tychy	21,4 km
7	SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	Park Hutniczy 6	Zabrze	21,2 km
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień FAMILIA Sp. z o.o.	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km
2	SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	Park Hutniczy 6	Zabrze	21,2 km
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia				
1	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	ul. Gliwicka 5	Toszek	51,3 km
Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży				
1	Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny dla Dzieci Kamieniec-Zbrostawice	ul. Batorego 8	Zbrostawice	37,9 km
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych				
1	NZOZ Centrum Opieki	ul. Waryńskiego 4	Mikołów	



Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
	Psychiatrycznej i Psychologicznej „Psyche-Med”			
2	NZOZ „STEMA-MED” Sp. z o.o	ul. Bukowina 4	Orzesze	
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży				
1	NZOZ FENIKS	ul. Młyńska 8	Gliwice	20,9 km
2	NZOZ Poradnia Psychologiczna PARTNER	ul. Wieczorka 22	Gliwice	20,9 km
3	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	ul. Lompy 16	Katowice	24,4 km
4	NZOZ FENIKS	ul. Witosa 21	Katowice	24,4 km
5	Przychodnia Specjalistyczna SPZOZ	ul. Niedurnego 50 D	Ruda Śląska	12,1 km
6	NZOZ „CENTRUM MEDYCZNE” Sp z o.o.	ul. Byłych Więźniów Politycznych 3	Rybnik	22,4 km
7	„Awicenna” Sp. z o.o. Zespół Poradni Specjalistycznych	ul. Cyganerii 1	Tychy	21,4 km
8	NZOZ Ośrodek Rehabilitacji Euro-Med Sp. z o.o.	ul. Zgrzebnioka 22	Tychy	21,4 km
9	NZOZ FENIKS	ul. Grunwaldzka 46	Zabrze	21,2 km
10	Ośrodek Medyczno-Terapeutyczny „Syriusz” NZOZ	Al. Wojska Polskiego 3 C	Żory	17,3 km
Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych				
1	SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	Al. Legionów 10	Bytom	25,1 km
2	Szpital Specjalistyczny w Chorzowie	ul. Zjednoczenia 10	Chorzów	27,7 km
3	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
4	SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	ul. Ziołowa 45-47	Katowice	24,4 km
5	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	ul. Główna 11	Ruda Śląska	12,1 km
6	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
7	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.	ul. Chorzowska 36	Świętochłowice	22 km
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży				



Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
1	Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu	ul. G. Zapolskiej 3	Sosnowiec	32,6 km
Świadczenia psychologiczne				
1	Centrum Medycyny Rodzinnej i Specjalistycznej „DILMED” S.C.	ul. Bohaterów Monte Cassino 3	Katowice	24,4 km
2	NZOZ Przychodnia „AGMED	ul. Morcinka 15-17	Katowice	24,4 km
3	NZOZ ALTERMED Sp. z o.o.	ul. Podgórna 4	Katowice	24,4 km
4	Ośrodek Pomocy Psychologicznej i Psychoedukacji S.C. J. Tarantowicz, W. Tarantowicz	ul. Chełmońskiego 1	Rybnik	22,4 km
5	Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GASTROMED	ul. Śląska 1	Rybnik	22,4 km
6	NZOZ Psychoterapeutyczny Ośrodek Leczenia Nerwic i Promocji Zdrowia Psychicznego	ul. Budowlanych 94	Tychy	21,4 km
7	NZOZ Przychodnia nr 1 Optima Sp. z o.o.	ul. Wojska Polskiego 4	Tychy	21,4 km
Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych				
1	Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży „Dom Nadziei”	ul. Konstytucji 9	Bytom	25,1 km
Świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza)				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień Familia Sp. z o.o.	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km
Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu				
1	Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.	ul. Okrzei 31	Mikołów	
Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu – stacjonarne				
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
2	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
3	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.	ul. Szpitalna 2	Świętochłowice	22 km
Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol				
1	Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia	ul. Dębowa 5	Gliwice	20,9 km



Lp.	Podmiot leczniczy realizujący świadczenie	Adres	Miasto	Odległość od Powiatu Mikołowskiego ¹¹
	Uzależnień Familia Sp. z o.o.			
2	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	ul. Powstańców 31	Katowice	24,3 km
Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy)				
1	Centrum Psychiatrii w Katowicach	ul. Korczaka 27	Katowice	24,3 km
2	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	ul. Główna 11	Ruda Śląska	12,1 km
3	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
4	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach	ul. Chorzowska 38	Świętochłowice	22 km
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia				
1	SPZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku	ul. Gliwicka 33	Rybnik	22,4 km
Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich				
1	SPZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku	ul. Gliwicka 5	Toszek	51,3 km

Źródło: opracowanie własne

6.1.5. Zasoby w zakresie opieki, integracji oraz wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi¹²

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.) pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne zasoby, możliwości i uprawnienia. Wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb oraz umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Pomoc społeczna polega w szczególności na:

¹² Przewodnik informacyjny. Dostępne Formy Opieki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Aktywizacji Zawodowej dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Województwie Śląskim, Katowice 2014r.



- przyznawaniu i wypłacaniu świadczeń, przewidzianych ww. ustawą,
- pracy socjalnej,
- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej,
- rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb,
- analizie i ocenie zjawisk, rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych.

Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując z:

- organizacjami społecznymi i pozarządowymi (fundacjami, stowarzyszeniami itp.),
- Kościołem Katolickim, innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi,
- pracodawcami oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, zajmującymi się pomocą społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi są: Ośrodki Pomocy Społecznej, Ośrodki Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, Domy Pomocy Społecznej, Mieszkania Chronione, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Rodzinne Domy Pomocy, Ośrodki Interwencji Kryzysowej, Hostele (zwykle przy ośrodkach interwencji kryzysowej).

1. Ośrodek Pomocy Społecznej znajduje się w każdej z gmin powiatu mikołowskiego.
2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Mikołowskim znajduje się w Łaziskach Górnych, przy ul. ul. Chopina 8.

3. Ośrodki Wsparcia dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi (Środowiskowy Dom Samopomocy, Klub Samopomocy).

Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi według ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. są Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS) lub Kluby Samopomocy (KS). Powyższe formy pomocy, przeznaczone są dla osób, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu, bądź zdolności adaptacyjnych, wymagają pomocy w dostosowaniu się do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Celem ŚDS jest podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności samodzielnego życia, podniesienie poziomu zaradności życiowej, sprawności psychofizycznej, przystosowanie do funkcjonowania społecznego w środowisku osób przewlekle psychicznie chorych oraz upośledzonych umysłowo. ŚDS świadczą usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymaniu umiejętności w zakresie czynności



dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Domy, w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- typ a – dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- typ B – dla osób upośledzonych umysłowo,
- typ C – dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych.

Dom może obejmować wsparciem więcej niż jedną kategorię osób.

Na terenie Powiatu Mikołowskiego znajduje się jeden ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi - Caritas Archidiecezji Katowickiej Ośrodek „Miłosierdzie Boże” – ŚDS, przy ul. Staszica 4, który jest ŚDŚ łączącym ofertę dla chorych psychicznie i osób upośledzonych umysłowo.

4. Dom Pomocy Społecznej¹³.

5. Mieszkanie Chronione.

Mieszkanie Chronione (MCH) przygotowuje osoby po kryzysie psychotycznym, przebywające pod opieką specjalistów do prowadzenia samodzielnego życia. Zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku w integracji ze społecznością lokalną. MCH przeznaczone jest dla pełnoletnich osób z zaburzeniami psychicznymi oraz opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze, resocjalizacyjne, zakłady dla nieletnich i rodziny zastępcze, które przy odpowiednim wsparciu mogą samodzielnie żyć w środowisku.

Czas pobytu w MCH jest uzależniony od indywidualnych potrzeb osób usamodzielnianych, jednak nie powinien trwać dłużej niż 24 miesiące. W uzasadnionych przypadkach okres pobytu może ulec wydłużeniu, zaś osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą otrzymać decyzję o skierowaniu do korzystania z MCH na czas nieokreślony.

Pobyt w MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest odpłatny. Wysokość odpłatności uzależniona jest od indywidualnych dochodów mieszkańców. Miejsce w MCH dla osób z zaburzeniami psychicznymi przyznawane jest na wniosek osoby, po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego, na podstawie decyzji administracyjnej Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej lub innych, upoważnionych pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

¹³ Domy Pomocy Społecznej z Powiatu Mikołowskiego zostały szczegółowo opisane w punkcie Domy Pomocy Społecznej.



MCH mogą być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego, dlatego informacji nt. bieżącej dostępności tej formy pomocy w wybranej miejscowości najlepiej szukać w Ośrodkach Pomocy Społecznej bądź Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie. Zasady działania MCH uregulowano przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. W sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. z 2012 Nr 0 poz. 305).

Obecnie na terenie powiatu mikołowskiego nie ma odpowiednio przystosowanych mieszkań chronionych, natomiast zgodnie z Uchwałą Rady Powiatu Mikołowskiego nr XLII/276/2014 w 2015 rozpoczęto proces pozyskiwania, wyposażenia i przystosowania 2 mieszkań dla 4 osób.

6. Rodzinny Dom Pomocy.

Rodzinny Dom Pomocy (RDP) jest to nowa forma usług świadczonych w ramach pomocy społecznej. Zadaniem RDP jest zapewnienie całodobowej opieki dla osób w podeszłym wieku lub niepełnosprawnych, które mają problemy z samodzielną egzystencją lecz nie wymagają jeszcze umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej. Osoby prowadzące RDP zobowiązane są do świadczenia usług opiekuńczych i bytowych, zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. 2012 Nr 0 poz. 719) oraz do poddania się kontroli ośrodka pomocy społecznej. Forma takiej Pomocy, przeznaczona jest dla niewielkiej liczby osób (nie mniej niż trzech nie więcej niż ośmiu), co sprzyja tworzeniu i utrzymaniu wśród jego mieszkańców rodzinnej atmosfery oraz zapewnieniu podopiecznym kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym w otoczeniu i bliskości rodziny oraz przyjaciół. W RDP osoby otrzymują pomoc w podstawowych czynnościach życia codziennego, a także pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Z uwagi na fakt sprawowania nadzoru nad RDP przez Ośrodki Pomocy Społecznej, powinny one udzielić bieżących informacji dot. dostępności tej formy pomocy w danej miejscowości.

7. Ośrodek Interwencji Kryzysowej¹⁴.

8. Hostel (przy ośrodku interwencji kryzysowej).

Hostel jest formą opieki i rehabilitacji dla osób po psychiatrycznym leczeniu szpitalnym, których aktualny stan zdrowia pozwala na zadawalające funkcjonowanie w grupie poza

¹⁴ Zadania oraz działania OIK w Łaziskach Górnych opisane zostały w podrozdziale Problem przemocy w rodzinie.



placówkami stacjonarnej opieki zdrowotnej. Dla osób po kryzysie psychicznym pobyt w hotelu może stać się istotnym etapem w drodze do zdrowienia. z pobytu w Hostelu mogą skorzystać osoby z zaburzeniami psychicznymi, których sytuacja mieszkaniowa jest szczególnie trudna (osoby bezdomne, pochodzące z rodzin niewydolnych wychowawczo lub patologicznych, mieszkające daleko od placówek zapewniających rehabilitację psychiatryczną) i wymagają tymczasowego pobytu w tzw. warunkach chronionych.

Powiat Mikołowski nie posiada wśród swoich zasobów hosteli jako formy opieki i rehabilitacji dla osób po psychiatrycznym leczeniu szpitalnym.

Institucje integracji społecznej

Zjawisko wykluczenia społecznego, jest ważną kwestią społeczną, wzrasta grupa osób, które nie uczestniczą w życiu społecznym i zawodowym, ponieważ z przyczyn zdrowotnych mają utrudniony dostęp do wielu dóbr i zasobów, to w konsekwencji skutkuje ich wyłączeniem z pełnoprawnego obywatelstwa. Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobom z zaburzeniami psychicznymi uzyskanie i utrzymanie zatrudnienia (służą temu: szkolnictwo zawodowe, poradnictwo i pośrednictwo pracy). Dzięki rehabilitacji społecznej osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą stać się pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego. Aktywność zawodowa u osób z zaburzeniami psychicznymi powiązana jest z tak istotnymi elementami, jak poczucie przynależności, możliwość nawiązywania i podtrzymania relacji społecznych czy samoocena. Praca dla tych osób jest często główną formą integracji społecznej i uczestnictwa w życiu społeczno-gospodarczym. Jej brak oznacza nie tylko brak środków finansowych, ale również deficyty psychospołeczne. Dlatego ważną kwestią jest właściwe przygotowanie instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych do realizacji zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej. Rehabilitacją zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi zajmują się: Zakłady Aktywności Zawodowej, Zakłady Pracy Chronionej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centra i Kluby Integracji Społecznej.

1. Centrum Integracji Społecznej

Centrum Integracji Społecznej, którego główne cele dotyczą: usamodzielniania osób zagrożonych i wykluczonych społecznie, wyprowadzenia poza system pomocy społecznej oraz doprowadzenia do samodzielnego powrotu na rynek pracy, natomiast uczestnicy CIS w Mikołowie to w głównej mierze osoby:

- Długotrwale bezrobotne,
- Po zakończeniu terapii w zakładzie leczenia odwykowego,
- Zwolnione z zakładu karnego, mające trudności w przystosowaniu do życia w społeczeństwie,



- Bezdomne.

Podstawowym zadaniem Centrum Integracji Społecznej (CIS) jest realizowanie pełnego programu zatrudnienia socjalnego umożliwiającego walkę z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Usługi CIS skierowane są do osób, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych, znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. Zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, (tekst jednolity Dz. U. 2011 Nr 43 poz. 225, z późn. zm.).

W Powiecie Mikołowskim znajduje się jedno Centrum Integracji Społecznej, które mieści się w Mikołowie, przy ul. Kolejowej 2.

Centrum Integracji Społecznej w Mikołowie Gospodarstwo pomocnicze przy UM Mikołów, jako gospodarstwo pomocnicze powstało z inicjatywy burmistrza miasta w 2005 roku, który wyszedł z pragmatyczną propozycją wobec trwającego w całej Polsce i Mikołowie również dyskursu na temat polityki społecznej. Powołanie CIS wynikało z troski o ludzi zagrożonych długoterminowym bezrobociem, a w konsekwencji ubóstwem dotyczącym rodziny tych osób, zwłaszcza dzieci. Do istotnych problemów należy również integracja osób w pewnym sensie "niepełnosprawnych": byłych więźniów, wyleczonych alkoholików, narkomanów, czy też osób z pewnymi problemami psychicznymi. Pojawiła się potrzeba poszukiwania form zapobiegających wykluczeniu społecznemu i zawodowemu. Inicjatywa znalazła umocowanie w ustawie o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z dnia 14 lipca 2003 r.), która wyznacza regulacje prawne realizowanym zadaniom: reintegracji społecznej i zawodowej. Koncepcji aktywnej polityki społecznej przyświeca idea: "praca zamiast zasiłku". W ramach pobytu w CIS uczestnicy otrzymują świadczenie socjalne, gorący posiłek, ubrania robocze, pomoc specjalistów; wyposażani są w dodatkowe umiejętności, wiedzę i kwalifikacje za obowiązkową pracę - w myśl przysłowia "nic za darmo". Maksymalny czas pobytu w Centrum wynosi dwanaście miesięcy, ale może być skrócony jeżeli uczestnik wykaże aktywność, a także przy pomocy pracowników CIS uzyska zatrudnienie - na podstawie umowy o pracę. Czas pobytu w uzasadnionej sytuacji może być również przedłużony o kolejne sześć miesięcy.

2. Klub Integracji Społecznej

W Powiecie Mikołowskim znajduje się jeden Klub Integracji Społecznej, który mieści się w Łaziskach Górnych, przy ul. Wyszyńskiego 8.

3. Warsztat Terapii Zajęciowej

Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ) jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką, stwarzającą osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy,



możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej, w zakresie pozyskania bądź przywracania umiejętności, niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Organizowany może być przez fundacje, stowarzyszenia oraz inne podmioty. Koszty utworzenia i działalności WTZ są współfinansowane ze środków PFRON, samorządu terytorialnego lub z innych źródeł. Uczestnictwo w WTZ należy do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują dwie placówki – Warsztaty Terapii Zajęciowej:

- A. Caritas Archidiecezji Katowickiej – Ośrodek dla osób niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże – WTZ w Borowej Wsi, ul. Gliwicka 366;
- B. WTZ Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z U.U. "Koło" w Mikołowie, ul. Plac Salwatorianów 4.

4. Zakład Aktywności Zawodowej

Zakłady Aktywności Zawodowej (ZAZ), przeznaczone są dla osób z różnymi typami niepełnosprawności, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie. Są ogniwem pośrednim pomiędzy warsztatami terapii zajęciowej, a zakładami pracy chronionej i otwartym rynkiem pracy. W ZAZ zatrudniane są osoby, które w wyniku rehabilitacji nabyły już określone umiejętności zawodowe. Celem ZAZ jest przygotowanie osób niepełnosprawnych do życia w otwartym środowisku. W ZAZ, podobnie jak w warsztatach terapii zajęciowej, prowadzona jest rehabilitacja społeczna, zawodowa oraz w pewnym zakresie lecznicza, jednak główny nacisk kierowany jest na rehabilitację zawodową. Oferta działania zakładu skierowana jest przede wszystkim do osób niepełnosprawnych - grup osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz schorzeniami psychicznymi, które ustawodawca uznał za będące w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, czyli mających największe problemy z zatrudnieniem. Czas pracy osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Według Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. 2012 Nr 0 poz. 850) czas pracy osób z umiarkowanym bądź znacznym stopniem niepełnosprawności w ZAZ wynosi co najmniej 0,55 i nie więcej niż 0,8 wymiaru czasu pracy określonego w ww. ustawie. Oprócz świadczenia pracy przez osoby niepełnosprawne, pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia zajęć rehabilitacyjnych (wynoszą one nie mniej niż 60 minut dziennie i mogą ulec przedłużeniu do 120 minut dziennie), odbywają się one poza czasem pracy osoby niepełnosprawnej. ZAZ jest formą wsparcia osób niepełnosprawnych we wchodzeniu lub powrocie na rynek pracy. Organizatorem może być powiat, gmina,



fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych.

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują dwie placówki – Warsztaty Terapii Zajęciowej:

- A. Zakład Aktywności Zawodowej Ośrodka dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże w Borowej Wsi, ul. Gliwicka 366;
- B. Zakład Aktywności Zawodowej „Grill” w Borowej Wsi, ul. Gliwicka 366;

5. Zakład Pracy Chronionej

Zakład Pracy Chronionej (ZPCH) to zakład zatrudniający nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (wymóg ten dotyczy łącznej liczby etatów, a nie ilości pracowników, którzy mogą być zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy). Podstawowym celem ZPCH jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym odpowiedniej dla nich pracy, opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Jest to placówka przystosowana do zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz służąca zwiększaniu aktywności zawodowej wśród osób dotkniętych niepełnosprawnością. Zgodnie z art. 28 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w ZPCH co najmniej 50% ogółu personelu muszą stanowić niepełnosprawni pracownicy, w tym 20% ogółu zatrudnionych stanowią osoby zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Wymóg ten ulega obniżeniu do 30% w przypadku zatrudniania osób niewidomych, upośledzonych umysłowo bądź cierpiących na choroby psychiczne, zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Warunki pracy w ZPCH muszą być dostosowane do stopnia i rodzaju niepełnosprawności zatrudnionych w nim osób. Pracodawca zobowiązany jest również do zapewnienia niepełnosprawnym pracownikom właściwej opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Pracownicy zaliczani do znacznego stopnia niepełnosprawności, osiągający odpowiedni poziom sprawności społecznej i zawodowej, uzyskują możliwość zatrudnienia u innego pracodawcy. Rehabilitacja zawodowa, społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych w ZPCH prowadzona jest w oparciu o opracowany przez zakład, program rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej oraz indywidualny program rehabilitacji osoby niepełnosprawnej.

Według wykazu dostępnego na stronie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Powiecie Mikołowskim funkcjonuje jeden zakład pracy chronionej: BPH PROTECT SYSTEM Spółka z o.o. w Mikołowie, przy ul. ul. Żwirki i Wigury 65/112.



Poradnictwo zawodowe i aktywizacja zawodowa dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Wszystkie osoby niepełnosprawne bez względu na przyczynę i rodzaj niepełnosprawności mają prawo do pomocy w zakresie zatrudnienia oraz możliwość dostępu do zatrudnienia na równi z osobami pełnosprawnymi, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych, pozwala na pełnoprawne uczestnictwo w życiu społeczno-gospodarczym.

Osoby niepełnosprawne z zaburzeniami psychicznymi, wyłączone z pracy zawodowej i innych form konstruktywnej aktywności życiowej, mające trudności w poprawnych relacjach społecznych oraz codziennym funkcjonowaniu, mogą korzystać z różnych form rehabilitacji społecznej i zawodowej, ułatwiających podjęcie zatrudnienia. Zaliczają się do nich, opisane we wcześniejszych częściach rozdziału: warsztaty terapii zajęciowej, zakłady pracy chronionej, zakłady aktywności zawodowej, kluby i centra integracji społecznej, jak również instytucje i formy aktywizacji, którym zostanie poświęcona dalsza część rozdziału.

1. Powiatowy Urząd Pracy

Zadania z zakresu promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej realizują Powiatowe Urzędy Pracy (PUP). Aktywizacja zawodowa, poprzez świadczenie usług w ramach pośrednictwa pracy i doradztwa zawodowego oraz udzielanie pomocy w aktywnym poszukiwaniu pracy, jest skierowana zwłaszcza do osób, które pozostają przez dłuższy czas bez pracy i wymagają szczególnego wsparcia w szukaniu zatrudnienia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi należą do tej kategorii bezrobotnych. Osoba niepełnosprawna, zarejestrowana w PUP jako bezrobotna albo poszukująca pracy, niepozostająca w zatrudnieniu ma prawo korzystać na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r., o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2013 Nr 0, poz. 674 z późn. zm.) z :

finansowych form wsparcia m.in. :

- szkoleń,
- staży,
- prac interwencyjnych,
- badań lekarskich lub psychologicznych,

ponadto wyżej wymienione osoby mogą:

- otrzymywać jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej,
- uzyskać zatrudnienie w ramach nowo utworzonego (wyposażonego), stanowiska pracy.



usług rynku pracy :

- pośrednictwo pracy – polegające na udzielaniu pomocy w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia,
- poradnictwo zawodowe – polegające na udzielaniu porad ułatwiających wybór zawodu, zmianę kwalifikacji, podjęcie zatrudnienia, w tym badanie uzdolnień i zainteresowań zawodowych oraz udzielanie informacji o zawodach, rynku pracy oraz możliwościach szkolenia i kształcenia,
- pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy – polegająca na przygotowaniu do lepszego radzenia sobie w samodzielnym poszukiwaniu i podejmowaniu zatrudnienia, w tym pomoc w sporządzaniu dokumentów aplikacyjnych, przeprowadzaniu rozmów z pracodawcą itp.

Z inicjatywy PUP organizowane są szkolenia dla bezrobotnych osób niepełnosprawnych lub innych osób niepełnosprawnych, które poszukują pracy i nie pozostają w zatrudnieniu.

Celem każdego szkolenia jest zwiększenie szans na uzyskanie zatrudnienia, podwyższenie dotychczasowych kwalifikacji zawodowych lub zwiększenie aktywności zawodowej, szczególnie w razie:

- braku kwalifikacji zawodowych,
- konieczności zmiany kwalifikacji w związku z brakiem propozycji odpowiedniego zatrudnienia,
- utraty zdolności do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

PUP kieruje osobę niepełnosprawną na szkolenie:

- z własnej inicjatywy lub na podstawie orzeczenia właściwego organu,
- wskazane przez tę osobę, jeśli zostanie uprawdopodobnione, że szkolenie zapewni uzyskanie pracy.

Pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy, udzielana przez PUP w ramach klubu pracy realizowana jest przez:

- organizowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu umiejętności poszukiwania pracy,
- organizowanie i prowadzenie zajęć aktywizacyjnych,
- dostęp do informacji i elektronicznych baz danych służących uzyskaniu umiejętności poszukiwania pracy i samozatrudnienia.

Korzystanie z pomocy klubu pracy powinno pobudzić i zmotywować osobę bezrobotną do aktywnego poszukiwania pracy oraz wyposażyć w niezbędne wiadomości i umiejętności.



Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie znajduje się w Łaziskach Górnych, ul. Chopina 8.

2. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzi program rehabilitacji leczniczej na podstawie ustawy z 13 października 1998 roku o *systemie ubezpieczeń społecznych* (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. Nr 0, poz. 1442 z późn. zm.) i rozporządzenia Rady Ministrów z 12 października 2001 roku w *sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne* (Dz. U. z 2001 r. Nr 131, poz. 1457). Celem prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu zagrożone są długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy, ale jednocześnie po przeprowadzeniu rehabilitacji rokuje jej odzyskanie. Na rehabilitację leczniczą mogą być skierowane osoby zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty na rehabilitację jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, wydane przez lekarza orzecznika ZUS. Orzeczenie lekarz orzecznik ZUS wydaje:

- na wniosek lekarza prowadzącego leczenie, przy czym wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej może być sporządzony na dowolnym formularzu (przykładowy wzór znajduje się na stronie internetowej ZUS); wniosek może wystawić każdy lekarz prowadzący leczenie, a osoba, której ten wniosek dotyczy, składa go w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania,
- podczas kontroli zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy,
- przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego,
- podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Jeżeli lekarz orzecznik ZUS wyda orzeczenie o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, osoba zainteresowana otrzymuje zawiadomienie o skierowaniu do ośrodka rehabilitacyjnego. Osoba skierowana przez ZUS na rehabilitację nie ponosi żadnych opłat, ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami dojazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej prowadzona jest w systemie stacjonarnym lub ambulatoryjnym. Odbywa się na podstawie ustalonego indywidualnie programu, uwzględniającego schorzenie podstawowe i choroby współistniejące oraz zawiera następujące elementy: kinezyterapię i fizykoterapię, krioterapię, magneto i elektroterapię, leczenie ultradźwiękami, laseroterapię i różne formy masażu, rehabilitację psychologiczną, w tym m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne,



edukację zdrowotną. Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS najczęściej kierowane są osoby z następującymi rozpoznaniem w schorzeniach psychosomatycznych (według ICD-10):

- F30 – F39 zaburzenia nastroju (afektywne).
- F40 – F48 zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.
- F50 – F59 zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

6.1.6. Organizacje pozarządowe wspierające oraz działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują organizacje pozarządowe oraz podmioty wspierające organy samorządowe w działaniach na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Na terenie poszczególnych Gmin działają:

NGO Mikołów¹⁵

1. Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki "Zmiana",
2. Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże,
3. Stowarzyszenie Pomocna Dłoń Krystyn i Sympatyków w Mikołowie,
4. Stowarzyszenie „Uśmiech
5. Fundacja Stonoga,

NGO Łaziska Górne¹⁶

1. Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „Promoc”,
2. Stowarzyszenie na rzecz Osób Niepełnosprawnych "Białe Misie",

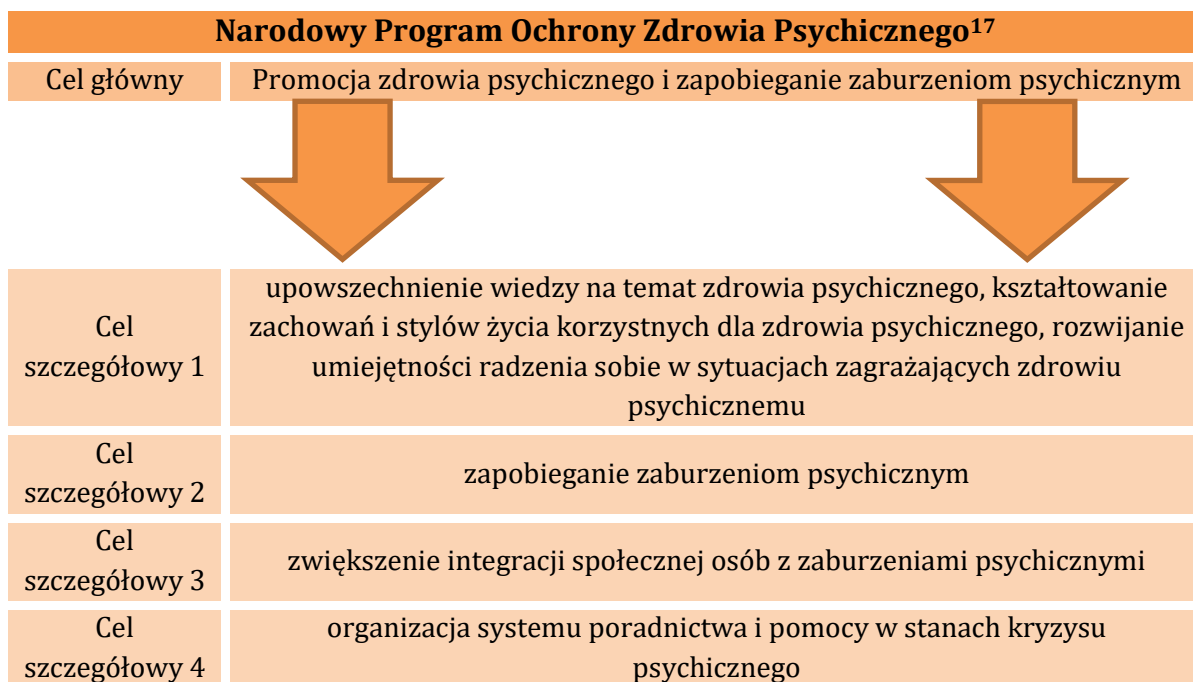
Na terenie Gminy Miejskiej Orzesze, Gminy Ornontowice oraz Gminy Wyrzy nie jest zarejestrowana żadna organizacja pozarządowa wspierająca oraz działająca na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, natomiast Orzesze obejmują zasięgiem działalności takie organizacje jak: Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki Zmiana, Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego ProMoc czy Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże.

¹⁵ <http://ngo.mikolow.eu/baza-ngo-2/>

¹⁶ http://www.laziska.pl/document,0,0,601,0,0,0,organizacje_pozarządowe.html



6.1.7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym



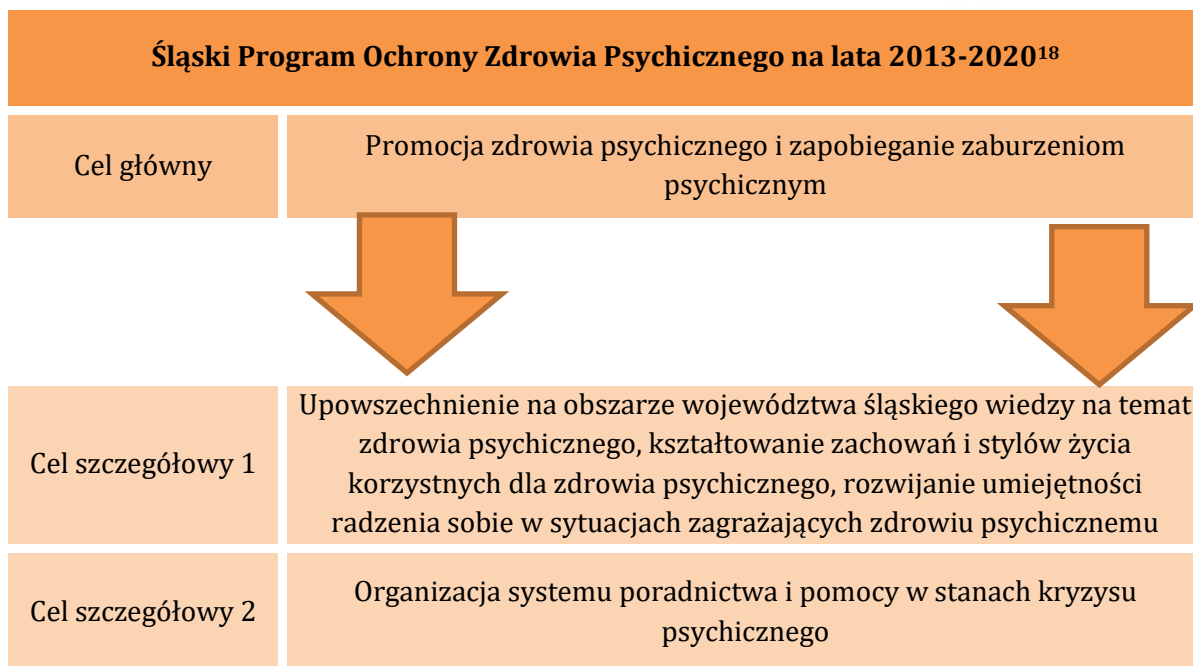
W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z promocją zdrowia psychicznego takie jak:

- ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia,
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych),
- opracowanie i realizacja programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym,
- opracowanie i realizacja programu zapobiegania samobójstwom,
- opracowanie i realizacja programu zapobiegania depresji,
- opracowanie i realizacja programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych,
- Inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom
- zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi,

¹⁷ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychoiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>



- przygotowanie i wdrożenie projektu monitorowania przestrzegania praw osobowych i obywatelskich osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym pacjentów placówek psychiatrycznych,
- przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia,
- prowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian w celu przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia,
- ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania;
- opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego,
- pracowanie i realizacja programu zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży,
- pracowanie i realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży,
- organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opracowanie i realizacja programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty,
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy – np. mobbing),
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych),
- opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej).



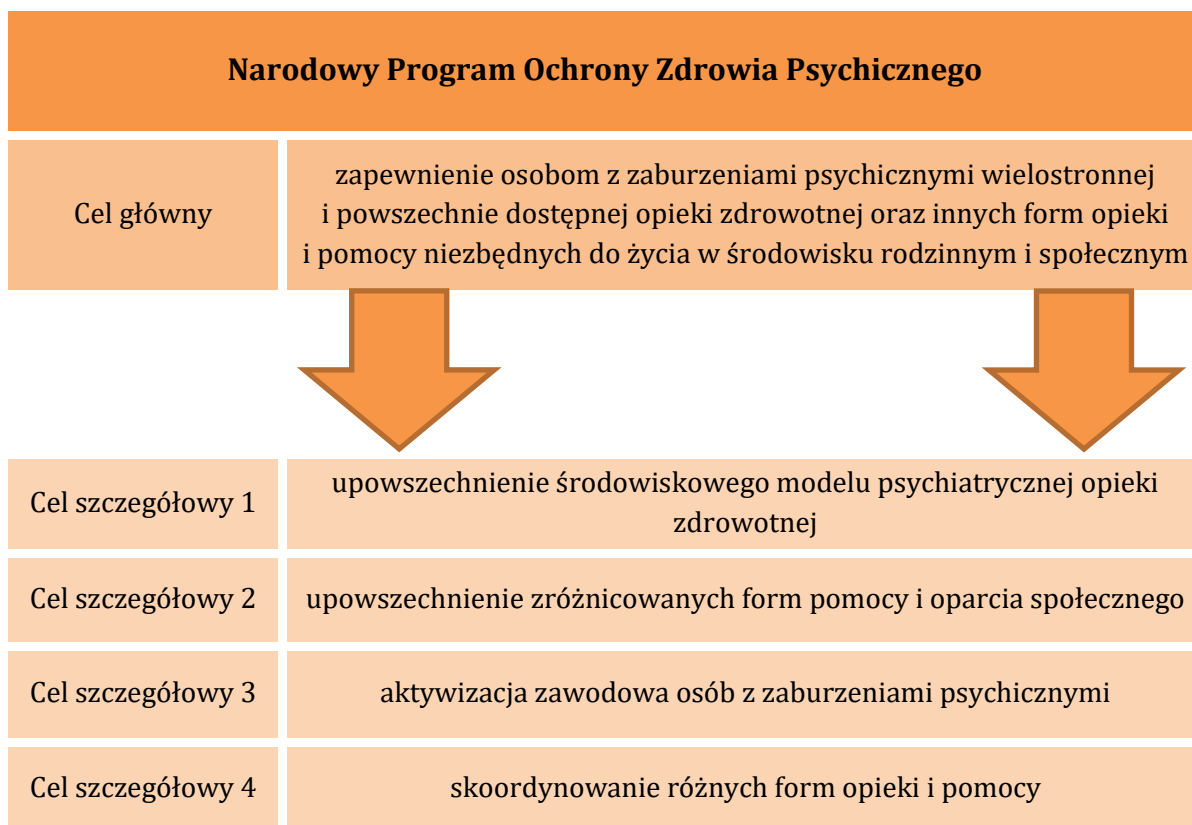
W Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z promocją zdrowia psychicznego takie jak:

- Opracowanie regionalnego programu promocji zdrowia psychicznego,
- Prowadzenie kampanii medialnej promującej zdrowie psychiczne - tworzenie sieci informacji o zdrowiu,
- Udostępnienie informacji dotyczących zdrowia psychicznego na oficjalnej stronie internetowej Województwa Śląskiego, w tym wykazów: placówek psychiatrycznej opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej, całodobowych i środowiskowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, świadczących usługi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej,
- Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych,
- Organizacja konferencji/warsztatów/szkoleń/ spotkań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego,
- Wsparcie organizacji pozarządowych w realizacji zadań publicznych z zakresu promocji i ochrony zdrowia psychicznego,
- Prowadzenie działań informacyjnych o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

¹⁸ <https://www.slaskie.pl/zalaczniki/2013/11/13/1384348437/1384348477.pdf>



6.1.8. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym



W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z zapewnieniem osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, takie jak:

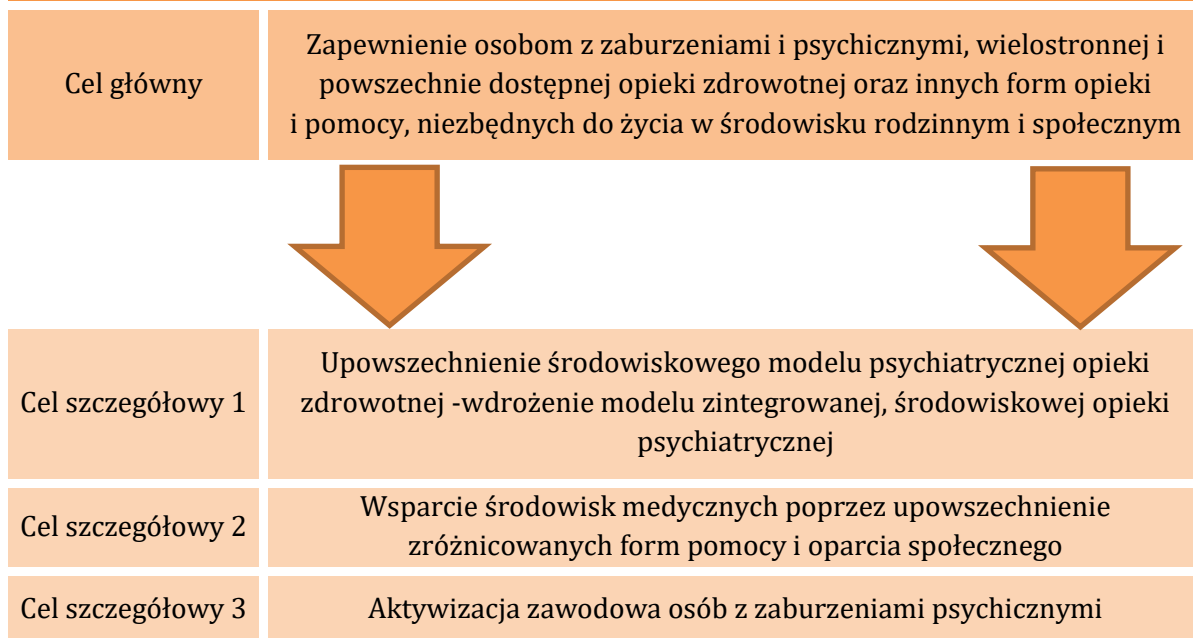
- opracowanie i realizacja programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych,
- przygotowanie i realizacja pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników,



- opracowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie
- ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym,
- kreślenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji Środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- prowadzenie do szkolenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia,
- specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- tworzenie struktury koordynującej realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
 - pracowania i publikowania rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz materiałów szkoleniowych,
 - monitorowania i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
 - opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu,
 - analiza rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu,
- opracowanie koncepcji centralnej placówki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną
- w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja),
- przygotowanie programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i
- unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej,
- zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opracowanie i wdrażanie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki i promującego jego rozwój.



Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020



W Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazły się zadania związane z zapewnieniem osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, takie jak:

- Rozwinięcie i uzupełnienie sieci poradni zdrowia psychicznego i uzależnień, zapewniających opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży,
- zwiększenie liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej oraz zwiększanie, jakości somatycznej opieki zdrowotnej na oddziałach psychiatrycznych poprzez zatrudnienie w nich obok psychiatrów, lekarzy chorób wewnętrznych,
- Utworzenie sieci Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa śląskiego,
- Rozwój sieci instytucji pomocy i integracji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz instytucji rehabilitacji zawodowej i społecznej,
- Współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi,



- Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

Prowadzenie kampanii szkoleniowo - informacyjnych adresowanych do pracodawców, promujących zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi.

6.1.9. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • Szeroki zakres usług opieki społecznej • Dobre podstawy do realizacji programów aktywizacji zawodowej w Powiatowym Urzędzie Pracy • Przyjęcie kierunku prywatyzacji ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej • Funkcjonująca w Powiecie poradnia leczenia uzależnień od alkoholu 	<ul style="list-style-type: none"> • Nierównomierne rozmieszczenie zasobów psychiatrycznej opieki stacjonarnej na terenie województwa • Mała liczba kadry medycznej determinująca skoncentrowanie działalności w dużych szpitalach psychiatrycznych • Braki kadrowe zwłaszcza w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży • Nierównomierne rozlokowanie niektórych form wsparcia społecznego na terenie województwa • Czynniki środowiskowe • Zbyt mała liczba zespołów leczenia środowiskowego • Duża liczba hospitalizowanych pacjentów wynikająca z niskiego poziomu profilaktyki psychiatrycznej • Brak spójnego rejonowego systemu informacji zdrowotnej • Niski poziom nakładów publicznych na ochronę zdrowia • Deficyt placówek, które profesjonalnie zajmowałyby się młodzieżą eksperymentującą z substancjami psychoaktywnymi oraz ich rodzicami i innymi członkami rodziny • Trudności z absorpcją osób chorych psychicznie przez rynek pracy • Zbyt niskie w stosunku do potrzeb zasoby samorządów mogące służyć do realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego • Mała liczba organizacji pozarządowych działających w obszarze wsparcia osób zaburzonych psychicznie
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego • Określenie i realizacja celów strategicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego • Zmieniające się postrzeganie problemów 	<ul style="list-style-type: none"> • Trudności w oszacowaniu istniejących zasobów np. ile miejsc w dps przeznaczonych jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi • Wzrost wskaźnika hospitalizacji pacjentów z psychozami



<p>osób z zaburzeniami psychicznymi</p> <ul style="list-style-type: none">• Strategiczny charakter Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego• Wzmacnienie działań w zakresie promocji ochrony zdrowia psychicznego• Dostępność środków masowego przekazu dla celów edukacji i informacji społecznej• Możliwość pozyskania zewnętrznych środków finansowych• Pojawianie się dodatkowych ubezpieczeń• Wzrost środków finansowych budżetu państwa i samorządu terytarialego przeznaczonych na rozwój infrastruktury leczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi• Upowszechnianie wiedzy na temat specyficznych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	<ul style="list-style-type: none">• Niskie nakłady na ochronę zdrowia uniemożliwiające szersze finansowanie działań prozdrowotnych• Brak współpracy między poszczególnymi szczeblami samorządu• Trudności we współpracy pomiędzy placówkami służby zdrowia a placówkami pomocy społecznej• Mała dynamika wzrostu liczby wyspecjalizowanej kadry/ brak zainteresowania podejmowaniem specjalizacji psychiatrycznych• Niestabilność systemu prawnego w obszarze ochrony zdrowia• Niestabilność systemu finansowania leczenia psychiatrycznego• Zmniejszanie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w leczeniu szpitalnym przy jednocześnie zwiększającej się liczbie oczekujących na leczenie• Oczekiwania społeczne dotyczące poprawy dostępności do świadczeń połączone z roszczeniami, bez osobistego zaangażowania w dbanie o własne zdrowie• nierozwinięcie odpowiedniej bazy hostelowej dla osób uzależnionych, zagrożonych wykluczeniem społecznym• Możliwy do roku 2025 wzrost liczby osób zaburzonych psychicznie powodujący konieczność tworzenia nowych Domów Pomocy Społecznej i Środowiskowych Domów Samopomocy oraz rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych dla tych osób• Wysoki koszt utrzymania pensjonariuszy w Domach Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz wysoki koszt ponoszony przez gminy za ich pobyt w tych domach• Trudności w zakresie egzekwowania od rodziny należności za pobyt osoby w DPS dla przewlekle psychicznie chorych wynikający z braku prawnych możliwości egzekwowania tych należności od osoby chorej lub jej rodziny
--	--



6.1.10. Cele główne i szczegółowe programu

Cele strategiczne

Cele strategiczne wskazują główne obszary, w ramach których należy skoncentrować podejmowane działania wspierające opiekę zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży i dorosłych. W przypadku niniejszej Podstrategii wyodrębnione zostały 2 cele strategiczne.

Cele strategiczne planu operacyjnego oraz działania niezbędne do jego realizacji zostały wypracowane na podstawie analizy danych zastanych, badań przeprowadzonych wśród mieszkańców powiatu, uczniów przedstawicieli Jednostek Samorządu Terytorialnego Obszaru Funkcjonalnego oraz konsultacji społecznych przeprowadzonych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego.

1. Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Pierwszy z celów strategicznych dotyczący kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego dotyczy profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, promocji i kształtowaniu zachowań, nawyków oraz postaw życiowych korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Drugi z założonych celów strategicznych odnosi się bezpośrednio do osób z zaburzeniami psychicznymi, którym niezbędne zapewnienie dostępu do wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, które wspomogą życie w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten powinien opierać się na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Wskaźnikami osiągnięcia celów strategicznych będą wynikające z nich cele operacyjne. Ich podział zaprezentowany został w kolejnym podrozdziale.



Cele operacyjne

Poniższe zestawienie zawiera cele operacyjne przyporządkowane wcześniej wyszczególnionym celom strategicznym.

Cele strategiczne	1. Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym.	2. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostepnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbednych do zycia w srodowisku rodzinnym i spolecznym.
Cele operacyjne	1.1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego	2.1. Upowszechnienie srodowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
	1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym	2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
	1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi	2.3. Skoordinowanie różnych form opieki i pomocy
		2.4. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi



6.1.11. Działania operacyjne

W dalszej części dokumentu przedstawione zostały cele operacyjne, które są rozszerzeniem celów strategicznych wraz ze wskazaniem przykładowych działań i wskaźników ich realizacji.

Cel operacyjny 1.1. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, promocji i kształtowaniu zachowań, nawyków oraz postaw życiowych korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Opracowanie i dystrybucja materiałów edukacyjno-informacyjnych opartych na wiedzy naukowej dotyczących promocji zdrowia psychicznego adresowanych do rodziców, dzieci, młodzieży, seniorów, osób niepełnosprawnych, pracodawców).	A. Przygotowanie oraz dystrybucja ok. 500 szt. ulotek do każdej ze szkół w powiecie mikołowskim.
		B. Przygotowanie oraz dystrybucja ok. 1000 szt. plakatów na tereny ogólnodostępne w powiecie mikołowskim (sklepy, ośrodki zdrowia, urzędy, ośrodki rekreacyjno-kulturalne, itp.)
		C. Opracowanie oraz dystrybucja poradników dla osób niepełnosprawnych, starszych, itp. oraz zagrożonych zaburzeniami psychicznymi.
2.	Prowadzenie zajęć dla dzieci i młodzieży w zakresie zachowań i stylu życia korzystnych dla zdrowia	A. Opracowanie programu i harmonogramu zajęć dla dzieci i młodzieży.



Cel operacyjny 1.1. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego

	psychicznego.	B. Realizacja zajęć edukacyjnych dla dzieci i młodzieży w szkołach powiatu mikołowskiego.
3.	Promowanie wiedzy o sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz o potrzebie szukania wykwalifikowanej pomocy	A. Organizacja prelekcji i warsztatów szkoleniowych dla mieszkańców. B. Opracowanie oraz przekazywanie materiałów informacyjnych (folderów, ulotek, broszur – ok. 2000 szt.) do szkół, zakładów pracy itp.

Cel operacyjny 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel ten, podobnie jak poprzedni, dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, promocji i kształtowaniu zachowań, nawyków oraz postaw życiowych korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Kierowanie na badania dzieci oraz młodzież, u których występują zaburzenia zachowania oraz istnieje zagrożenie zaburzeń psychicznych do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.	A. Nawiązanie współpracy ośrodków szkolnych z poradniami zdrowia psychicznego. B. Uczestniczenie psychologów/ lekarzy psychiatrów w zajęciach lekcyjnych w celu ewentualnej diagnozy zaburzeń psychicznych i skierowania dzieci i młodzieży do poradni psychologiczno-pedagogicznych.
2.	Prowadzenie punktu konsultacyjnego	A. Udzielanie porad w punkcie



Cel operacyjny 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym		
	dla osób zagrożonych zaburzeniami psychicznymi.	konsultacyjnym, w którym dyżurować będą lekarze psychiatrzy (2 dni/tydzień).
3.	Prowadzenie wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym.	<p>A. Nawiązanie współpracy ośrodków przedszkolnych z poradniami zdrowia psychicznego.</p> <p>B. Uczestniczenie psychologów/lekarzy psychiatrów w zajęciach przedszkolnych w celu ewentualnej diagnozy zaburzeń psychicznych i skierowania dzieci i młodzieży do poradni psychologiczno-pedagogicznych.</p>

Cel operacyjny 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie dyskryminacji		
<p>Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mińskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.</p>		
Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Zapraszanie osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz osób starszych do udziału w imprezach o charakterze masowym, dostępnych dla ogółu mieszkańców bądź też adresowanych do konkretnych środowisk.	<p>A. Nawiązanie współpracy ośrodków pomocy społecznej z domami kultury oraz ośrodkami sportu i rekreacji w celu stworzenia bazy danych osób, którym należy wysłać zaproszenia.</p> <p>B. Wysyłka zaproszeń na imprezy o charakterze masowym</p>



Cel operacyjny 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie dyskryminacji

		C. Ewentualna pomoc osobom starszym i niepełnosprawnym w dotarciu na imprezy o charakterze masowym
2.	Organizacja imprez i zajęć integracyjnych.	A. Zorganizowanie Festynu integracyjnego dla osób niepełnosprawnych intelektualnie
		B. Cykliczne organizowanie spotkań tematycznych (zajęcia plastyczne/konkursy itp.) dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.
		C. Zorganizowanie festiwalu twórczości osób z zaburzeniami psychicznymi.
3.	Organizacja wykładów i szkoleń dla osób pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi.	A. Zorganizowanie cyklicznych szkoleń dla osób pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
		B. Utworzenie programu edukacyjnego dla mieszkańców powiatu o współpracy z osobami z zaburzeniami.
4.	Inicjowanie, wspieranie i organizowanie prelekcji, warsztatów dla uczniów szkół.	A. Zorganizowanie cyklicznych szkoleń dla uczniów uczęszczającymi na zajęcia z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
		B. Utworzenie programu edukacyjnego dla uczniów z powiatu o współpracy z osobami z zaburzeniami.



Cel operacyjny 2.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Zapewnienie ciągłości opieki osobom dotkniętym przewlekłą chorobą psychiczną.	A. Prowadzenie Klubu Pacjenta dla byłych pacjentów oddziałów psychiatrycznych (oferta terapeutyczna – możliwość porad psychologa i lekarza psychiatrii, terapeutów zajęciowych; rozpoznawanie wczesnych objawów choroby, „program powrotu do społeczeństwa”).
		B. Inicjowanie, organizowanie i opieka w trakcie wyjść poza klub (teatr, filharmonia, opera, wystawy, basen, ZOO, ogród botaniczny, kino, wycieczki).
2.	Zapewnienie wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie (poradnictwo, konsultacje, warsztaty, spotkania o charakterze edukacyjnym).	A. Prowadzenie spotkań o charakterze edukacyjnym i terapeutycznym dla członków rodzin osób chorujących psychicznie.
		B. Udostępnienie możliwości z korzystania z fachowego poradnictwa – lekarza, psychologa, terapeuty.
3.	Utworzenie mobilnego centrum diagnozy schorzeń natury psychicznej, które cyklicznie będzie odwiedzać poszczególne Gminy Powiatu Mikołowskiego.	



Cel operacyjny 2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Zwiększenie dostępności do ośrodków wsparcia i samopomocy.	A. Poszerzenie obszaru działania ŚDS o miejsca całodobowe oraz liczby uczestników.
		B. Utworzenie mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
		C. Inicjowanie i wspieranie tworzenia klubów samopomocy.
2.	Promocja racjonalizacji uczestnictwa w różnych formach oparcia społecznego	A. Kampania informacyjna skierowana do osób z zaburzeniami (potencjalnych uczestników) oraz ich rodzin.
3.	Wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	A. Wprowadzenie zapisów do programu współpracy z organizacjami pozarządowymi.
		B. Udzielanie dotacji na realizację zadań publicznych organizacjom pozarządowym oraz w ramach otwartego konkursu ofert na wykonanie zadań publicznych.
		C. Udzielanie dofinansowań na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych w tym z zaburzeniami psychicznymi.



Cel operacyjny 2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

- | | |
|----|---|
| 4. | Powołanie programu inicjatorów społecznych, którzy będą wspomagać w rozwoju osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez naukę, zabawę i integrację społeczną. |
|----|---|

Cel operacyjny 2.3. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Proponowane działania		Proponowane projekty	
1.	Opracowanie powiatowego programu ochrony zdrowia psychicznego.	A.	Zebranie informacji o stanie istniejącym i potrzebach ludności powiatu.
		B.	Opracowanie projektu programu.
		C.	Przeprowadzenie konsultacji społecznych.
		D.	Przyjęcie programu przez Radę Powiatu.
2.	Monitoring i ewaluacja programu.	A.	Zbieranie informacji o zadaniach realizowanych przez poszczególne jednostki z uwzględnieniem wskaźników monitorujących
		B.	Badanie zgodności założonych w programie celów z aktualną sytuacją w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na terenie powiatu.



Cel operacyjny 2.3. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy	
	C. Zaproponowanie zmian programu w zależności od zmieniającej się sytuacji w powiecie i zapotrzebowania mieszkańców.

Cel operacyjny 2.4. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi	
<p>Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikolajskiego - profilaktyki zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnych nakładach na promocję wśród mieszkańców powiatu zdrowia psychicznego oraz związanego z nim celu strategicznego - Zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na takich działaniach jak: upowszechnienie dostępnego modelu psychiatrii oraz zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.</p>	
Proponowane działania	Proponowane projekty
1. Podnoszenie kwalifikacji osób z zaburzeniami psychicznymi.	A. Inicjowanie, wspieranie i organizowanie poradnictwa zawodowego oraz informacja zawodowa realizowane przez doradców zawodowych.
	B. Organizacja szkoleń dla osób ze schorzeniami psychicznymi w ramach zajęć klub pracy.
2. Promocja zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi.	A. Skierowana do pracodawców kampania informacyjna o możliwościach uzyskania wsparcia zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi.
	B. Przygotowanie i rozpowszechnianie informacyjnych ulotek skierowanych do pracodawców przy współudziale instytucji i organizacji działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.



Cel operacyjny 2.4. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

3. Stworzenie platformy z ogłoszeniami o zdalną pracę tymczasową/ zadaniową dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
1.1.	1.1.1.A	MOPS/ GOPS, PŚDS	Do III kwartał 2016	5000zł	Liczba ulotek
	1.1.1.B	MOPS/ GOPS, PŚDS	Do III kwartał 2016	1 000zł	Liczba plakatów
	1.1.1.C	MOPS/ GOPS, PŚDS	Do III kwartał 2016	1 000zł	Liczba poradników
	1.1.2.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	W zależności od wybranego wariantu	Program
	1.1.2.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do II kwartał 2025	40 000zł	Liczba zajęć
	1.1.3.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba warsztatów
	1.1.3.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	4 000zł	Liczba materiałów
1.2.	1.2.1.A	Szkoły, Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	-	Liczba wspólnych inicjatyw
	1.2.1.B	Szkoły, Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do II kwartał 2025	10 000zł	Liczba zajęć/ liczba dzieci
	1.2.2.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba udzielonych porad/ liczba godzin konsultacji
	1.2.3.A	Ośrodki przedszkolne, Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do III kwartał 2016	-	Liczba wspólnych inicjatyw
	1.2.3.B	Ośrodki	Do II kwartał	10 000zł	Liczba zajęć/



Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
		przedszkolne, Zespół złożony z przedstawicieli JST	2025		liczba dzieci
1.3.	1.3.1.A	MOPS/GOPS	Do III kwartał 2016	-	Liczba wspólnych inicjatyw
	1.3.1.B	Domy Kultury, Ośrodki Sportu i Rekreacji	Działania ciągłe	5 000zł	Liczba zaproszeń
	1.3.1.C	MOPS/GOPS	Działania ciągłe	10 000zł	Liczba zorganizowanych transportów
	1.3.2.A	Ośrodki Sportu i Rekreacji, MOPS/GOPS	Do II kwartał 2018	25 000zł	Liczba festynów
	1.3.2.B	MOPS/GOPS	Działania ciągłe	40 000zł	Liczba zajęć/ liczba dzieci
	1.3.2.C	Ośrodki Sportu i Rekreacji,	Do III kwartał 2017	1000 000zł	Festiwal
	1.3.3.A	PUP	Działania ciągłe	100 000zł	Liczba zajęć/ liczba przedszkoli
	1.3.3.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do końca 2016 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
	1.3.4.A	Szkoły	Do II kwartał 2025	50 000zł	Liczba dzieci/ liczba zajęć
	1.3.4.B	Szkoły	Do końca 2016 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
2.1.	2.1.1.A	Organizacje pozarządowe	Działania ciągłe	100 000zł	Liczba pacjentów/ liczba udzielonych porad
	2.1.1.B	Organizacje pozarządowe	Działania ciągłe	40 000zł	Liczba wyjść
	2.1.2.A	MOPS/GOPS	Działania ciągłe	20 000zł	Liczba spotkań
	2.1.2.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	20 000zł	Liczba udzielonych porad
	2.1.3.	Zespół złożony z przedstawicieli	Do końca 2018 r.	500 000zł	Mobilne centrum



Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
		JST			diagnostyczne
2.2.	2.2.1.A	PŚDS	Do I kwartał 2018	100 000zł	Liczba miejsc/ liczba uczestników
	2.2.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do I kwartał 2018	400 000zł	Liczba mieszkań
	2.2.1.C	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do końca 2016 r.	10 000zł	Liczba klubów samopomocy
	2.2.2.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	10 000zł	Kampania
	2.2.3.A	Zespół koordynujący	Do II kwartał 2016	-	Zmiany programu
	2.2.3.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba dotacji
	2.2.3.C	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	50 000zł	Liczba oraz kwota dofinansowań
	2.2.4.	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	100 000zł	Liczba społecznych inicjatorów
2.3.	2.3.1.A	Zespół koordynujący	Do II kwartał 2016	W zależności od wybranego wariantu	Program
	2.3.1.B	Zespół koordynujący	Do III kwartał 2016		
	2.3.1.C	Zespół koordynujący	Do końca 2016 r.		
	2.3.1.D	Rada Powiatu	Do końca 2016 r.		
	2.3.2.A	Zespół koordynujący	Działania ciągłe	W zależności od wybranego wariantu	Modeyfikacje programu
	2.3.2.B	Zespół koordynujący			
	2.3.2.C	Zespół koordynujący			
2.4.	2.4.1.A	PUP	Działania ciągłe	5 000zł	Liczba porad
	2.4.1.B	PUP	Działania ciągłe	40 000zł	Liczba szkoleń
	2.4.2.A	PUP, Organizacje	Do II kwartał	10 000zł	Kampania



Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
		pozarządowe	2016		
	2.4.2.B	PUP, Organizacje pozarządowe	Do II kwartał 2016	5 000zł	Liczba ulotek
	2.4.3	PUP, Organizacje pozarządowe	Do II kwartał 2017	100 000zł	Platforma/ liczba ogłoszeń/ Liczba zatrudnionych osób poprzez platformę

6.1.12. Źródła finansowania działań

Środki na realizację działań oraz poszczególnych zadań z zakresu dotyczącego problemu narkomanii i alkoholu przewidzianych w „Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego” będą pochodzić ze środków własnych powiatu, których wysokość ustalana jest corocznie. Odrębnym źródłem finansowania zadań przewidzianych w planie operacyjnym Podstrategii będą środki własne poszczególnych jednostek realizujących zaplanowane działania. W miarę możliwości środki na realizację zadań mogą być pozyskiwane ze źródeł zewnętrznych, np.:

Fundusze Europejskie

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego.
- PO Wiedza Edukacja Rozwój.
- Europejska Współpraca Terytorialna.
- Europejski Fundusz Społeczny.

Fundusze Norweskie

- PL07 "Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych".
- PL13 "Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu".

Fundusze i Programy BGK

- Wsparcie budownictwa socjalnego z funduszu dopłat.
- Program wspierania społecznego budownictwa czynszowego.



6.2. Problematyka alkoholu i narkomanii

6.2.1. Wprowadzenie - kluczowy problem obszaru funkcjonalnego: problem alkoholu i narkomanii

Uzależnienie od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu jest nawracającą chorobą przewlekłą, która charakteryzuje się ciągłym poszukiwaniem substancji uzależniającej mimo jej destrukcyjnego wpływu powodującego zmiany strukturalne i neurochemiczne w mózgu. Zmiany w mózgu mogą zwiększyć chęć do picia alkoholu oraz osłabić kontrolę nad piciem, natomiast według szacunków w 60% za ryzyko wystąpienia uzależnienia odpowiadają czynniki genetyczne. Wśród wszystkich chorób ośrodkowego układu nerwowego uzależnienie od alkoholu charakteryzuje się najmniejszym odsetkiem pacjentów, którzy poddają się leczeniu. Według National Institute on Drug Abuse (NIDA) wskaźnik osób chorych z problemami alkoholowymi jest leczonych, dla porównania wskaźnik ten dla osób chorych na schizofrenię wynosi zaledwie 18%¹⁹.

W Polsce według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi 800 tys., natomiast grupa osób pijących szkodliwie lub ryzykownie jest szacowana na 2 - 2,5 mln. Zatem problem nadmiernego spożycia alkoholu dotyczy ok. 9% populacji Polski²⁰.

Według WHO (ang. World Health Organization) spożywanie alkoholu w sposób szkodliwy i ryzykowny jest w krajach Unii Europejskiej trzecim w kolejności najistotniejszym czynnikiem ryzyka pogorszenia stanu zdrowia i przedwczesnej śmierci. Większe ryzyko niesie za sobą tylko palenie tytoniu i nadciśnienie, natomiast ryzyko związane z otyłością i nadmiernym poziomem cholesterolu jest klasyfikowane na miejscu odpowiednio czwartym i piątym⁴. Ponad 60 chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu, który działa szkodliwie na niemal wszystkie tkanki i narządy. Alkohol i jego metabolity wchodzą w bezpośrednie reakcje z fizjologicznymi substancjami w organizmie. Działanie pośrednie alkoholu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez działanie na układ wegetatywny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych.

Każda substancja może być albo trucizną, albo lekarstwem. Podział ten jest nieostry, jak to słusznie zauważył Theophrastus Bombastus von Hohenheim, zwany Paracelsusem,

¹⁹ <http://www.lundbeck.com/pl/dla-lekarzy/informacje-dla-lekarzy/nota-prawna/uzalenie-od-alkoholu>, (z dnia: 24.11.2015)

²⁰ Ibidem.



mówiąc: „Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, tylko dawka decyduje, że jakaś substancja nie jest trucizną”. o stopniu szkodliwości związku decyduje, oprócz ilości, również struktura chemiczna substancji. Działanie alkoholu etylowego na organizm człowieka jest różnorodne i zależy od siedmiu czynników²¹:

- spożytej ilości napoju,
- stężenia alkoholu w napoju,
- wieku,
- wzrostu i ciężaru ciała,
- płci (kobiety są bardziej wrażliwe na etanol niż mężczyźni),
- ogólnej sprawności fizycznej,
- chwilowej odporności na zatrucie alkoholem (zmęczenie, przemęczenie i rekonwalescencja zwiększają podatność na zatrucia).

Z przyjmowaniem alkoholu wiąże się wiele problemów społecznych i zdrowotnych. Nadużywanie alkoholu współwystępuje z różnymi patologiami życia społecznego, np. z demoralizacją dzieci, zaburzeniami życia rodzinnego, problemami finansowymi, przemocą wobec bliskich czy problemami z prawem (bójki, kradzieże, rozboje itp.). W Polsce z powodu alkoholu umiera rocznie ponad 12 tysięcy ludzi. Alkohol degraduje życie nie tylko osoby uzależnionej od „napojów wysokowych”, ale także życie rodziny, bliskich, sąsiadów. Nadużywanie alkoholu stanowi w Europie drugą najczęstszą przyczynę utraty zdrowia i przedwczesnej śmierci. Statystyczny Polak spożywa rocznie około 13 litrów czystego alkoholu. z roku na rok systematycznie obniża się wiek inicjacji alkoholowej. Na izby wytrzeźwień trafiają coraz młodsi „smakosze” alkoholu. Statystyki podają, że co trzecia kobieta w ciąży pije alkohol. i choć prasa, telewizja i różni specjaliści trąbią na alarm, mówiąc o zgubnych skutkach picia alkoholu, to wydaje się, że ludzie ignorują ich argumenty. Nie pomaga straszenie widmem chorób psychicznych czy możliwością zdegradowania sobie zdrowia, np. poprzez marskość wątroby czy ciężkie schorzenia nerek albo żołądka.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 uznaje uzależnienie od alkoholu za jeden z rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Diagnozę zespołu uzależnienia od alkoholu stawia grono specjalistów: lekarz psychiatra, psycholog z doświadczeniem klinicznym oraz psychoterapeuta w zakresie uzależnień. Toksykomanie alkoholową określa się najprościej jako utratę kontroli nad ilością spożywanych trunków. Choroba alkoholowa wyraża się poprzez uzależnienie psychiczne i fizyczne. Alkoholik czuje wewnętrzny przymus napicia się, który nie podlega jego woli, by zredukować nieprzyjemne doznania po odstawieniu

²¹ <https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-alkoholu>



alkoholu i dostarczyć sobie przyjemności w związku z przyjęciem substancji psychoaktywnej. W ten sposób powstaje błędne koło nałogu, z którego trudno się wyrwać. U alkoholików zmniejsza się łaknienie, co może prowadzić do niedożywienia. Następuje upośledzenie mięśnia sercowego, osłabienie i wyniszczenie organizmu, a także zaburzenia psychiczne (np. psychoza Korsakowa), brak samokontroli i woli. Choroba alkoholowa kończy się śmiercią w wyniku nieodwracalnego uszkodzenia wątroby. Alkoholizm jest nieszczęściem rujnującym życie rodzin, a także przysparzającym problemów z prawem. Dziecko spłodzone przez mężczyznę lub kobietę uzależnioną od alkoholu często wykazuje głębokie upośledzenie umysłowe (dawniej nazywane debilizmem). Nierzadko zdarza się zatrucie metanolem – trucizną znacznie bardziej niebezpieczną od etanolu. Jednorazowe spożycie niewielkiej dawki metanolu (nawet 15 cm³) może spowodować ślepotę, a przy większej ilości – śmierć. Rozróżnienie etanolu od metanolu jest bardzo trudne, gdyż oba alkohole mają taki sam stan skupienia, zapach i barwę²².

W ostatnich dziesięcioleciach notuje się gwałtowny wzrost ilości spożywanych substancji odurzających, w tym alkoholi. Tendencja ta pogłębia się wskutek stresogenego stylu życia współczesnego człowieka i prowadzi do uzależnienia organizmu. Wbrew panującemu stereotypowi alkohol w rodzinie to nie tylko problem ludzi z tzw. marginesu społecznego, ale także tych, którzy cieszą się wysokim statusem społecznym. Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem zdrowia, polegającym na tym, że człowiek czuje silną potrzebę lub przymus ciągłego picia, ponieważ umożliwia mu to dalsze, normalne funkcjonowanie i staje się jedynym sposobem doznania przyjemności lub ucieczki od cierpienia, stresu czy lęku. Początkowo organizm toleruje niewielkie dawki alkoholu, do których się stopniowo przyzwyczaja, co w efekcie prowadzi do konieczności podwyższania dawek, aż do ilości uszkadzających i niszczących organizm. Nagłe zaprzestanie przyjmowania alkoholu przez nałogowca w wielu przypadkach wywołuje niebezpieczne objawy abstynencyjne, ze śmiercią włącznie. Do najbardziej charakterystycznych objawów alkoholizmu zalicza się²³:

- pośledzoną zdolność kontrolowania picia,
- głód alkoholowy – natrętną potrzebę spożywania alkoholu,
- wzrost tolerancji organizmu dla spożywanych dawek etanolu,
- objawy abstynencyjne, np.: drżenie mięśni, nudności, biegunki, wymioty, bezsenność, dysforia, lęk, nadmierna potliwość, tachykardia, nadciśnienie,
- picie w celu zapobiegania alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu,

²² <https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-alkoholu>

²³ Ibidem.



- lekceważenie argumentów świadczących o szkodliwości picia dla zdrowia pijącego,
- zaniedbywanie istotnych sfer życia społecznego – obowiązków rodzinnych, zawodowych czy szkolnych.

Należy mieć świadomość, że problem alkoholowy to choroba nieuleczalna i nawet długoletnia abstynencja nie daje gwarancji, że były nałogowiec nie powróci do picia. Proces zdrowienia z choroby alkoholowej jest bardzo trudny i skomplikowany, uzależniony przede wszystkim od chęci i dobrej woli zainteresowanego. Pomoc w leczeniu alkoholizmu oferują np.: kluby abstynenta, bractwa trzeźwości, samopomocowe grupy AA (Anonimowych Alkoholików), Grupy Rodzinne Al-Anon i Alateen, ośrodki terapii uzależnień i współuzależnienia, grupy wsparcia DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików) czy „Niebieska Linia”. Wychodzenie z alkoholizmu wymaga intensywnej pracy ze strony alkoholika, jak i jego rodziny. Trzeźwość jest możliwa, dlatego warto korzystać ze specjalistycznej pomocy i nie wolno się poddawać w walce o swoją wolność.

Bardzo poważnym problemem stanowi współuzależnienie. Prowadzi często do bardzo głębokich i trwałych zmian w sferze poznawczej, emocjonalnej i strukturze „Ja” osoby współuzależnionej. Aby uwolnić się od współuzależnienia, pierwszym i podstawowym krokiem jest uświadomienie sobie, że jest się osobą współuzależnioną. Dopiero wtedy można próbować zmienić swoje zachowanie, jak i zachowanie osoby nadużywającej alkoholu.

Możemy mówić o kilku postawach osoby współuzależnionej²⁴:

1. Pierwsze zachowanie polega na obsesyjnym myśleniu o piciu osoby uzależnionej. Prowadzi to do tego, że wszystkie myśli, uczucia i działania koncentrują się właśnie na tej osobie. Osoba współuzależniona czuje się współodpowiedzialna za działania osoby nadużywającej alkoholu. Stara się ją cały czas pilnować, chowa alkohol, a kiedy jej się nie uda dopilnować osoby uzależnionej, obwinia siebie za to, że nie dopilnowała tej osoby.
2. Drugie zachowanie związane jest z nieustaną huśtawką emocjonalną. Zdarza się, że taka osoba przechodzi od euforii do skrajnego pesymizmu i poczucia beznadziejności. Osoba taka na co dzień przejawia obojętność wobec siebie i w stosunku do tego, co się z nią stanie. Często prowokuje kłótnie z alkoholikiem. Jej codzienne zachowania próbują maskować istniejący problem, osoba współuzależniona robi wszystko, aby nie stracić osoby uzależnionej. Rezygnuje

²⁴ <https://portal.abczdrowie.pl/wspoluzaleznienie>



ze swoich potrzeb, próbuje wytłumaczyć i usprawiedliwić zachowanie alkoholika.

Tabela 9. Nietrzeźwi sprawcy przestępstw w Polsce

	Rok	Dorośli			Nietletni		
		Ogółem	Liczba podejrzanych z ustaloną trzeźwością	w tym nietrzeźwi	Ogółem	Liczba podejrzanych z ustaloną trzeźwością	w tym nietrzeźwi
zabójstwo	2012	577	361	294	11	6	3
	2011	638	443	359	14	7	5
	2010	645	413	318	15	7	3
	2009	732	499	400	23	11	3
	2008	722	509	413	20	12	5
Uszczerbek na zdrowiu	2012	7132	3321	2141	2560	833	40
	2011	6960	3198	2057	3470	1281	80
	2010	6217	2939	1859	3469	1336	83
	2009	6362	3141	1932	2966	1282	96
	2008	6419	3196	1941	2814	1200	112
Bójka lub pobicie	2012	12631	5636	4416	4751	1428	154
	2011	13134	6136	4787	5464	1714	221
	2010	13296	6277	4746	6085	2002	223
	2009	15534	7450	5617	6329	2224	267
	2008	16286	8164	6084	6757	2631	378
Zgwałcenie	2012	749	353	227	106	32	9
	2011	766	343	245	127	32	7
	2010	768	374	250	73	29	14
	2009	852	447	288	98	36	9
	2008	924	462	307	97	32	8
Kradzież cudzej rzeczy	2012	49948	22738	7228	8474	2764	142
	2011	46186	22416	6817	9158	3142	182
	2010	40464	20420	5850	9355	3179	215
	2009	35548	18835	5510	8755	3355	243
	2008	35840	18971	5741	9572	3998	306
Kradzież z włamaniem	2012	19420	7326	3330	4617	1381	121
	2011	19585	8126	3645	5275	1537	174
	2010	18612	7963	3527	5494	1768	182
	2009	15854	7131	3536	5887	1992	223
	2008	14818	6926	3235	6357	2438	302
Rozbój, kradzież	2012	8628	4120	2952	3360	958	112
	2011	9135	4426	3097	3832	1191	179



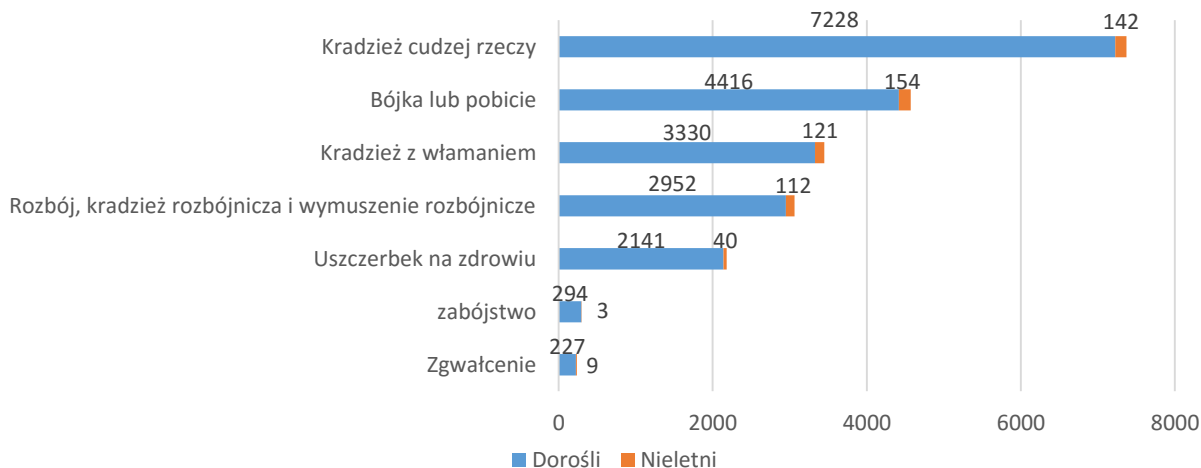
		Dorośli			Nieletni		
rozbójnicza i wymuszenie rozbójnicze	2010	9680	4647	3038	4129	1465	196
	2009	10325	5127	3437	4286	1569	259
	2008	10234	5323	3599	4483	1806	301

Źródło: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html>

Tabela przedstawia wskaźniki dotyczące udziału osób nietrzeźwych w przestępstwach ogółem w Polsce w latach 2008 - 2012. W przypadku zabójstw zmniejszyła się zarówno liczba sprawców ogółem, jak również liczba osób nietrzeźwych wśród sprawców zabójstw ogółem. Natomiast uszczerbek na zdrowiu wywołany działaniem osób nietrzeźwych zwiększył się wprost proporcjonalnie do wzrostu liczebności popełnionych przestępstw ogółem w skali całego kraju. W przypadku przestępstw związanych z bójką lub pobiciem liczba czynów popełnianych ogółem oraz popełnianych przez osoby nietrzeźwe systematycznie spada – z ponad 16 tys. w 2008 roku do ponad 12 tys. w roku 2012. Gwałtów dopuściła się mniejsza liczba osób nietrzeźwych (2008 - 307, 2012 - 227), co jest konsekwencją spadającej liczby tego typu przestępstw dokonywanych ogółem (2008 - 924, 2012 - 74), zwiększyła się jednak liczba gwałtów popełnianych przez osoby nieletnie (2008 - 97, 2012- 106), w tym przez osoby nietrzeźwe (2008 - 8, 2010 -14, 2012 - 9).Liczba kradzieży cudzej własności jest jednym z przestępstw, których liczebność zdecydowanie zwiększyła się na przestrzeni lat 2008-2014 (2008 - 35 tys., 2012 - blisko 50 tys.), również wśród osób nietrzeźwych (2008 - 5741, 2012 - 72228). Zmniejszyła się jednak liczba osób nieletnich wśród przestępstw związanych z kradzieżą cudzej własności (2008 - 9572, 2012 - 8474), w tym nieletnich nietrzeźwych (2008 - 306, 2012 - 142). Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku kradzieży z włamaniem, których liczebność zwiększyła się w skali kraju ogółem, zmniejszając skalę występowania wśród nieletnich. Zmniejszyła się również liczba przestępstw ogółem oraz popełnianych przez osoby nietrzeźwe związane z rozbojami, kradzieżami rozbójniczymi i wymuszeniami rozbójniczymi (ogółem: 2008 - 10,2 tys., 2012 - 8,6 tys.; nietrzeźwi: 2008 - 3599, 2012 - 2952).

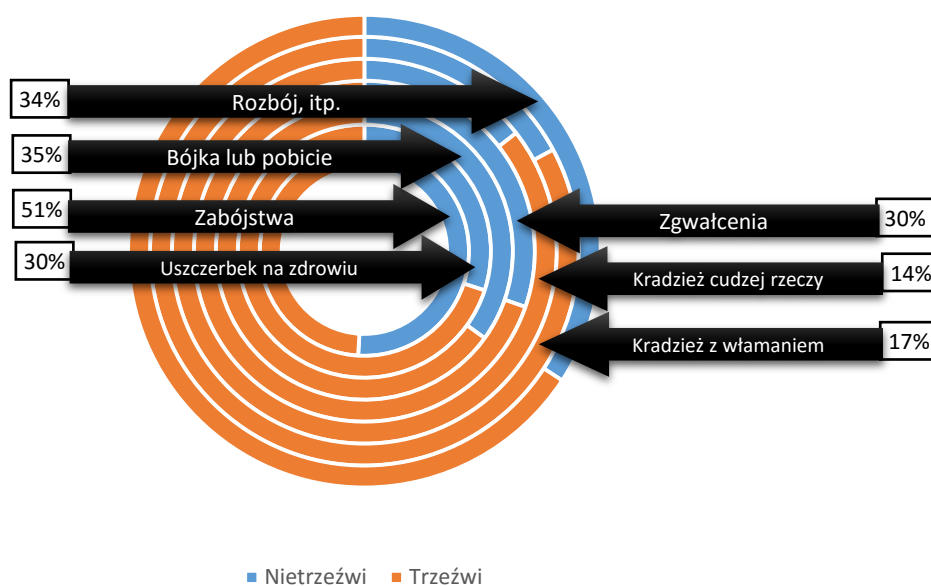


Wykres 17. Liczba przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe w 2012 r. w Polsce



Powyższy wykres przedstawia skalę przestępstw popełnianych wyłącznie przez osoby nietrzeźwe w 2012 roku w Polsce. Najwięcej przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe w 2012 roku to: kradzież cudzej rzeczy (7228 osób dorosłych, 142 osoby nieletnie) oraz bójka lub pobicie (4416 osób dorosłych, 154 nietrzeźwe). Najmniejsza liczba przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe upublicznione przez statystyki policji to zgwałcenia (227 osoby dorosłe, 9 osób nieletnich) oraz zabójstwa (294 osoby dorosłe, 3 osoby nieletnie).

Wykres 18. Udział osób nietrzeźwych w popełnianych przestępstwach w Polsce w 2012 r.





Ponad połowa (51%) zabójstw dokonanych w Polsce w 2012 roku została popełniona przez osoby nietrzeźwe (wykres 85). 35% z pośród bójek lub pobic popełniona została przez osoby nietrzeźwe, natomiast w przypadku rozbojów ponad jedna trzecia (34%). Około 30% przestępstw skutkujących uszczerbkiem na zdrowiu oraz zgwałceń dokonanych w Polsce w 2012 roku była dokonana przez nietrzeźwych sprawców. Udział osób nietrzeźwych w przestępstwach związanych z kradzieżą oscylował w przedziale 14%-17% w kradzieżach ogółem (kradzież cudzej własności – 14%, kradzież z włamaniem – 17%).

Uzależnienie od środków odurzających

Uzależnienie od środków odurzających to według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jednostka chorobowa. W kategoriach oznaczonych kodem od F10 do F19 zebrano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Przeciętnemu człowiekowi z hasłem „środki odurzające” kojarzą się zwykle narkotyki. Tymczasem termin „**substancje psychoaktywne**” rezerwuje się dla każdego związku, który wykazuje bezpośredni i wyraźny wpływ na układ nerwowy, prowadząc do silnych zmian w sferze emocjonalnej, poznawczej i w zachowaniu. ICD-10 wyróżnia główne kategorie diagnostyczne zaburzeń ze względu na typ substancji oraz podaje dodatkowe kategorie odnoszące się do rodzaju zaburzenia²⁵.

Ze względu na typ substancji, podzielono **zaburzenia psychiczne** i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem²⁶:

- alkoholu (F10) - Zaburzenia spowodowane zażywaniem alkoholu wiążą się z jego tłumiącym działaniem na układ nerwowy. Alkohol może dawać uczucie rozluźnienia, odprężenia i prowadzić do rozhamowania poprzez osłabienie kontroli zachowania. Wywołuje uzależnienie fizyczne, wykazuje toksyczne działanie na komórki organizmu, w tym zwłaszcza na neurony. Większe dawki (6-8 g na 1 kg masy ciała) są już śmiertelne. z przyjmowaniem alkoholu wiąże się wiele problemów społecznych (np. rozboje, kradzieże, patologie rodzinne) i zdrowotnych.,
- opiatów (F11) - Opiaty i opioidy to alkaloidy otrzymywane głównie z maku lekarskiego lub drogą syntetyczną, np.: opium, morfina, heroina, „kompot makowy”, kodeina, metadon, fentanyl, dolargan. Działają znieczulająco, wywołują błogostan, apatię, silnie zaburzają procesy uwagi, pamięci, spostrzegania i myślenia. Dłuższe przyjmowanie opiatów wywołuje

²⁵ <https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-srodkow-odurzajacych>

²⁶ Ibidem.



spustoszenie w organizmie (uszkodzenia wielu narządów wewnętrznych i układu nerwowego). Silnie uzależniają fizycznie. Duża dawka jest śmiertelna. Objawy abstynencyjne przypominają na początku silną gripę i są bardzo nieprzyjemne.,

- kannabinoli (F12) - Kannabinole są pochodnymi konopi indyjskich i konopi siewnych. Najbardziej popularne, to: marihuana, haszysz i olej cannabis. Główną substancją psychoaktywną jest THC – tetrahydrocannabinol. Ma długi okres półtrwania (ponad 20 godzin). Wywołuje uczucie odprężenia i lekkiego podniecenia, zmniejsza samokontrolę, prowadzi do zaburzeń percepcji (czasu, przestrzeni, obrazu ciała, własnego „Ja”). Kannabinole dają lepszą samoocenę, uczucie wyostżenia zmysłów, niekontrolowany śmiech, „filozofowanie”, ale osłabiają pamięć, koordynację wzrokowo-ruchową i czynności automatyczne. Zawierają wiele substancji kancerogennych (wywołujących nowotwory). Dłuższe zażywanie prowadzi do zespołu apatyczno-abulicznego. Mogą uzależniać psychicznie, uzależnienie fizyczne jest słabo manifestowane.,
- leków nasennych i uspokajających (F13) – to leki sedatywno-trankwilizujące. Należą do nich głównie barbiturany i benzodiazepiny: cyklobarbitał, luminal, diazepam, oksazepam, relanium. Działają tłumiąco na układ nerwowy (nasennie, przeciwdrgawkowo, przeciwłękowo, uspokajająco i znieczulająco). W połączeniu z alkoholem mogą prowadzić do śmierci. Silnie uzależniają psychicznie i fizycznie. Powinny być stosowane tylko zgodnie z zaleceniami lekarza. Stosowane są także w usuwaniu objawów abstynencyjnych w chorobie alkoholowej. Wieloletnie przyjmowanie tych środków prowadzi do zaburzeń neurologicznych, hormonalnych, układu krążenia i oddechowego oraz chorób psychicznych, łącznie z zespołem otępiennym.
- kokainy (F14) - Kokaina to alkaloid otrzymywany z liści krzewu kokainowego, który silnie uzależnia psychicznie. Zależność fizyczna jest słabo wyrażona. Zażycie kokainy działa pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy, powodując: euforię, wyostżenie percepcji, jasność myślenia, redukcję lęku społecznego, bezsenność, spadek łaknienia, wzrost ciśnienia krwi, rozszerzenie źrenic, podniecenie seksualne. Bardziej lotne formy kokainy to „crack” i kokaina wolnozasadowa. Kokaina bywa przeważnie przyjmowana kilkudniowymi ciągami, wielokrotnie w ciągu doby, aż do całkowitego wyczerpania fizycznego i psychicznego. Osoby uzależnione są skrajnie wyniszczone (brak łaknienia, wzrost aktywności, bezsenność), wykazują zaburzenia koncentracji uwagi, podejrzliwość, agresję, drażliwość, pojawiają się myśli samobójcze, anhedonia, zaburzenia psychotyczne, urojenia,



majaczenie, samookaleczenia, formikacje (halucynozą dotykową – wrażenia, że po skórze chodzą pasożyty).

- substancji psychostymulujących (F15) - Należą do nich substancje pochodzenia roślinnego i syntetyczne, np.: amfetamina, metamfetamina, katha, metkatyna, kofeina, efedryna, metylfenidat. Powodują poprawę nastroju, stany euforyczne, usuwają zmęczenie, zmniejszają łaknienie, obniżają potrzebę snu, dają poczucie energii, zwiększają wydolność niektórych procesów psychicznych (uwaga, czujność, spostrzeganie), zwiększają pewność siebie. Używanie substancji stymulujących, obok uzależnienia, może wywoływać nadciśnienie, bezsenność, drażliwość, agresywność, stany maniakalne i paranooidalne oraz prowadzić do skrajnego wyczerpania. Większe dawki amfetaminy mogą prowadzić do śmierci (paraliż mięśni oddechowych, udar).
- substancji halucynogennych (F16) - Należą do nich, np.: LSD, PCP (fencyklidyna = *angel dust*), grzyby, psylocybina, meskalina, atropina, skopolamina, MDMA (ecstasy). Większość substancji halucynogennych jest pochodzenia roślinnego. Wywołują głównie różnego rodzaju zmiany percepcji: dają poczucie „poszerzenia świadomości”, „snu na jawie”, iluzje, halucynacje, urojenia, zaburzenia toku myśli, silne wahania nastroju, depersonalizację, stany psychotyczne. Halucynogeny wywołują nadwrażliwość na bodźce, mogą dawać doznania mistyczne, spostrzeganie wielozmysłowe (synestezja), zaburzenia czasu i przestrzeni. Dłuższe odurzanie się i skrajne stany świadomości mogą prowadzić do dezintegracji osobowości.
- tytoniu (F17) - Nikotyna to alkaloid o cierpkim zapachu i drażniącym smaku występujący w różnych gatunkach tytoniu. Najpopularniejszą formą przyjmowania nikotyny jest palenie tytoniu (papierosy, fajki, cygara), ale może być on również żuty lub wciągany do nosa (tabaka). Papieros zawiera przeciętnie od 15 do 20 mg nikotyny, a podczas palenia do krwi przenika około 1 mg tej substancji psychoaktywnej. Długotrwały nikotynizm i wpływ szkodliwych związków chemicznych zawartych w papierosach (np. substancje smoliste, tlenek węgla, aceton, amoniak, cyjanowodór, chlorek winylu) mogą prowadzić do poważnych chorób: nowotworów płuc i krtani, rozedmy, astmy, choroby Bürgera, katarakty albo impotencji czy niepłodności.
- lotnych rozpuszczalników (F18) – Substancje wziewne. Lotne rozpuszczalniki są inaczej określane jako „narkotyki dla ubogich”. Należą do nich: benzen, toluen, aceton, azotan amylu, trójchloroetylen, niektóre związki nitro i węglowodory. Występują w farbach, lakierach, rozpuszczalnikach, klejach,



pastach. Wspólną ich cechą jest zdolność silnego parowania w temperaturze pokojowej. Mają bardzo duże działanie psychoaktywne. Mogą dawać uczucie błogostanu, euforii, działać halucynogennie i rozhamowująco, zaburzają spostrzeganie. Uzależniają i silnie działają na pracę neuroprzebieżników mózgowych. Poprzez inhalowanie zaburzają barierę krew-mózg, działają toksycznie na układ nerwowy i wywołują ubytki istoty szarej mózgu.

- kilku substancji lub zażyciem innych substancji psychoaktywnych (F19).

Szczególnie niebezpieczny czas, w którym człowiek jest podatny na różnego rodzaju uzależnienia, to adolescencja. Okres dojrzewania wiąże się z eksperymentowaniem w zakresie rzeczywistości i własnego ciała, co czasem prowadzi do destrukcji własnej osoby. Do najczęściej wymienianych przyczyn narkomanii zalicza się²⁷:

- ciekawość poznawczą, chęć spróbowania czegoś, co jest nielegalne i zakazane,
- chęć odurzenia się dla chwilowej przyjemności,
- nudę, brak pomysłów na ciekawe spędzenie wolnego czasu,
- presję środowiska rówieśniczego, potrzebę akceptacji i zaimponowania innym,
- pragnienie ucieczki od problemów zewnętrznych (np. rodzinnych) i wewnętrznych (emocjonalnych, np. nieśmiałości, niskiej samooceny),
- modelowanie zachowań osób starszych (naśladowanie kolegów, rodziców-narkomanów itp.).

Wyróżnia się cztery fazy uzależnienia od narkotyków²⁸:

- poznawanie stanu odurzenia – pierwsze kontakty z narkotykami, np. na imprezach, dyskotekach. Zachowanie generalnie nie odbiega od dotychczas prezentowanego, ale pojawiają się kłamstwa;
- odurzanie się dla przyjemności – wzrost tolerancji organizmu na przyjmowane dawki i większa częstotliwość „brania”. Zażywanie staje się przymusem. Pojawia się „podwójne życie” i wyraźne zmiany w zachowaniu;
- odurzenie jako cel nadrzędny – zażywanie narkotyków codziennie, najczęściej w samotności. Pojawiają się problemy finansowe w związku z koniecznością kupowania coraz większych dawek. Obserwuje się stany przedawkowania, kłamstwa, kradzieże, pogarsza się stan zdrowia. Nastrój w czasie abstinencji jest bardzo przykry;

²⁷ <https://portal.abczdrowie.pl/uzaleznienie-od-srodkow-odurzajacych>

²⁸ Ibidem.



- odurzanie jako norma – stałe ćpanie, narkotyki stają się niezbędne do życia, narkoman nie potrafi odróżnić już stanu normalnego od stanu odurzenia, jest wrakiem człowieka, zdegradowanym psychicznie i fizycznie.

W ICD-10 wymieniono różne stany kliniczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, a wśród nich m.in.:

- ostre zatrucie (intoksykacja) – stan zaburzenia funkcji psychofizjologicznych (świadomości, procesów poznawczych, spostrzegania, afektu itp.) w stopniu klinicznie istotnym, bezpośrednio związany z przyjęciem substancji odurzającej w dawce mogącej wywołać zatrucie. Może występować z uszkodzeniami ciała i powikłaniami (majaczenie, drgawki, śpiączka, krwawe wymioty);
- używanie szkodliwe – sposób przyjmowania substancji psychoaktywnej, który wywołuje szkody zdrowotne, somatyczne lub psychiczne (np. zapalenie żył, „dołek” amfetaminowy, marskość wątroby). Do szkód psychicznych zalicza się też upośledzenie sądenia oraz dysfunkcyjne zachowanie, które prowadzi do niepożądanych następstw w relacjach z ludźmi. Rozpoznanie wymaga, aby charakter szkód był jasno określony i rozpoznawalny, a wzorzec zażywania utrzymywał się przez co najmniej miesiąc lub powtarzał się w ciągu ostatniego roku;
- zespół uzależnienia – uzależnienie diagnozuje się, gdy w czasie jednego miesiąca lub w sposób powtarzający się w okresie 12 miesięcy wystąpią przynajmniej 3 z poniższych objawów: silne pragnienie lub przymus przyjmowania substancji, utrata lub upośledzenie kontroli przyjmowania, fizjologiczne objawy stanu odstawienia, stwierdzenie efektu tolerancji, koncentracja życia wokół środka odurzającego, uporczywe przyjmowanie substancji mimo dowodów szkodliwych następstw;
- zespół abstynencyjny – grupa objawów po całkowitym lub częściowym odstawieniu substancji używanej w sposób powtarzany (długotrwale lub w dużych dawkach). Objawy somatyczne zależą od rodzaju substancji psychoaktywnej. Towarzyszą im z reguły: lęk, spadek nastroju, dysforia oraz zaburzenia snu. Objawy abstynencyjne mogą ustępować po przyjęciu kolejnej dawki substancji.

Narkotyki to problem społeczny. Mit, że uzależnienie od nich dotyczy jedynie ludzi bezdomnych, mieszkających na dworcach, którym życie się nie ułożyło, to bzdura. Narkomanem może być każdy, nie tylko ten, który „wygląda” jak stereotypowy narkoman. Problem z narkotykami może mieć ktoś z naszego otoczenia, kogo w ogóle o to nie podejrzewamy, bo przecież ma dobrą pracę, wspiera rodzinę albo dobre oceny w szkole i wielu przyjaciół. Uzależnienie od narkotyków to choroba i jak większość chorób może dotknąć każdego. Nie wmawiajmy sobie, że przecież „ktoś by coś



zauważyć”. Jest wiele subtelnych oznak uzależnienia, które naprawdę łatwo przeoczyć. Osoba uzależniona rzadko otwarcie przyzna się do choroby zwłaszcza, że często neguje swoje uzależnienie. Trzeba umieć dostrzegać detale, które mogą wskazywać na to, że problem istnieje, by móc jak najszybciej zareagować i pomóc²⁹.

Narkotyki są niezwykle szkodliwe. Uzależnienie to nie jedyny efekt uboczny stosowania narkotyków. Przy długotrwałym nadużywaniu są trucizną, która powoli niszczy cały organizm. Wpływają nie tylko na funkcjonowanie poszczególnych narządów, lecz także mogą zmieniać psychikę człowieka. Każdy narkotyk może powodować uzależnienie. Jedne mają mniejszy potencjał uzależniający, inne większy, ale uzależniają wszystkie. Uzależnienie fizyczne polega na tym, że po odstawieniu substancji psychoaktywnej dochodzi do reakcji ze strony fizjologii organizmu – pojawiają się nudności, wymioty, bóle głowy, ciągłe poszukiwanie narkotyku. Dzieje się tak dlatego, że organizm do tej pory przyzwyczajony do stałego dostarczania narkotyku przystosował się do tego i teraz bez substancji psychoaktywnej przestaje prawidłowo funkcjonować. Taki typ uzależnienia trzeba leczyć przez detoksykację. Uzależnienie psychiczne od narkotyków powoduje, że zachwiana zostaje psychika osoby uzależnionej. Nagle wszystko inne przestaje być ważne – liczy się tylko przyjmowanie narkotyku. Taka osoba zaniedbuje wszystkie czynności życia codziennego. Oprócz tego wzrasta u niej tolerancja na narkotyk, przez co musi zażywać ciągle więcej i więcej. Leczenie tego typu uzależnienia jest bardzo trudne i odbywa się w specjalnych poradniach i grupach terapeutycznych. Narkotyki mogą wpływać niekorzystnie na prawie każdy narząd w organizmie. Bardzo groźne są przede wszystkim zaburzenia pracy serca oraz depresja układu oddechowego, która może nastąpić, np. po długotrwałym stosowaniu heroiny. Po heroinie może także dojść do zaburzeń perystaltyki przewodu pokarmowego oraz zatrzymania moczu. Po wielu narkotykach występują osłabienie łąknienia, spadek masy ciała, zaburzenia odporności. Często są też zaburzenia miesiączkowania, obniżenie płodności, czasem spadek libido. Mogą też wystąpić takie dolegliwości, jak przewlekły kaszel czy katar oraz krwawienia z nosa. Zdarzają się też drgania mięśniowe, nagłe wzrosty ciśnienia czy bóle głowy, nudności, wymioty. Przy niektórych narkotykach przyjmowanych drogą dożylną może dojść do powstawania zatorów, a w konsekwencji – mikroudarów w mózgu.

Narkotyki mogą też wyrządzić dużą szkodę w psychice człowieka. Zmiany nastroju pod ich wpływem są bardzo różne – od depresji do nadmiernej euforii. Ponadto, może wystąpić nadmierna senność albo wręcz przeciwnie – bezsenność. Człowiek czuje niepokój, traci kontrolę nad tym, co się dzieje. Pojawiają się napadowe agresywne

²⁹ <https://portal.abczdrowie.pl/objawy-uzaleznienia-od-narkotyko>



zachowania. Mogą się też pojawić halucynacje i omamy, rzeczywistość płynnie się miesza z tym, co człowiek ma tylko w swojej głowie i często trudno te dwa światy od siebie odróżnić. Długotrwałe zażywanie narkotyków może powodować wystąpienie przewlekłych psychoz lub nerwic, które mogą ciągnąć się latami, mimo odstawienia narkotyków. Narkotyki mogą też być czynnikiem spustowym dla schizofrenii³⁰.

Tabela 10. Zabezpieczone narkotyki w Polsce w latach 2010-2013

Rodzaj	2010	2011	2012	2013
amfetamina	518,1 kg	393,9 kg	593.8 kg	639,9 kg
marihuana	1 324,2 kg	1 211,1 kg	1 276 kg	1 176,7 kg
haszysz	85,4 kg	78,2 kg	38,5 kg	33,1 kg
heroina	24,6 kg	6,4 kg	3,5 kg	4,8 kg
kokaina	110,9 kg	75,5 kg	210 kg	19,9 kg
LSD	803 szt.	743 szt.	29 173 szt.	355 szt.
ectasy	269 298 szt.	76 090 szt.	31 044 szt.	44 878 szt.
laboratoria	13	12	15	16

Tabela 10. Prezentuje ilość zabezpieczonych narkotyków w Polsce w latach 2010 -2013. W 2014 r. Policja zabezpieczyła ponad tysiąc kilogramów marihuany (mniej niż w latach poprzednich) oraz ponad 600 kg amfetaminy, co stanowi wzrost w stosunku do lat poprzednich. Zdecydowany spadek ilość zabezpieczonych narkotyków takich jak heroina czy haszysz odnotowano w 2013 roku względem roku 2010 (haszysz: 2010 - 85,4kg, 2013 - 33,1kg; heroina: 2010 - 24,6kg, 2013: 4,8kg). Najbardziej zauważalny spadek ilości zabezpieczonych narkotyków dotyczy kokainy - w 2010 r. zabezpieczono ponad 110 kg, natomiast w 2013 r. zaledwie 20kg. Spadła również liczba zabezpieczonych tabletek LSD i ectasy kolejno: z 803 szt. w 2010 r. do 355 szt. LSD w 2013 r. oraz z 269 tys. szt. na 45 tys. szt. Ectasy w roku 2013. Zwiększyła się natomiast liczba zabezpieczonych laboratoriów produkujących substancje psychoaktywne - z 13 w 2010 roku na 16 w 2013 r.

Tabela 11. Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce w latach 2010- 2014

	Liczba wszczętych postępowań	Liczba podejrzanych	- w tym liczba podejrzanych nieletnich
2014	28 894	28 460	2 789
2013	25 064	28 359	3 566
2012	23 025	29 340	4 595

³⁰ <https://portal.abczdrowie.pl/skutki-zazywania-narkotykow>



	Liczba wszczętych postępowań	Liczba podejrzanych	- w tym liczba podejrzanych nieletnich
2011	22 940	29 146	4 440
2010	20 832	26 865	4 119

Według Tabela 11 konsekwentnie zwiększa się liczba popełnianych przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce. Liczba wszczętych postępowań zwiększyła się o ponad 8 tys. porównując lata 2010 i 2014, zwiększyła się również liczba podejrzanych z blisko 2t tys. w 2010 roku na 28,5 w roku 2014. Natomiast zmniejszyła się liczba osób nieletnich wśród osób podejrzanych o przestępstwa narkotykowe – z ponad 4 tys. na blisko 3 tys. podejrzanych.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych tzw. dopalaczy

Dopalacze to produkty zawierające substancje psychoaktywne, które nie zostały dodane do listy zabronionych. Legalne dopalacze mają podobne działanie do substancji nielegalnych i mogą powodować równie tragiczne skutki. Pomimo tego, ludzie nadal po nie sięgają i ciągle pojawiają się nowe dopalacze.

Większość dopalaczy zawiera substancję silnie stymulującą, która obciąża układ krążenia powodując przyspieszenie rytmu serca i podwyższenie ciśnienia krwi. Dlatego długotrwałe stosowanie dopalaczy może powodować uszkodzenie serca i naczyń krwionośnych, problemy z oddychaniem, śpiączkę, a nawet śmierć. Dopapalacze zawierają substancje wyprodukowane chemicznie lub otrzymane naturalnie (substancje roślinne). Wywołują one euforię u człowieka i dodają energii. Dopapalacz ma negatywny wpływ na zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Substancja ta wpływa na zmiany w mózgu oraz zmiany w jego funkcjonowaniu. Powoduje zniekształcenie otaczającej rzeczywistości, tzw. halucynacje, czyli osoba używająca dopapalacze widzieć i słyszeć coś, co tak naprawdę nie istnieje. Dopapalacze mogą także powodować delirium, czyli stan dezorientacji, w który osoba traci kontakt z rzeczywistością, odczuwa irracjonalny strach, lęk lub złość, oraz mówi rzeczy, które nie mają sensu dla osoby słuchającej. Delirium może się pojawić nawet po pierwszym użyciu dopapalacza.

Nudności – to dość częsty efekt używania dopapalaczy, szczególnie jeśli osoba korzystająca z tej używki, łączyła ją z innymi narkotykami lub alkoholem. Mdłości mijają w momencie, kiedy organizm oczyścił się z tej substancji. Nie można jednoznacznie określić, kiedy ciało całkowicie usuwa resztki dopapalacza z organizmu, gdyż zależy to od składu używki, a ta bardzo się różni. Dodatkowo handlujący ciągle zmieniają skład chemiczny substancji, by skutecznie omijać obowiązujące zakazy odnośnie substancji szkodliwych. Najczęściej osoby korzystające z używki nie wiedzą, jaki dokładnie jest skład substancji.



Odwodnienie – używanie dopalaczy powoduje, że organy organizmu zużywają więcej energii niż normalnie, co powoduje większe pocenie i wzrost temperatury ciała. Jeśli osoba zażywająca środki nie uzupełni ilości płynów w organizmie może dojść do niebezpiecznego przegrzania.

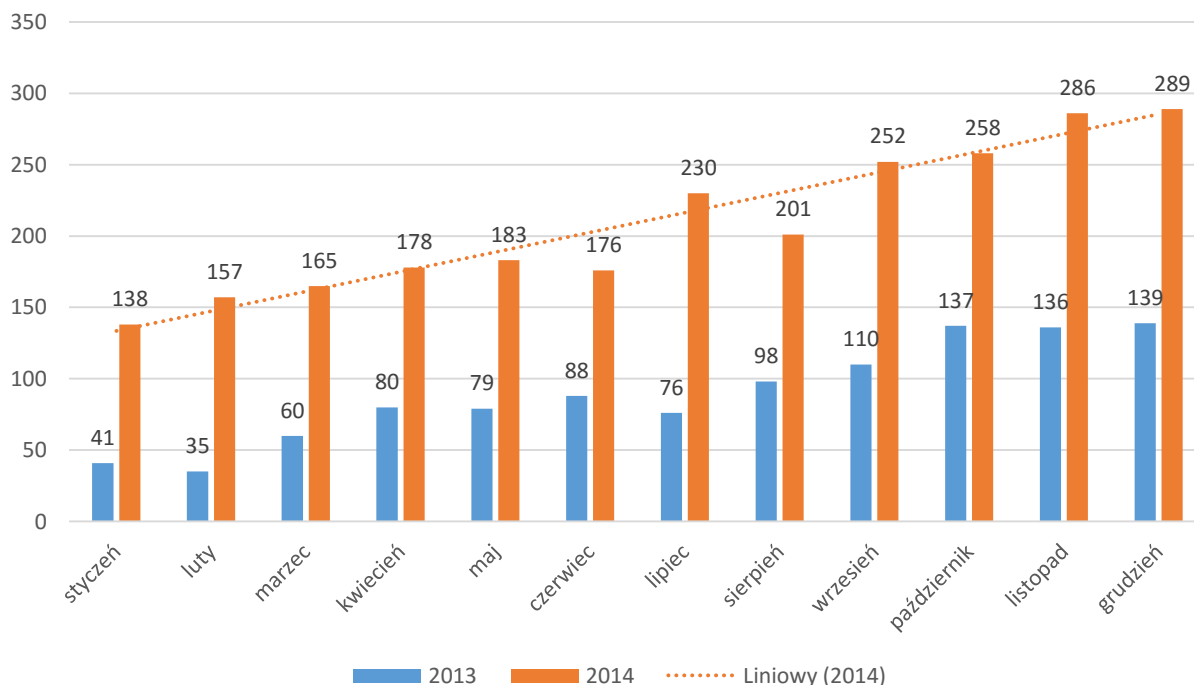
Dopalacze są dużym problemem w naszym społeczeństwie. Pomimo, iż powszechnie mówi się, że są one bardzo niebezpieczne, wiele młodych ludzi dalej po nie sięga.

Skład chemiczny dopalaczy ulega ciągłej zmianie w celu ominięcia zakazów antynarkotykowych. Wraz z wejściem ustawy zabraniającej obrotu konkretną substancją psychoaktywną producenci zamieniają ją na jej analog, czyli substancję, która ma bardzo podobne działanie, a jeszcze nie została zakazana. W Stanach Zjednoczonych, Australii i Nowej Zelandii rozszerzono definicję nielegalnych substancji psychotropowych, dzięki czemu taki proceder jest niemożliwy. Kolejnym problemem prawnym w Polsce jest fakt, że produkty oficjalnie nieprzeznaczone do spożycia nie podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co skwapliwie zostało wykorzystane przez producentów rozprowadzających dopalacze jako „produkty kolekcjonerskie”. Ze względu na ominięcie przepisów substancje psychoaktywne stały się dostępne dla ludzi, mimo iż ich szkodliwość nie została nawet przebadana. Obecnie obrót dopalaczami stał się zabroniony, dzięki czemu ich dostępność została znacznie utrudniona. Warto pamiętać, że niewinnie wyglądające tabletki mogą prowadzić do utraty zdrowia, a nawet życia.

Uzależnić można się zarówno od substancji zażywanej, jak i od stanu emocjonalnego uzyskiwanego za pomocą używki – jednym słowem uzależnić można się od wszystkiego. Reklamy, propaganda i znajomi – często właśnie dzięki nim młody człowiek sięga po używki. Kiedy reklama mówi, że po zażyciu danego produktu pamięć się wzmocni, to młody człowiek nie będzie potrafił skupić się bez danego produktu. Również uprawiając jakiś sport i chcąc osiągnąć wysoki wynik, należy sięgnąć po batonika, cukierka czy napój, które na pewno zapewnią zwycięstwo. To wszystko powoduje, że młoda osoba przenosi później te używki do życia codziennego i do dyskotek, ponieważ bez pobudzenia chemicznego nie czuje się na siłach, aby coś osiągnąć. Działa tu tzw. efekt placebo.

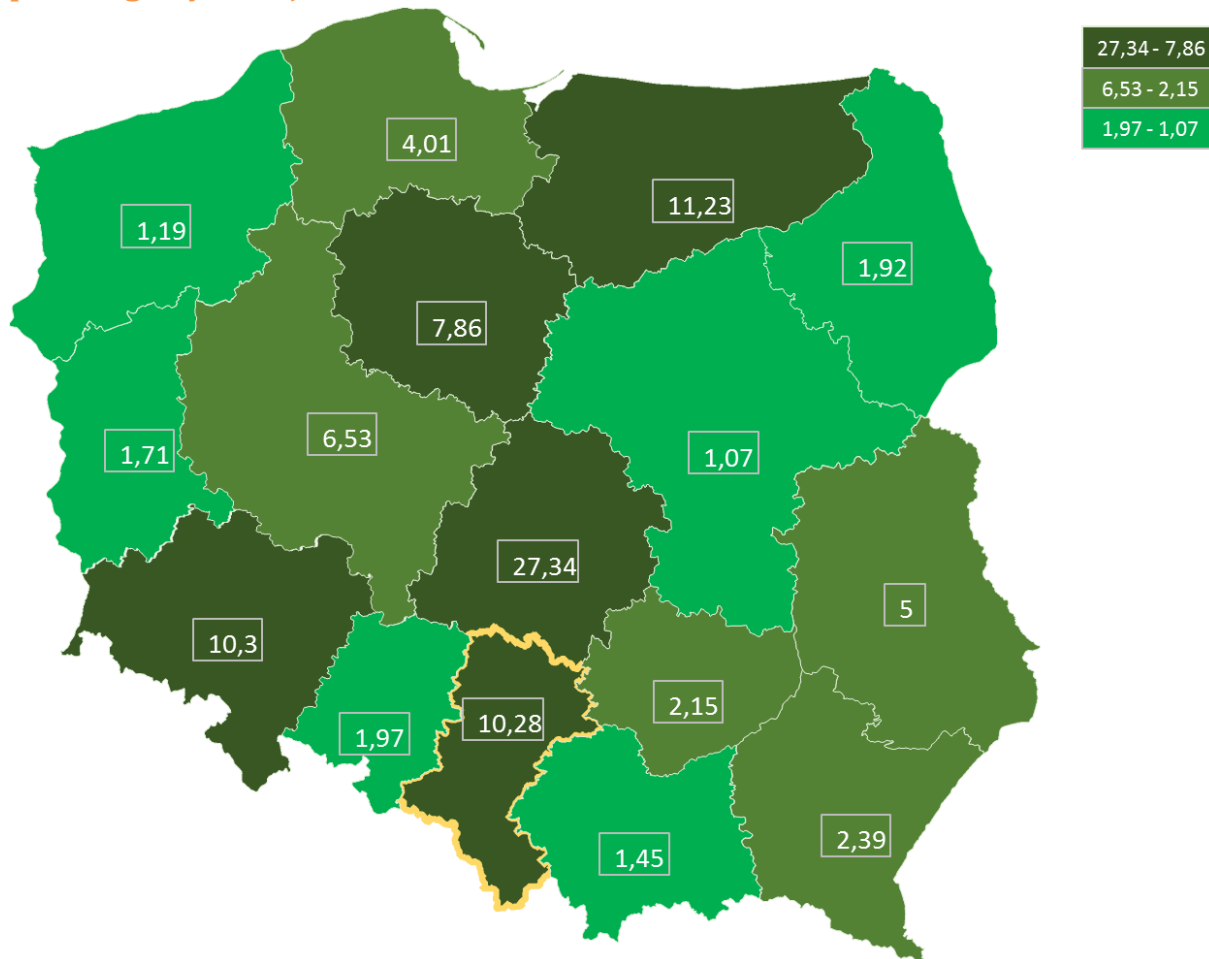


Wykres 19. Liczba zgłoszonych podejrzeń zatruc dopalaczami w poszczególnych miesiącach w latach 2013-2014 w Polsce



Na podstawie danych Głównej Inspekcji Sanitarnej zawartych w raporcie *Razem przeciwko dopalaczom 2013-2014* przedstawionych na wykresie 86 liczba zgłoszonych podejrzeń zatruc dopalaczami drastycznie wzrastała kolejno w każdym miesiącu w latach 2013-2014. Na przestrzeni dwóch lat liczba zgłoszonych zatruc wzrosła z 41 (styczeń 2013) do 289 (grudzień 2014). Niepokojąca wydaje się być systematycznie rosnąca liczba zgłoszeń postępująca w każdym miesiącu oraz ponad dwukrotny wzrost liczby zgłoszonych podejrzeń porównując poszczególne miesiące w latach 2013 i 2014).

Wykres 20. Wskaźnik zgłoszonych zatruc dopalaczami na 100 tys. mieszkańców poszczególnych województw w 2014 r.



Analizując wskaźnik zgłoszonych zatruc dopalaczami na 100 tys. mieszkańców województwo śląskie na tle kraju plasuje się w trzeciej – najgorzej wyglądającej grupie województw przekraczającą 7,86. W danym przedziale znajdują się również: Łódzkie, Województwo Warmińsko-mazurskie, Dolnośląskie, Kujawsko-Pomorskie, z czego 3 pierwsze razem z Województwem Śląskim przekraczając wskaźnik na poziomie 10 są w najgorszej sytuacji porównując cały kraj. Najwyższy wskaźnik występuje w województwie Łódzkim – 27,37. Najniższy wskaźnik odnotowano w województwie mazowieckim (1,07) oraz zachodniopomorskim (1,19).



6.2.2. Podstawy prawne, dokumenty powiązane

- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
- Roz. Min. Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2011-2015
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu
- Rozporządzenie z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami
- Rozporządzenie z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania nietrzeźwych
- Rozp. z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartości alkoholu
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych
- Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 117 poz. 678)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2012 poz. 124)
- Ustawa z dnia 17 lutego 2006 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 66, poz. 469)
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. Nr 120, poz. 826)
- Ustawa z dnia 7 grudnia 2006 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 7, poz. 48)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie określenia trybu składania ofert, kryteriów ich oceny oraz terminów postępowania konkursowego w sprawie wyboru programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych (Dz.U. Nr 64, poz. 455)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. Nr 132 poz. 931)



- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (Cel operacyjny 2),
- Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- Narodowego Programu Zdrowia,
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016,
- Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego GAMBIT 2005,
- Globalna Strategia Alkoholowa
- Strategia Unii Europejskiej w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu,
- Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2020”,
- Strategii1 Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020,
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016,
- Strategia Antynarkotykowa UE na lata 2013 – 2020
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 – 2016
- Konwencja o środkach odurzających
- Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi.

Założenia Podstrategii są spójne z Narodowym Programem Zdrowia:

1. W obszarze gospodarki przyjmuje się zasadę, że alkohol jest specyficznym, odmiennym od innych produktów towarem. Wymaga specjalnych regulacji prawnoadministracyjnych oraz finansowych, umożliwiających wyższy stopień kontroli niż ta, która obowiązuje w systemie wolnorynkowym wobec innych produktów. Należy dążyć do zwiększenia skuteczności systemu kontroli państwa nad rynkiem wyrobów alkoholowych.
2. W obszarze życia społeczno-politycznego priorytetem są działania i decyzje służące profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych, pozostające w kompetencji i zakresie odpowiedzialności resortów: zdrowia, edukacji, pracy i polityki społecznej, sprawiedliwości, obrony narodowej, spraw wewnętrznych oraz samorządów województw i gmin.
3. Niezbędne jest systematyczne finansowanie Programu w ramach wyodrębnionych pozycji budżetowych resortu zdrowia, w ramach budżetów innych resortów, a także w ramach środków uzyskanych przez samorządy wojewódzkie i gminne z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu.
4. Wskazane jest tworzenie warunków służących usprawnieniu działalności jednostek państwowych, stowarzyszeń i fundacji realizujących programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.



5. Skuteczne wdrażanie programu wymaga współdziałania pomiędzy organami administracji rządowej i samorządowej różnych szczebli oraz Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji.
6. Centralne organy administracji rządowej oraz Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, kierując się zasadą pomocniczości państwa, realizują zadania o zasięgu ogólnokrajowym i dostarczają profesjonalnego wsparcia dla działań samorządów terytorialnych. Podstawową rolę w tym zakresie spełnia Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, realizując zadania własne, powierzone jej przez ustawę, koordynując realizację Narodowego Programu oraz przygotowując sprawozdania z realizacji ustawy dla Sejmu. PARPA udziela wsparcia merytorycznego instytucjom, organizacjom, i samorządom terytorialnym w realizacji zadań z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych.
7. Minister zdrowia zapewnia spójną politykę państwa wobec alkoholu i związanych z nim problemów oraz nadzoruje realizację zadań profilaktyczno-naprawczych, służących ograniczeniu problemów i szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem alkoholu.
8. Samorzady województw poprzez pełnomocników ds. rozwiązywania problemów alkoholowych i współpracujące z nim służby wojewódzkie zapewniają koordynację realizacji wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, udzielają pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządom gminnym oraz instytucjom i organizacjom pozarządowym działającym na terenie województwa, specjalizującym się w rozwiązywaniu problemów alkoholowych.
9. Cele strategiczne i działania określone w Programie stanowią integralną część wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i są włączone do globalnej strategii rozwoju województwa.
10. Samorzady gminne, realizujące zadania określone w ustawie w formie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, korzystają z pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządów województw oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Do realizacji wybranych celów mogą tworzyć porozumienia międzygminne oraz współpracować z instytucjami powiatowymi.
11. Organizacje pozarządowe są ważnym partnerem w realizacji zadań określonych w Programie na szczeblu centralnym, wojewódzkim i gminnym.
12. Organy administracji rządowej i samorzady lokalne współpracują ze środowiskami samopomocowymi osób z problemami alkoholowymi, udzielając im odpowiedniego wsparcia i korzystając z ich pomocy.
13. Rada Ministrów:

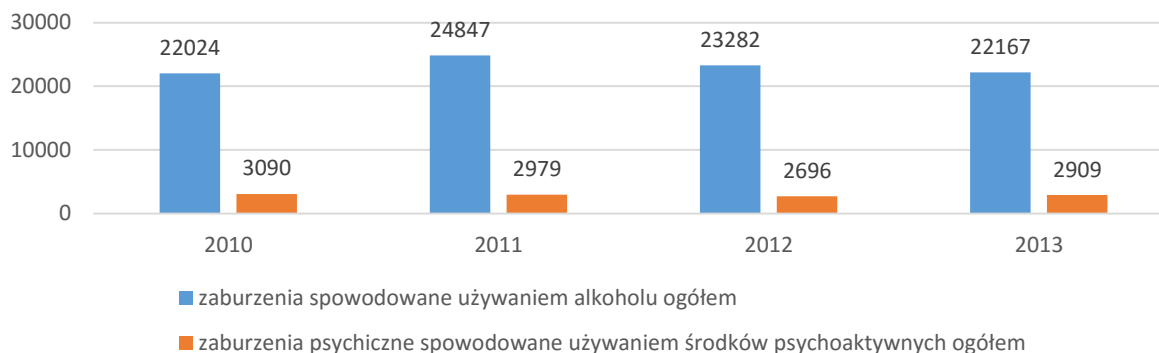


- a. zatwierdza założenia polityki społeczno-gospodarczej opracowane w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- b. składa corocznie Sejmowi sprawozdanie z wykonania ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, przygotowywane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

6.2.3. Diagnoza obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego w podziale na poszczególne gminy powiatu:

Charakterystyka problemu

Wykres 21. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu w latach 2011-2013 w Województwie Śląskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny

Największą liczbę osób zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu ogółem odnotowano w 2011 roku (blisko 25 tys. osób), natomiast w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych ogółem w 2010 roku (ponad 3 tys. osób). Liczba osób zarejestrowanych w poradniach w latach 2010 – 2013 oscylowała na podobnym pułapie.

Tabela 12. Dane dotyczące przemocy w rodzinie w województwie śląskim

Rok	2012	2013	2014
Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu (ogółem)	4054	5037	6203
kobiet	151	225	300
mężczyzn	3901	4809	5899
nieletnich	2	3	4



Rok	2012	2013	2014
- w tym: doprowadzonych do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek (ogółem)	1356	1589	2603
kobiet	48	94	134
mężczyzn	1307	1492	2466
nieletnich	1	3	3
- w tym: doprowadzonych do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych do wytrzeźwienia (ogółem)	1278	1428	1276
kobiet	31	42	54
mężczyzn	1245	1386	1222
nieletnich	2	0	0

Źródło: Opracowanie własne EU-Consult Sp. z o.o. na podstawie „Sprawozdań z realizacji przez Policję procedury NIEBIESKIEJ KARTY” za lata 2012-2014, udostępnionych przez Komendę Wojewódzką Policji w Katowicach

Tabela 12. przedstawia dane dotyczące przemocy w rodzinie w województwie śląskim, z której wynika, że systematycznie wzrasta liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu z ponad 4 tys. w 2012 roku do ponad 6 tys. w roku 2014. W województwie Śląskim szacuje się, że blisko 5900 mężczyzn i 300 kobiet w 2014 roku stosowała przemoc domową pod wpływem alkoholu, z czego prawie 2500 mężczyzn i 134 kobiety zostały doprowadzone do izb wytrzeźwień lub innych tego typu placówek. Natomiast 1222 mężczyzn i 54 kobiety zostały doprowadzone do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych do wytrzeźwienia.

Tabela 13. Dane dotyczące liczby osób doznających przemocy w rodzinie, osób stosujących przemoc i jej świadków w 2012 r.

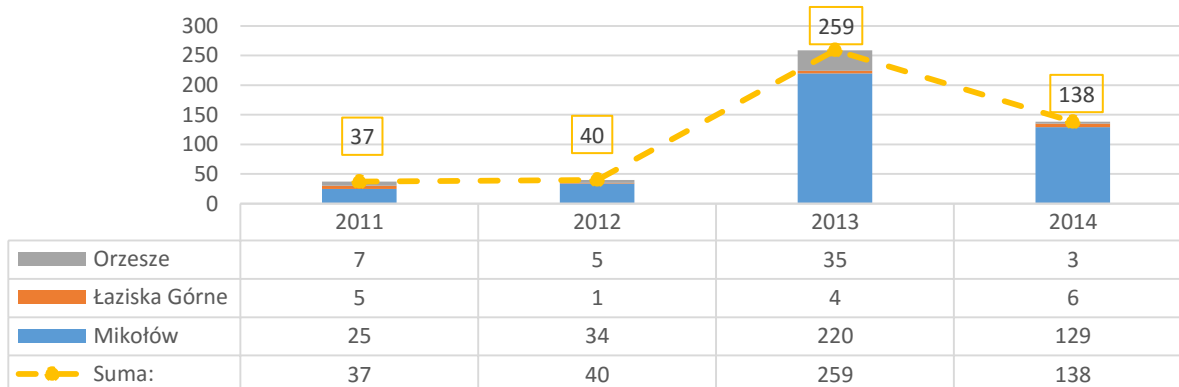
Powiat	Gmina	Osoby doznające przemocy w rodzinie	Osoby stosujące przemoc w rodzinie	Świadkowie przemocy w rodzinie
Mikołowski	Orzesze	0	0	0
	Ornontowice	3	3	0
	Wry	3	3	0
	Łaziska Górne	2	2	0
	Mikołów	25	15	0
Suma		33	23	0

Źródło: Opracowanie ROPS na podstawie ankiet PARPAG1 za 2012 r. [podane za: Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w województwie śląskim na lata 2014-2020, Katowice, 2014 r.]

W Powiecie Mikołowskim w 2012 roku (Tabela 13) ofiarami przemocy domowej były 33 osoby, z czego najwięcej (25) w Mikołowie, po 3 w Gminie Ornontowice i Gminie Wry, a 2 w Łaziskach Górnych. W 2012 roku, w Powiecie Mikołowskim przemoc w rodzinie stosowały 23 osoby (15 w Mikołowie, po 3 w Gminie Ornontowice i Gminie Wry, 2 w Łaziskach Górnych), natomiast w żadnej z Gmin Powiatu Mikołowskiego nikt oficjalnie nie był świadkiem przemocy w rodzinie.



Wykres 22. Skala ilości ujawnionych czynów na terenach poszczególnych gmin Powiatu Mikołowskiego w latach 2011-2014



W 2014 roku Wydział Kryminalny KPP w Mikołowie, wraz z podległymi Komisariatami w Łaziskach Górnych i Orzeszu (wykres 89) ujawnił i stwierdził 138 czynów z Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, tj. o 91 mniej niż w analogicznym okresie roku ubiegłego, jednak więcej o 98 niż w roku 2012 i o 101 więcej porównując z rokiem 2011.

Mikołów

Ze względu na brak oficjalnych informacji na temat liczebności osób uzależnionych w poszczególnych powiatach i gminach liczbę osób uzależnionych w każdej Gminie można oszacować analogicznie do szacunków PARPA³¹:

- Ok 2% populacji to osoby uzależnione od alkoholu,
- Ok 4% populacji to osoby dorosłe, żyjące w otoczeniu alkoholika, takie jak: współmałżonkowie, rodzice itd.,
- Ok 4% populacji to dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików,
- Ok 6% populacji to osoby pijące szkodliwie,
- 2/3 dorosłych oraz 2/3 dzieci z rodzin alkoholików to ofiary przemocy domowej.

Tabela 14. Liczba osób, wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mikołowie na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Mikołów
Populacja		38478602	96107	39795
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	796
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	1592

³¹ Dane szacunkowe wg.: <http://www.parpa.pl/>



	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Mikołów
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	1592
Osoby pijące szkodliwie	ok.6% populacji	2308716	5766	2388
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	2120

Z powyższej tabeli wynika, że w Powiecie Mikołowskim żyje blisko 2000 osób uzależnionych od alkoholu i prawie 4000 osób żyjących w otoczeniu alkoholika oraz tyle samo dzieci żyjących w rodzinach alkoholików. Według szacunków 5766 mieszkańców Powiatu Mikołowskiego to osoby pijące szkodliwie, natomiast 5121 to ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

W Mikołowie szacuje się, że 796 osób jest uzależnionych od alkoholu, a ponad 1500 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Blisko 2400 osób to osoby pijące szkodliwie, a ok. 2100 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Łaziska Górne

Tabela 15. Liczba osób, wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Łaziskach Górnych na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Łaziska Górne
Populacja		38478602	96107	22419
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	448
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	897
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	897
Osoby pijące szkodliwie	ok.6% populacji	2308716	5766	1345
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	1194

W Łaziskach Górnych (Tabela 15.) szacuje się, że 448 osób jest uzależnionych od alkoholu, a blisko 900 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 1300 osób to osoby pijące szkodliwie, a ok. 1200 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.



Orzesze

Tabela 16. Liczba osób, wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mieście Orzesze na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Orzesze
Populacja		38478602	96107	20194
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	404
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmażonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	808
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	808
Osoby pijące szkodliwie	ok. 6% populacji	2308716	5766	1212
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	1076

W Orzeszu (Tabela 16.) szacuje się, że 404 osoby są uzależnione od alkoholu, a ponad 800 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 1200 osób to osoby pijące szkodliwe, a ok. 1000 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Tabela 17. Interwencje Komisariatu Policji w Orzeszu

	liczba interwencji			
	2010	2011	2012	2013
Interwencje wobec osób nietrzeźwych	533	346	389	252
Liczba zatrzymań nietrzeźwych kierujących	77	81	82	17
Liczba założonych Niebieskich Kart	19	16	7	29

W 2013r. w Izbie Wytrzeźwień (Tabela 17) przebywało 91 mieszkańców Orzesza (w tym 8 kobiet, 83 mężczyzn), w roku 2012 - 83, w roku 2011 - 75, a w roku 2010 - 73 osób. Do Sądu Rejonowego w Mikołowie wpłynęły w 2013r. 14 wnioski o zobowiązanie do leczenia odwykowego wobec mieszkańców Orzesza, z czego prowadzone były 27 sprawy (w 2012r. - 22 spraw).

Komisariat Policji w Orzeszu prowadzi sprawy związane z nadużywaniem alkoholu. W 2013r. miało miejsce 252 interwencje wobec osób nietrzeźwych lub będących pod wpływem alkoholu (w roku 2012 podjęto 389 interwencji). Ponadto w 2013r. zatrzymano 17 nietrzeźwych kierowców, bądź kierujących będących pod wpływem alkoholu (w 2012r. - 82). W Komisariacie Policji w Orzeszu prowadzono w 2013r. 3 postępowania w sprawach z Ustawy o narkomanii, gdzie postawiono 3 zarzuty o przestępstwo (w 2012r. - 5 zarzutów).



Alkohol a koszty pomocy społecznej - w 2013 roku z pomocy materialnej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Orzeszu korzystały 300 rodzin. W 36 rodzinach występował problem uzależnienia od alkoholu, rodziny te zostały objęte pomocą. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc rodzinom, w których występuje problem alkoholowy wyniosła w 2013 roku 49 228 zł.

Alkohol a przemoc domowa - Ze zjawiskiem uzależnienia często związany jest także problem przemocy domowej. Problem przemocy domowej występuje w 14 rodzinach (w 2012r. - 37). Rodziny te objęte są działaniami zespołu interdyscyplinarnego - wprowadzona jest procedura niebieskiej karty. Także w orzeskim Komisariacie Policji w przypadku zaistnienia przemocy domowej zakłada się tzw. Niebieskie Karty. W roku 2013 założono 29 Niebieskich Kart (w roku 2012 - 7).

W Sądzie Rejonowym w Mikołowie toczą się postępowania wobec osób stosujących przemoc wobec rodziny - w 2013r. zarejestrowano 1 sprawę (w 2012r. - 4).

Również Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie pomaga osobom borykającym się z problemem alkoholowym oraz z problemem przemocy domowej – w 2013 roku z pomocy skorzystało 23 mieszkańców z terenu Orzesza, udzielono 152 porady.

Gmina Ornontowice

Tabela 18. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Ornontowice na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Gmina Ornontowice
Populacja		38478602	96107	5963
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	119
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	239
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	239
Osoby pijące szkodliwie	ok. 6% populacji	2308716	5766	358
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	318

W Gminie Ornontowice (Tabela 18) szacuje się, że 119 osób jest uzależnionych od alkoholu, a ponad 200 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 350 osób to osoby pijące szkodliwie, a ok. 300 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.



Tabela 19. Liczba punktów sprzedaży alkoholu w Gminie Ornontowice

	2012	2013
Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na dzień 31.12.2013r.	18	17
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży	10	10
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży	8	7

W 2013 roku w Gminie Ornontowice (Tabela 19.) 17 punktów prowadzi sprzedaż napojów alkoholowych, w tym 10 prowadzi sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży, a 7 do spożycia w miejscu sprzedaży. Względem 2012 roku zmniejszyła się wyłącznie liczba punktów sprzedaż prowadzące sprzedaż napojów do spożycia na miejscu.

Tabela 20. Działania podejmowane przez GKRPA w Ornontowicach

	2012	2013
Liczba posiedzeń GKRPA	5	4
Liczba spraw prowadzonych przez GKRPA o w celu zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego	10	15
Liczba wniosków skierowanych do Komisji o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego	7	10
Liczba wniosków do sądu o wszczęcie postępowania w sprawie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu	1	3
Liczba przeprowadzonych badań lekarzy biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu	5	6
Liczba osób, które podjęły leczenie w placówce lecznictwa odwykowego	4	5

Tabela 20. przedstawia liczbę działań podejmowanych przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która w 2013 roku zbierała się czterokrotnie prowadząc 15 spraw. Do Komisji w 2013 roku zostało zgłoszonych 10 wniosków o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego, a GKRPA skierowała 3 wnioski do sądu o wszczęcie postępowania w sprawie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Tabela 21. Liczba interwencji policji na terenie Gminy Ornontowice

	2012	2013
Liczba interwencji ogółem	340	430
Liczba interwencji z udziałem osób znajdujących się pod wpływem środków psychoaktywnych (głównie alkoholu)	190	132
Liczba osób przewiezionych do izby wytrzeźwień	19	37
Liczba zatrzymanych kierowców w stanie nietrzeźwości	8	37
Liczba zatrzymanych osób za posiadanie narkotyków	2	0



W powyżej tabeli ujęta została liczba interwencji policji na terenie Gminy Ornontowice (w 2012 roku – 340, 2013 – 430) z uwzględnieniem interwencji z udziałem osób znajdujących się pod wpływem środków psychoaktywnych (w 2012 roku – 190, 2013 – 132). Warto zauważyć, że przy zwiększonej liczbie interwencji policji zmniejszyła się liczba interwencji powiązanych ze środkami psychoaktywnymi. W 2013 roku zwiększyła się liczba osób przewiezionych do izby wytrzeźwień oraz liczba kierowców zatrzymanych w stanie nietrzeźwości.

Tabela 22. Działania podejmowane przez punkt konsultacyjny, GOPS na terenie Gminy Ornontowice

Punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy

	2012	2013
Liczba udzielonych porad ogółem	54	113
Porady prawnika	27	34
Porady psychologa	27	79
Gminny ośrodek pomocy społecznej		
Liczba rodzin z problemem alkoholowym którym udzielono różnych form pomocy finansowej i materialnej w formie obiadów, zasiłków celowych oraz zasiłków okresowych	6	5
Świetlica profilaktyczno-wychowawcza i terapeutyczna		
Liczba dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, w tym z rodzin z problemem alkoholowym bądź z podejrzeniem problemu alkoholowego objętych pomocą w ramach działalności Świetlicy	15	23
Procedura niebieskiej karty		
Liczba prowadzonych niebieskich kart w danym roku	19	21
Liczba uruchomionych niebieskich kart w danym roku	15	14
Ilość prowadzonych niebieskich kart w których wystąpił problem alkoholowy	10	13

Tabela 22. przedstawia działania podejmowane przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, świetlice profilaktyczno-wychowawczą i terapeutyczną oraz statystyki dotyczące procedury niebieskiej karty w Gminie Ornontowice.

Gmina Wiry

Tabela 23. Szacunkowa liczba osób wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Wiry na podstawie danych szacunkowych PARPA

	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Gmina Wiry
Populacja		38478602	96107	7736
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	769572	1922	155
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	1539144	3844	309



	Dane szacunkowe z PARPA	Polska	Powiat Mikołowski	Gmina Wyry
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	1539144	3844	309
Osoby pijące szkodliwie	ok. 6% populacji	2308716	5766	464
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	ok. 2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	2050140	5121	412

W Gminie Wyry (Tabela 23. Szacunkowa liczba osób wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Wyry na podstawie danych szacunkowych PARPA) szacuje się, że 155 osób jest uzależnionych od alkoholu, a ponad 300 osób to dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika oraz dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików. Ponad 450 osób to osoby pijące szkodliwie, a ok. 400 osób jest ofiarami przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym.

Tabela 24. Działania podejmowane przez GKRPA, GOPS na terenie Gminy Wyry w 2014 r.

Działania podejmowane przez GKRPA	
Liczba spraw prowadzonych przez GKRPA o podjęcie leczenia odwykowego	17
Liczba wniosków skierowanych do GKRPA o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego	8
Liczba osób skierowanych do przeprowadzenia badań przez lekarzy biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu	4
Liczba osób, które podjęły leczenie w placówce leczenia odwykowego	1
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej	
Liczba rodzin z problemem alkoholowym którym udzielono różnych form pomocy finansowej i materialnej w formie zasiłków okresowych oraz celowych i obiadów	12
Punkt Konsultacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy	
Liczba udzielonych porad ogółem	58
porady psychologa i członka Klubu AA	29
porady prawnika	19
porady pedagoga	10
Gminne Świetlice Środowiskowe	
Liczba dzieci z rodzin dysfunkcyjnych w tym z rodzin z problemem uzależnień lub podejrzeniem o taki problem, objętych pomocą w Świetlicy w Wyrach	12
Liczba dzieci z rodzin dysfunkcyjnych w tym z rodzin z problemem uzależnień lub podejrzeniem o taki problem, objętych pomocą w Świetlicy w Gostyni	17

W tabeli powyżej zamieszczono działania podejmowane przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, Punkty Konsultacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy oraz Gminne Świetlice Środowiskowe.



Tabela 25. Działania podejmowane przez Komendę Powiatową w Mikołowie dotyczące mieszkańców Gminy Wyry w 2014 r.

Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie	
Liczba interwencji ogółem	272
Liczba osób dowiezionych do Izby Wyrzeźwień	4
Liczba założonych „Niebieskich Kart”	10

Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie w 2014 roku w Powiecie Mikołowskim interweniowała 272 razy, z czego czterokrotnie odwoziła osoby nietrzeźwe do Izby Wyrzeźwień, a dziesięciokrotnie przedstawiciele policji zakładali „Niebieskie Karty”.

Lokalna dostępność alkoholu

Tabela 26. Punkty sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych w gminach w 2012 roku

Powiat	Liczba Gmin	Liczba punktów sprzedaży alkoholu	Liczba mieszkańców na 1 punkt
Mikołowski	5	413	230,5

Źródło: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych na obszarze Województwa Śląskiego w 2012 roku

W Powiecie Mikołowskim (Tabela 26.) w 2012 roku działało 413 punktów sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych, natomiast na jeden taki punkt średnio przypadało ponad 230 mieszkańców powiatu.

Tabela 27. Limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Powiecie Mikołowskim w podziale na Gminy

Miejsce	Liczba mieszkańców (2014)	Limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży	Limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych w miejscu sprzedaży
Powiat Mikołowski	96107	230	172 + Gmina Wyry ³²
Mikołów	39795	100	80
Łaziska Górne	22419	50	40
Orzesze	20194	45	40
Gmina Ornontowice	5963	20	12
Gmina Wyry	7736	20 (od stycznia 2016 r. 22)	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie Uchwał Rad Gmin

³² Uchwała Rady Gminy Wyry nr XXIV/202/2008 z dnia 13.08.2008 r.



Limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych regulowane są przez Uchwały podejmowane przez Rady Gminy/Miasta. W Powiecie Mikołowskim limity dotyczące punktów sprzedaży regulują możliwości otwierania nowych punktów do 230 miejsc sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży oraz 172 miejsca sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych w miejscu sprzedaży. Największe limity są w Mikołowie (w sumie 180 punktów sprzedaży), w Łaziskach Górnych możliwe jest otworzenie dokładnie o połowę mniej punktów sprzedaży (90), a w Orzeszu liczba punktów sprzedaży nie może przekroczyć 85 miejsc. Gmina Ornontowice dysponuje limitem w postaci 32 miejsc sprzedaży alkoholu, natomiast w Gminie Wyry limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży wynosi 22 od stycznia 2016 r. oraz 15 w przypadku limitu punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych w miejscu sprzedaży.

Mikołów

Uchwałą Nr XI/246/2015 Rady Miejskiej Mikołowa z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie zasad usytuowania na terenie gminy Mikołów miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na podstawie art.12 ust.2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz.1356 z późn.zm.), po przeprowadzeniu konsultacji projektu uchwały z organizacjami pozarządowymi i innymi uprawnionymi podmiotami, na wniosek Burmistrza Mikołowa Rada Miejska uchwaliła:

- § 1. Ustala się ogólnie obowiązujące zasady usytuowania na terenie gminy Mikołów miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych stanowiąc, że punkty sprzedaży napojów alkoholowych, nie mogą być zlokalizowane:
 1. W odległości mniejszej niż 150 m od następujących obiektów chronionych: przedszkoli, szkół podstawowych, gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych, placówek oświatowo-wychowawczych, budynków sakralnych, gminnych placów zabaw oraz parków.
- § 2. Ograniczenia odległości, o których mowa w § 1 pkt 1 nie dotyczą punktu sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych podczas organizacji imprez na otwartym powietrzu oraz imprez masowych organizowanych na podstawie ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych z dnia 20 marca 2009 r. (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 611 z późn. zm.) pod warunkiem, że punkt sprzedaży napojów alkoholowych będzie usytuowany w wyznaczonym na ten cel miejscu.
- § 3. Odległości, o których mowa w § 1 pkt 1 mierzone są najkrótszą drogą dojścia z uwzględnieniem trwałej przeszkody, mierzoną od wejścia do punktu sprzedaży napojów alkoholowych do wejścia na teren obiektów, o których mowa w § 1 pkt 1.



- § 4. Droga dojścia jest to droga, którą należy przebyć od punktu sprzedaży napojów alkoholowych do obiektów chronionych zgodnie z przepisami ustawy z 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1137 z późn. zm.).
- § 5. Przepisów § 1 nie stosuje się w sytuacji, gdy obiekt chroniony powstaje w odległości mniejszej niż określona w §1, od istniejącego już punktu sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz w stosunku do punktów sprzedaży i podawania napojów alkoholowych znajdujących się w takiej mniejszej odległości, jeżeli punkt ten powstał w czasie obowiązywania innych, dopuszczających taką mniejszą odległość przepisów.

Uchwałą NR V/54/2015 Rady Miejskiej Mikołowa z dnia 24 lutego 2015 r. w sprawie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych, na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 z późn. zm.), po przeprowadzeniu konsultacji projektu Uchwały z organizacjami pozarządowymi i innymi uprawnionymi podmiotami, na wniosek Burmistrza Mikołowa Rada Miejska Mikołowa uchwała:

- **§ 1.** Ustalić dla terenu Gminy Mikołów ogólną liczbę 180 punktów sprzedaży napojów zawierających powyżej 4,5 % alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży, jak również w miejscu sprzedaży, w tym:
 - liczbę 100 punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5 % alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży;
 - liczbę 80 punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5 % alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży.
- **§ 2.** Zezwolenia na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych wydane przed dniem wejścia w życie niniejszej Uchwały zachowują ważność do upływu terminu ich ważności.
- **§ 3.** Traci moc Uchwała nr XXXIII/802/2013 Rady Miejskiej Mikołowa z dnia 27 sierpnia 2013 r. w sprawie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych.
- **§ 4.** Wykonanie Uchwały powierza się Burmistrzowi Mikołowa.
- **§ 5.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego.

Łaziska Górne

Uchwałą nr XXI/223/12 Rady Miejskiej w Łaziskach Górnych z dnia 19 czerwca 2012r. w sprawie zasad usytuowania na terenie miasta Łaziska Górne miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz warunki sprzedaży i podawania tych napojów



na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 i art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.) w związku z art. 12 ust. 2 oraz art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. z 2000 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.)

Rada Miejska w Łaziskach Górnych uchwala:

- § 1. Ustala się zasady usytuowania na terenie miasta Łaziska Górne miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.
- § 2. Sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży i poza miejscem sprzedaży nie może być prowadzona w odległości mniejszej niż 40 metrów od obiektów: cmentarzy, szkół i przedszkoli, placówek oświatowo-wychowawczych, gminnych placów zabaw oraz parków.
- § 3. Wprowadza się stały zakaz sprzedaży i podawania napojów alkoholowych w promieniu 100 metrów od wejść do obiektów kultu religijnego.
- § 4. Wprowadza się stały zakaz sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży na terenie Ośrodka Rekreacyjno-Sportowego "Żabka".
- § 5. Wprowadza się stały zakaz sprzedaży i podawania napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5 % z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży na terenie Ośrodka Rekreacyjno-Sportowego "Żabka" oraz zakaz spożywania tych napojów.
- § 6. Ograniczenia odległości, o których mowa w § 2, nie dotyczą punktu sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych podczas organizacji imprez na otwartym powietrzu oraz imprez masowych organizowanych na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2009 r. Nr 62, poz. 504 z późn. zm.).
- § 7. Odległości, o których mowa w § 2, mierzy się ciągami przeznaczonymi dla pieszych od drzwi wejściowych punktu sprzedaży napojów alkoholowych do wejścia na teren obiektów chronionych.
- § 8. Zezwolenia wydane przed wejściem w życie niniejszej uchwały zachowują ważność do upływu terminu ich ważności.

Zgodnie z Protokołem nr 2/14 z posiedzenia Komisji Samorządu, Porządku i Bezpieczeństwa Publicznego Rady Miejskiej w Łaziskach Górnych odbytego w dniu 11 lutego 2014 r. na terenie miasta obowiązują limity określone uchwałą z 2007 roku, która stanowi, że sklepów może być 50, a restauracji 40 (z możliwością spożycia napojów alkoholowych na miejscu). Na dzień dzisiejszy na terenie miasta lokali gastronomicznych, które posiadają zezwolenie na sprzedaż alkoholu z możliwością



spożycia na miejscu jest 25, w tym 3 mają tylko koncesję na sprzedaż piwa, natomiast sklepów jest 38, w tym 6 sklepów posiada koncesję tylko na sprzedaż piwa.

Opinia Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wpłynęła do Urzędu w dniu 6.02.2014r. i jej stanowisko jest jednoznaczne, aby utrzymać w mocy obowiązującą uchwałę nr XXI/223/12 z dnia 19.06.2012r. w sprawie zasad usytuowania na terenie miasta Łaziska Górne miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz warunki sprzedaży i podawania tych napojów.

Orzesze

Uchwałą NR VII/48/03 Rady Miejskiej Orzesze z dnia 29 kwietnia 2003 r. w sprawie zasad usytuowania na terenie gminy Orzesze, miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1, art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 142 z 2001 r., poz. 1591 z późniejszymi zmianami), w związku z art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r., Nr 147, poz. 1231 z późniejszymi zmianami), Rada Miejska Orzesze uchwaliła:

- **§ 1.** Zasady usytuowania na terenie gminy Orzesze miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych:
 1. Miejsca ze sprzedażą napojów alkoholowych nie mogą być usytuowane na terenie:
 - parkingów miejskich,
 - dworców kolejowych,
 - targowisk, hal targowych,
 - zakładów opieki zdrowotnej i społecznej.
 2. Placówki ze sprzedażą napojów alkoholowych winny być usytuowane w odległości większej niż 50 mb (licząc w linii prostej najkrótszą odległość mierzoną od wejścia do placówki handlowej lub gastronomicznej do ogrodzenia terenu, w którym usytuowany jest obiekt, a w razie braku ogrodzenia - do budynku obiektu lub pomieszczeń) niżej podanych obiektów:
 - kościołów i miejsc przeznaczonych do publicznego stałego wykonywania obrzędów religijnych,
 - szkół, przedszkoli, placówek wychowawczych i opiekuńczych,
 - zakładów opieki zdrowotnej i społecznej
 - dworców kolejowych
 3. Placówka może być usytuowana w odległości mniejszej niż przewidziano w punkcie 2 o ile po zasięgnięciu opinii, użytkownik obiektu chronionego nie zgłosi zastrzeżeń.



Uchwałą Nr XLIV/334/06 Rady Miejskiej Orzesze z dnia 10 sierpnia 2006 r. w sprawie ustalenia dla terenu miasta Orzesze liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5% z wyjątkiem piwa, przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 i art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zmianami) w związku z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zmianami) Rada Miejska w Orzeszu uchwaliła:

- **§ 1.** Ustala się liczbę 85 punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży, z czego do spożycia poza miejscem sprzedaży 45 punktów oraz w miejscu sprzedaży 40 punktów.

Gmina Ornontowice

Uchwałą Nr XIII/82/07 Rady Gminy Ornontowice z dnia 26 września 2007 r. w sprawie ustalenia dla terenu gminy liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży na podstawie art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. Nr 142 z 2001 r., poz. 1591 z późn. zm.) i art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz. U. Nr 70 z 2007 r., poz. 473 z późn. zm.), na wniosek Wójta Gminy, po uzyskaniu pozytywnej opinii Gminnej Komisji Rozwiązywania problemów Alkoholowych znak: ZWGOPS/GKRPA/TG/0717-A/34/2007 z dnia 23 sierpnia 2007 r., Rada Gminy Ornontowice uchwaliła:

- §1 Ustala się liczbę 32 punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży, z czego do spożycia poza miejscem sprzedaży 20 punktów, a w miejscu sprzedaży 12 punktów.

Gmina Wiry

Uchwałą NR XXIV/202/2008 Rady Gminy Wiry z dnia 13 sierpnia 2008 roku w sprawie: ustalenia na terenie gminy liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5% z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży na podstawie art.18 pkt.2 pkt.15, art. 40 ust.1, art.41 ust.1 i art.42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591 z późniejszymi zmianami) oraz art.2 ust.1, art.4 ust.1, art.13 ust.2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r.



o ogłoszeniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz.U. z 2005 r. Nr 590 poz. 1606 z późniejszymi zmianami) w związku z art.12 ust.1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 147 poz.1231 z późniejszymi zmianami) Rada Gminy Wyry postanowiła:

- Ustala się liczbę 15 punktów sprzedaży napojów alkoholowych powyżej 4,5% alkoholu z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży jak i w miejscu sprzedaży.

Natomiast Uchwałą NR XIII/127/2015 Rady Gminy Wyry z dnia 30 grudnia 2015 w sprawie ustalenia na terenie gminy liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 4,5% z wyjątkiem piwa przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży na podstawie art.12 ust. 1 i 4 z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi Rada Gminy Wyry ustaliła:

- Liczbę 22 punktów sprzedaży napojów alkoholowych powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży.

Gminne zasady usytuowania miejsc sprzedaży ustalone zostały w uchwale XXXVI/344/2009 z dnia 26 sierpnia 2009 r.

Tabela 28. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Gminie Wyry w 2014 r.

	2014
Liczba mieszkańców	7736
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży	20
Liczba punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży	15

W Gminie Wyry, na 7736 mieszkańców przypada 20 punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży oraz 15 punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży.

Powiat Mikołowski

Według Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) w Powiecie Mikołowskim przedsiębiorstw prowadzących działalność związaną



ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych i bezalkoholowych prowadzoną w wyspecjalizowanych sklepach (PKD 47.25.Z) **jest 283**, z czego³³:

- W Mikołowie – 127
- W Łaziskach Górnych – 59
- W Orzeszu – 57
- W Gminie Ornontowice – 18
- W Gminie Wyry – 21

Największa liczba przedsiębiorstw prowadzących działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych według CEIDG (PKD 47.25.Z) funkcjonuje w Mieście Mikołów (127) oraz Mieście Łaziska Górne (59) i Mieście Orzesze (57), natomiast największa dostępność napojów alkoholowych (najmniejsza liczba mieszkańców przypadająca na jedno przedsiębiorstwo) przypada na Miasto Mikołów (313 przedsiębiorstw/1 mieszkańca) oraz w Gminie Ornontowice (331/1).

Tabela 29. Liczba mieszkańców przypadających na 1 przedsiębiorstwo zarejestrowane jako prowadzące działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych (stan na 11.2015)

Miejsce	Liczba przedsiębiorstw prowadzących działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych (PKD 47.25.Z)	Liczba mieszkańców	Liczba mieszkańców przypadająca na 1 przedsiębiorstwo
Powiat Mikołowski	283	96107	340
Mikołów	127	39795	313
Łaziska Górne	59	22419	380
Orzesze	57	20194	354
Gmina Ornontowice	18	5963	331
Gmina Wyry	22	7736	352

Źródło: opracowanie własne na podstawie CEIDG

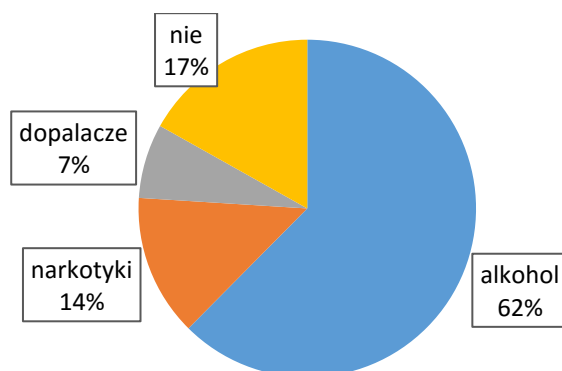
Liczba podmiotów gospodarczych zarejestrowanych jako prowadzące działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych w Powiecie Mikołowskim, na dzień 11.2015 wyniosła 283, z czego na 1 podmiot przypadło średnio 340 mieszkańców Powiatu. W Mikołowie zarejestrowanych jest 127 podmiotów, w Łaziskach Górnych - 59, w Orzeszu – 57, a w Gminie Ornontowice i Wyry 40 (kolejno 18 i 22). Najmniejsza liczba mieszkańców Powiatu przypadająca na jeden sklep występuje w Mikołowie (313) oraz w Gminie Ornontowice (331), natomiast największa liczba potencjalnych klientów na jeden podmiot przypada w Łaziskach Górnych (380) i Orzeszu (354).

³³ <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/> (stan na 11.2015)

Używanie substancji uzależniających przez dzieci i młodzież

Podpunkt został opracowany w oparciu o badania z uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, którzy odpowiadali na pytania związane z wykluczeniem społecznym.

Wykres 23. Czy kiedykolwiek zażywałeś/ spożywałeś którąś z poniższych substancji?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania PAPI z uczniami szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych

Ponad 60% uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych spożywało alkohol. Duży odsetek osób (13,57%) zażywało również narkotyki. W przypadku dopalaczy, aż 7,13% osób uczestniczących w badaniu miało do czynienia ze wskazanymi substancjami. Niecałe 17% uczniów nigdy wcześniej nie spożywało alkoholu ani nie spożywało narkotyków i dopalaczy.

6.2.4. Profilaktyka problemów związanych z nadużywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków

Profilaktyka nadużywania alkoholu

Alkoholizm to poważny problem społeczny, zaś jego drastyczne skutki są odczuwalne we wszystkich aspektach życia osoby uzależnionej, jak również jej bliskich. Obok skutków społecznych, dotkliwe są również zdrowotne – życie alkoholika staje się pasmem niekończących się problemów i udręk, a pogłębiający się nałóg powoduje ich nawarstwianie.

Z jarzma dramatycznie pogarszającej się sytuacji, chorego może wyrwać wyłącznie detoks i leczenie, z pomocą którego będzie w stanie powrócić do społeczeństwa.



Społecznie pożądanym celem nie jest jednak wcale walczenie ze skutkami nałogu, a wyeliminowanie jego przyczyn. Bardzo istotną kwestią jest więc profilaktyka alkoholowa. Leczenie uzależnień to tylko pozbywanie się skutku, a nie przeciwdziałanie problemowi. Zadanie jest wyjątkowo trudne – w przeciwieństwie do narkotyków, nie jest bowiem możliwe zakazanie używki i wyeliminowanie jej ze społeczeństwa. Świadomość spożycia alkoholu jest natomiast wciąż niewystarczająca, aby uznać ją za efektywny sposób zapobiegania.

Profilaktyka alkoholizmu spoczywa na barkach instytucji państwowych oraz fundacji, stowarzyszeń i organizacji pozarządowych. Ich głównym celem jest zwiększenie świadomości skutków nadmiernego spożycia alkoholu, objawów i przebiegu choroby alkoholowej, podwyższenie bariery wieku pierwszego kontaktu z alkoholem i – w ten sposób – zapobieganie powstawaniu zjawiska alkoholizmu.

Pomoc, oferowana przez wymienione ośrodki, polegać powinna zarówno na prowadzeniu edukacyjnych programów profilaktycznych wśród młodzieży, szerzeniu świadomości wśród społeczeństwa, polegającym na propagowaniu ograniczonego spożycia alkoholu, a także na szerokim informowaniu o zgubnych skutkach spożywania alkoholu – patologiami społecznych, rujnacji zdrowia psychicznego i fizycznego, trudnościach, jakich przysparza leczenie alkoholizmu – a wszystkie te działania powinny być planowane z uwzględnieniem specyfiki regionu oraz struktury społecznej. Programy profilaktyczne obejmują również doraźną pomoc – całodobowe linie telefoniczne, służące wsparciem ofiarom alkoholizmu i osobom dotkniętym problemem oraz szeroko rozumianą pomoc – zarówno choremu, jak i jego bliskim.

Profilaktyka alkoholowa – aby móc uznać ją za skuteczną – powinna mieć za zadanie wpojenie umiejętności odmawiania spożycia alkoholu, wiary w to, że to nie alkohol decyduje o możliwości przynależności do grupy społecznej (w aspekcie sięgających po alkohol dzieci i młodzieży) i nie jest on jedynym determinantem dobrej zabawy. Efektywne ograniczenie spożycia i wysoka świadomość skutków nadużywania alkoholu to jedyna skuteczna metoda zapobiegania dramatycznej w przebiegu chorobie.

Profilaktyka problemów związanych z nadużywaniem alkoholu dzieli się na działania ukierunkowane na całe populacje, czyli profilaktykę uniwersalną, ukierunkowane na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka (profilaktyka selektywna) oraz profilaktykę



wskazującą – ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrującą pierwsze symptomy problemów alkoholowych³⁴.

- Profilaktyka uniwersalna (ukierunkowana na całe populacje) - Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.
- Profilaktyka selektywna (ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka) - Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem sprzedającym, a nie naprawczym.
- Profilaktyka wskazująca (ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrującą pierwsze symptomy problemów alkoholowych) - Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki

³⁴ Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015, z: http://rops-katowice.pl/dopobrania/program_alkohol.pdf [Data dostępu: 10.12.2015]



poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

Krajowy system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oparty jest na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań realizowanych na różnych poziomach administracji³⁵:

1. Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa określa najważniejsze kategorie zadań, które w ramach gminnego programu powinny realizować samorządy oraz wskazuje źródło finansowania tych zadań, a PARPA corocznie, na podstawie badań i analiz, wydaje rekomendacje do tworzenia gminnych programów.
2. Wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowane na szczeblu samorządów województw.
3. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wskazujący zadania realizowane przez organy administracji rządowej i Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. PARPA koordynuje realizację pięcioletniego Programu, a także integruje wszystkie trzy obszary działań – centralny, wojewódzki i gminny – formułując spójne dla nich kategorie zagadnień i cele strategiczne. Zachowując odrębne, określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, formy zarządzania i finansowania działań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na poszczególnych poziomach administracji, Program tworzy bazę do realizacji integralnej polityki wobec alkoholu i przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom jego używania.

³⁵ Ibidem.



Tabela 30. Cele Strategiczne i częściowe Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015

Cel	Cele Strategiczne	Cele częściowe
1	Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu	Poszerzenie wiedzy naukowej na temat zaburzeń wynikających z używania alkoholu Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu, w tym zmniejszenie odsetka konsumentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu
2	Zmniejszenie dostępności i zmiana struktury spożywanego alkoholu	Zmniejszenie spożycia napojów alkoholowych i zmiana struktury spożycia
3	Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego, w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym	Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym Zwiększenie kompetencji osób zajmujących się pomaganiem dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym Poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemami picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu Poprawa funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie
4	Ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez dzieci i młodzież	Zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych Utrwalenie postaw abstynenckich w środowisku dzieci i młodzieży oraz zwiększenie świadomości młodzieży w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu Zmniejszenie liczby młodzieży często pijącej alkohol i upijającej się Zmiana postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców
5	Ograniczenie skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz zwiększenie	Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym – dorosłych i dzieci Zwiększenie kompetencji służb działających w zakresie



Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Cel	Cele Strategiczne	Cele cząstkowe
	skuteczności pomocy rodzinom	przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości oddziaływań korekcyjnoedukacyjnych Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat przemocy w rodzinie, możliwości przeciwdziałania zjawisku oraz sposobów reagowania i uzyskania pomocy
6	Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz ograniczenie wydatkowania środków finansowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych	Podniesienie kompetencji członków GKRPA oraz pełnomocników/ koordynatorów gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych Zwiększenie wiedzy wójtów/burmistrzów/ prezydentów miast oraz radnych w zakresie polityki lokalnej wobec alkoholu jako zadania własnego gminy Zwiększenie liczby gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych Poprawa jakości nadzoru nad realizacją gminnych programów wykonywanego przez Regionalne Izby Obrachunkowe, Najwyższą Izbę Kontroli oraz Wojewodów
7	Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z alkoholem	Ograniczenie przypadków nielegalnej produkcji lub wprowadzania do obrotu alkoholu (w tym przemytu i wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem alkoholu etylowego skażonego) Zmniejszenie skali naruszeń prawa w zakresie sprzedaży alkoholu bez wymaganego zezwolenia oraz wbrew jego warunkom i zasadom Ograniczenie zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu Zmniejszenie liczby przestępstw oraz innych przypadków naruszeń prawa popełnianych przez osoby będące pod wpływem alkoholu (w tym ograniczenie zjawiska picia alkoholu w miejscach publicznych wskazanych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi)



Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Cel	Cele Strategiczne	Cele częściowe
		Ograniczenie przypadków nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych
8	Oszacowanie strat ekonomicznych związanych z alkoholem	Oszacowanie kosztów ekonomicznych związanych z alkoholem w obszarze: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, gospodarki, w tym w sektorze pracy oraz ubezpieczeń, a także w obszarze wymiaru sprawiedliwości

Źródło: opracowanie własne na podstawie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015

Programy z zakresu profilaktyki uzależnień, w tym od alkoholu – wspierane przez Samorząd Województwa – realizowane były przede wszystkim przez organizacje pozarządowe (w ramach otwartych konkursów ofert na realizację zadań publicznych w dziedzinie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień) w szkołach i innych placówkach oświatowych, całodobowych i dziennych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, w świetlicach oraz klubach dla dzieci i młodzieży. Programy adresowane były do dzieci i młodzieży, w tym pochodzących ze środowisk defaworyzowanych, do rodziców oraz opiekunów, wychowawców i nauczycieli. Niektóre programy tego rodzaju, zwłaszcza adresowane do dzieci i młodzieży szkolnej posiadały rekomendacje instytucji gwarantujących jakość, tj.: Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii czy Ośrodka Rozwoju Edukacji. Wśród programów rekomendowanych znalazły się m.in.: Noe, Debata, Spójrz Inaczej, Szkoła dla Rodziców, Nasze spotkania, Dziękuję – Nie.

Tabela 31. Cele operacyjne i działania ujęte w Programie profilaktyki w województwie śląskim na lata 2011-2015

Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015		
Cel	Cele operacyjne	Działanie
1	Wzmocnienie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie	Doskonalenie zawodowe kadr z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Wspieranie i prowadzenie działań służących ograniczeniu naruszeń prawa przez podmioty korzystające z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Wsparcie rozwoju lokalnej infrastruktury świetlic oraz klubów dla dzieci i młodzieży realizujących m.in.

Podstrategia ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu



Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015

	z terenu województwa śląskiego	<p>programy: profilaktyczne, socjoterapeutyczne, utrwalające postawy abstynenckie oraz służące przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym.</p> <p>Współpraca z samorządami gminnymi i powiatowymi w zakresie dostosowania do potrzeb społecznych lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przemocy w rodzinie (w szczególności wobec dzieci).</p> <p>Współpraca z organizacjami społecznymi (m.in. ze środowiskami abstynenckimi) działającymi na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</p> <p>Opracowywanie, upowszechnianie i dystrybucja materiałów edukacyjnych dla osób i podmiotów zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym również przemocy w rodzinie.</p> <p>Promocja dobrych praktyk z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z uwzględnieniem problemu przemocy w rodzinie.</p>
2	Wzmocnienie podmiotów prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu	<p>Wspieranie działalności pozaleczniczej wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.</p> <p>Rozwój i modernizacja bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej zakładów lecznictwa odwykowego.</p> <p>Wzmocnienie działań na rzecz doskonalenia zawodowego lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych w zakresie diagnozy i wczesnej interwencji problemów alkoholowych oraz zjawiska przemocy.</p> <p>Wspieranie programów służących rehabilitacji oraz reintegracji osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego.</p> <p>Wspieranie pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej udzielanej osobom uzależnionym od alkoholu przebywającym w zakładach karnych.</p>
3	Badanie i monitorowanie problemów związanych ze spożywaniem	<p>Wspieranie i prowadzenie badań społecznych dotyczących problemów alkoholowych.</p> <p>Gromadzenie, opracowywanie i udostępnianie danych dotyczących działalności gmin województwa śląskiego oraz innych podmiotów w obszarze profilaktyki</p>



Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2011-2015

	napojów alkoholowych	<p>i rozwiązywania problemów alkoholowych.</p> <p>Prowadzenie i udostępnianie bazy podmiotów realizujących zadania z zakresu rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie na terenie województwa śląskiego.</p> <p>Gromadzenie danych dotyczących stanu leczenia odwykowego w województwie śląskim oraz ich analiza.</p>
4	Wsparcie działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych	<p>Prowadzenie edukacji publicznej na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód wynikających z różnych wzorów spożywania napojów alkoholowych.</p> <p>Wspieranie edukacyjnych i informacyjnych kampanii promujących trzeźwość.</p> <p>Wzmacnianie programów edukacyjnych:</p> <ul style="list-style-type: none">- służących zwiększaniu kompetencji wychowawczych rodziców w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci,- promujących wychowywanie dzieci bez przemocy. <p>Upowszechnianie wiedzy na temat alkoholowego zespołu płodowego (FAS) i alkoholowych uszkodzeń płodu (FAE).</p> <p>Promowanie rekomendowanych programów profilaktyki problemów alkoholowych oraz dobrych praktyk w realizacji lokalnych strategii profilaktycznych.</p> <p>Upowszechnianie i inicjowanie współpracy partnerskiej pomiędzy sektorem publicznym, społecznym oraz prywatnym w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych z uwzględnieniem przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Programu profilaktyki w województwie śląskim na lata 2011-2015

Uzależnienie od alkoholu to choroba chroniczna, postępująca i potencjalnie śmiertelna. Nie da się jej całkowicie wyleczyć, można jednak zahamować narastanie jej objawów i związanych z nią szkód zdrowotnych. W świetle nowoczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jest chorobą wieloczynnikową, bio-psycho-społeczną – sprawia, że człowiek przestaje prawidłowo funkcjonować w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Leczenie musi być dostosowane do takiego właśnie sposobu postrzegania tej choroby.



Profilaktyka zażywania narkotyków

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie ludzi młodych – eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami. Inna definicja przedstawia profilaktykę uzależnień również jako zmniejszanie strat związanych z używaniem środków odurzających poprzez ograniczanie do minimum potencjalnych szkód, jakich mogą doznawać osoby używające substancji psychoaktywnych³⁶.

W najszerszym ujęciu profilaktyka pojmowana jest jako postępowanie zapobiegające różnorodnym problemom, które towarzyszą używaniu substancji psychoaktywnych.

Profilaktyka realizowana jest poprzez stosowanie określonych strategii profilaktycznych.

Celem strategii informacyjnej jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów. U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, zwłaszcza młodzi, zachowują się ryzykownie, ponieważ zbyt mało wiedzą o mechanizmach i następstwach takich zachowań. W związku z tym dostarczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu lub odurzania się narkotykami ma spowodować zmianę postaw i w konsekwencji niepodejmowanie zachowań ryzykownych.

Strategia edukacyjna ma pomóc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom ze strony otoczenia itp.). U podstaw tej strategii leży przekonanie, że ludzie, nawet dysponujący odpowiednią wiedzą, podejmują zachowania ryzykowne z powodu braku umiejętności niezbędnych w życiu społecznym. Te deficyty uniemożliwiają budowanie głębszych, satysfakcjonujących związków z ludźmi, uniemożliwiają odnoszenie sukcesów (także zawodowych). Zachowania ryzykowne stanowią w tej sytuacji zastępcze, chemiczne sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Celem strategii działań alternatywnych jest pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb psychologicznych (np. sukcesu, przynależności) oraz osiągnięcie satysfakcji życiowej przez ułatwianie angażowania się w działalność akceptowaną społecznie (artystyczną, społeczną, sportową). U podstaw tej strategii leży założenie, że wielu ludzi podejmuje zachowania ryzykowne ze względu na brak możliwości rozwoju zainteresowań

³⁶ <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/profilaktyka-uzaleznien-szkole>



i osiągnięcia sukcesów „pozytywnych”. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniedbanej wychowawczo.

Celem strategii interwencyjnej jest wspieranie w sytuacjach kryzysowych osób mających trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów osobistych. Elementem interwencji jest towarzyszenie ludziom w krytycznych momentach ich życia. Jej podstawowe techniki to poradnictwo, telefon zaufania, sesje interwencyjne, doradztwo.

Strategię informacyjną, edukacyjną i alternatywną stosuje się na wszystkich trzech poziomach profilaktyki. Strategia interwencyjna – jako działanie głębsze i bardziej zindywidualizowane – zastrzeżona jest w zasadzie dla poziomu drugiego i trzeciego.

Strategia zmniejszania szkód stosowana jest głównie w działaniach profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatem są grupy najwyższego ryzyka.

Strategia zmian środowiskowych nakierowana jest na identyfikację i modyfikację tych elementów środowiska społecznego i fizycznego, które sprzyjają zachowaniom problemowym. Działania modyfikują środowisko, miejsca przebywania osób dysfunkcyjnych, postawy społeczne wobec tych osób.

Strategia zmian przepisów zazwyczaj kierowana jest do całej lokalnej społeczności. Polega na zmianie przepisów prawnych, rozporządzeń lokalnych dotyczących ograniczania dostępu do środków odurzających i ich dystrybucji.

Do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w Polsce obejmujących m.in. promocję zdrowia psychicznego, promocję zdrowego stylu życia, informowanie o szkodliwości środków odurzających i substancji psychotropowych oraz działalność interwencyjną, zobowiązane są odpowiednie organy administracji rządowej, instytucje przez nie nadzorowane oraz samorządy lokalne. Organizacjami uprawnionymi do ww. działań są organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia), organizacje kościelne, związki samopomocy, rodziny osób uzależnionych¹.

Rodzaj działań profilaktycznych realizowanych na terenie danego województwa lub gminy jest określany przez samorząd w Wojewódzkim lub Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Szkoła i inne placówki w ramach systemu oświaty mają ściśle określone kompetencje w zakresie profilaktyki uniwersalnej oraz udzielania pomocy uczniom zagrożonym uzależnieniem.

Od 2002 roku wprowadzono ustawy o obowiązek realizacji szkolnego programu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, spójnego z programem wychowawczym szkoły. Szkoła jest zobowiązana² do wczesnego rozpoznawania niedostosowania



społecznego uczniów oraz podejmowania odpowiednich oddziaływań profilaktycznych i wychowawczych poprzez m.in. udzielanie uczniom zagrożonym narkomanią i ich rodzicom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, realizację działań informacyjnych na temat szkodliwości narkotyków, a także podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych. Szkoła powinna posiadać opracowane i wdrożone procedury reagowania na sytuacje używania narkotyków przez uczniów lub popełnienia przez nich czynów karalnych. W szkołach wdrażane są programy profilaktyki uniwersalnej, programy dla rodziców, a także programy wczesnej interwencji adresowane do uczniów używających substancji psychoaktywnych.

Przy prowadzeniu działań profilaktycznych oraz interwencyjnych szkoły współpracują ściśle z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Do zadań poradni należy m.in. profilaktyka uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży oraz udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka. Na poziomie lokalnym pomoc dla osób zagrożonych i eksperymentujących z narkotykami prowadzona jest ponadto w specjalistycznych placówkach opiekuńczo-wychowawczych (świetlice socjoterapeutyczne) oraz punktach konsultacyjnych, poradniach profilaktyki i terapii uzależnień w formie programów edukacyjnych i psychokorekcyjnych. Placówki te są prowadzone przez samorządy, organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe, kościoły, osoby prywatne, grupy samopomocy.

Krajowy system przeciwdziałania narkomanii oparty jest na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań realizowanych na różnych poziomach administracji³⁷:

1. Gminne programy przeciwdziałania narkomanii uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa określa najważniejsze kategorie zadań, które w ramach gminnego programu powinny realizować samorządy oraz wskazuje źródło finansowania.
2. Wojewódzkie programy przeciwdziałania narkomanii - Na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz KPPN, samorządy województw uchwalają Wojewódzkie Programy Przeciwdziałania Narkomanii (WPPN), w których określają swoje cele główne i szczegółowe oraz zadania, które zamierzają zrealizować, a także wskaźniki i źródła ich weryfikacji.
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016, stanowi, na mocy przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005r., podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Uchwalany jest przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia. Obecnie obowiązuje Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22

³⁷ Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016,



marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna. Głównym celem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii jest ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów. KPPN wyznacza priorytetowe kierunki oraz działania podejmowane w ramach zdefiniowanych obszarów. Określa ponadto harmonogram realizacji poszczególnych aktywności oraz wskazuje ministerstwa i podmioty odpowiedzialne za podejmowanie określonych działań. Dokument uwzględnia także priorytety dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Zaangażowanie tak wielu podmiotów w realizację KPPN pozwala na zintegrowanie działań skierowanych na zapobieganie zjawisku narkomanii Polsce.

Tabela 32. Obszary, cele główne i kierunki działań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016

Lp.	Obszar i cel główny	Wykonawca	Kierunki działań
1	Profilaktyka: zmniejszenie popytu na narkotyki w społeczeństwie polskim	Resorty i podmioty właściwe do podejmowania określonych działań	Wzmacnianie postaw społecznych sprzyjających ograniczeniu używania narkotyków w populacji ogólnej
			Zmniejszenie rozpowszechnienia inicjacji używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród młodych Polaków
			Zmniejszenie rozpowszechnienia używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych wśród dzieci i młodzieży
		JST	Wzmocnienie jakości systemu oddziaływań Profilaktycznych
			Wspieranie rozwoju programów profilaktyki Uniwersalnej
		Wspieranie rozwoju programów profilaktyki Selekttywnej i wskazującej	
		Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku	
		Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób	



Lp.	Obszar i cel główny	Wykonawca	Kierunki działań
2	Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna: poprawa jakości życia osób używających Narkotyków szkodliwie i osób uzależnionych	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	zaangażowanych w działalność profilaktyczną
			Zmniejszenie liczby osób używających narkotyków szkodliwie i uzależnionych, które przerwały proces leczenia
			Poprawa stanu zdrowia osób używających szkodliwie i osób uzależnionych od narkotyków
		JST	Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych
			Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków
			Zwiększenie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków
3	Ograniczenie podaży: ograniczenie produkcji, obrotu i dostępności Środków odurzających oraz substancji psychotropowych	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Zapewnienie we wszystkich województwach dostępności leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów
			Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych
			Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków
			Ograniczenie krajowej produkcji amfetaminy
			Ograniczenie krajowej uprawy konopi innych niż włókniste
3	Ograniczenie obrotu i dostępności narkotyków	Resorty i podmioty właściwe do podejmowana określonych działań	Ograniczenie nielegalnego wykorzystania prekursorów
			Ograniczenie przestępczości narkotykowej z wykorzystaniem Internetu
			Zmniejszenie korzyści z przestępczości narkotykowej
			Wsparcie realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii w obszarze



Lp.	Obszar i cel główny	Wykonawca	Kierunki działań
4	Współpraca międzynarodowa: wsparcie krajowego programu przeciwdziałania narkomanii poprzez udział w realizacji międzynarodowej polityki antynarkotykowej	Resorty i podmioty właściwe do podejmowania określonych działań	ograniczania podaży poprzez programy resortowe
			Zwiększanie zaangażowania polski w planowanie, tworzenie i koordynowanie polityki antynarkotykowej Unii Europejskiej, w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków
			Zwiększanie zaangażowania polski w prace instytucji i organizacji międzynarodowych, innych niż Unia Europejska, zajmujących się zjawiskiem narkomanii w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków
			Rozwój współpracy międzynarodowej Polski z krajami trzecimi (nie należącymi do Unii Europejskiej) zarówno w kontekście walki z nielegalnym obrotem narkotykami, jak i programów z dziedziny ochrony zdrowia
5	Badania i monitoring: wsparcie analityczne realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii poprzez prowadzenie badań oraz monitorowanie przebiegu programu	Resorty i podmioty właściwe do podejmowania określonych działań	Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej problemu narkotyków i narkomanii w Polsce
			Monitorowanie postaw społecznych i instytucjonalnych reakcji wobec problemu narkotyków i narkomanii
		JST	Rozwój i konsolidacja systemu informacji o środkach odurzających, substancjach psychoaktywnych i środkach zastępczych
			Monitorowanie epidemiologiczne problemu narkotyków i narkomanii na szczeblu lokalnym i wojewódzkim
			Monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii
			Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii w województwach

Źródło: opracowanie własne na podstawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016



6.2.5. Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna

Spożywanie alkoholu

Ryzykowne spożywanie alkoholu To picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209 g, a w przypadku mężczyzn – 280–349g³⁸.

Szkodliwe picie alkoholu opisywane jest jako wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350g i więcej w tygodniu przez mężczyznę. Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD) to Ogólny termin opisujący całościowo spektrum skutków rozwojowych występujących u dzieci matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się, mogą trwać przez całe życie. W diagnostyce klinicznej obowiązuje termin FAS - płodowy zespół alkoholowy, który charakteryzuje się: dysmorfiami twarzy, opóźnieniami wzrostu, oraz nieprawidłowościami ośrodkowego układu nerwowego. U dzieci, u których nie występują wszystkie cechy FAS, diagnozowany jest częściowy FAS. Rodzaj i siła zaburzenia dziecka zależy przede wszystkim od ilości alkoholu, spożywanego przez kobietę w ciąży oraz częstotliwości picia. Należy pamiętać, że nie ma bezpiecznej dawki

³⁸ Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015



alkoholu, jaką może spożywać kobieta w ciąży, w związku z tym, aby dziecko było zdrowe, należy całkowicie powstrzymać się od spożywania alkoholu w okresie prenatalnym oraz karmienia piersią.

Leczenie uzależnienia to działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu. Przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Podjęcie leczenia alkoholizmu oznacza zaakceptowanie faktu, że „sam nie potrafię sobie poradzić z problemem alkoholowym i potrzebuję pomocy”. Aby leczenie było skuteczne, konieczne jest rozumienie, że terapia stanowi proces długotrwały, żmudny, wymagający konsekwencji, podporządkowania się rygorom i jak największego w niej udziału bliskich. Nie należy oczekiwać leczenia konwencjonalnego, polegającego na przyjmowaniu określonych leków. Leczenie choroby alkoholowej wymaga kompleksowego, specyficznego oddziaływania psychiatrycznego i psychologicznego, a w stanach skrajnego wyczerpania czy powikłań somatycznych – także internistycznego.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię uzależnienia i jest nakierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz farmakologiczne wsparcie psychoterapii.

Programy terapeutyczne, oparte są w większości na³⁹:

- podejściu terapii behawioralno-poznawczej
- idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików

Większość programów integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego.

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 18-24 miesiące. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od czterech do sześciu miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. Po zakończonej terapii stacjonarnej osoby uzależnione,

³⁹ <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu>



w celu kontynuowania leczenia, kierowane są do dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta. Czas leczenia w Oddziałach Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych nie przekracza 10 dni.

Ważnym problemem, z którym borykają się lekarze różnych specjalności jest rozstrzygnięcie, których pacjentów z AZA (alkoholowym zespołem abstynencyjnym) leczyć samodzielnie, a których kierować na leczenie specjalistyczne. Tylko nieznaczna część pacjentów uzależnionych kwalifikuje się do oddziałów detoksykacyjnych, psychiatrycznych i neurologicznych. Istnieją stany, które można określić jako bezwzględne wskazania do hospitalizacji. Należą do nich majaczenie alkoholowe, wystąpienie głębokiej depresji z myślami lub tendencjami samobójczymi, zaostrzenie przewlekłej halucynozy alkoholowej, niezdiagnozowane napady drgawkowe lub abstynencyjne napady mnogie i stany padaczkowe. Jeśli u danego chorego wystąpiły w przeszłości powikłania zespołu abstynencyjnego, takie jak napady drgawkowe czy majaczenie alkoholowe, zwiększa to ryzyko wystąpienia powikłań podczas aktualnie leczonego zespołu abstynencyjnego. Pacjenci ci powinni zostać poddani szczegółowej ocenie, a ich leczenie powinno się odbywać w warunkach szpitalnych. Hospitalizację należy również rozważyć u osób obciążonych internistycznie, w podeszłym wieku czy u osób, które niedawno przebyły uraz czaszki. Ważna w kwalifikacji do leczenia szpitalnego jest również ocena czy leczenie AZA może odbywać się w domu w bezpiecznych warunkach, czy otoczenie może zapewnić choremu opiekę itp. Większość przypadków niepowikłanych zespołów abstynencyjnych może być jednak leczona ambulatoryjnie. Zasadą jest podawanie płynów uzupełniających niedobory elektrolitowe i niepodawanie żadnych leków mogących wchodzić w interakcje z alkoholem osobom nietrzeźwym. W praktyce oznacza to około 24-godzinny okres bez leków po intensywnym picu.

Podjęcie leczenia odwykowego znacząco zwiększa szansę na utrzymanie abstynencji przez osobę uzależnioną. Podstawową metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia. Farmakoterapia jest stosowana jako metoda pomocnicza i wykorzystywana głównie w leczeniu alkoholowych zespołów abstynencyjnych, czasem jako wsparcie psychoterapii. W programach terapeutycznych wykorzystywane są elementy różnych nurtów psychoterapeutycznych, większość terapii oparta jest jednak na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej oraz doświadczeniach zaczerpniętych z ruchu AA. Kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia mają przyznanie, że alkohol stanowi problem, nad którym straciło się kontrolę, rozpoznanie szkód poczynionych przez alkohol oraz poznanie mechanizmów prowadzących do użycia alkoholu. Ważne jest także rozpoznawanie sytuacji zwiększających ryzyko, trening zachowań w takich sytuacjach (np. nauczanie



się odmawiania w sytuacjach towarzyskich, gdy podawany jest alkohol) oraz nauczenie się opanowania stresu bez zażycia alkoholu lub substancji uspokajającej. Osoba uzależniona musi bowiem wykształcić alternatywne sposoby rozwiązywania sytuacji stresowych. Niezwykle trudno jest wyjść z uzależnienia bez specjalistycznej pomocy. Dlatego tak ważne jest uczęszczanie na spotkania AA i Al-Anon oraz regularne wizyty w poradni zdrowia psychicznego lub poradni przeciwalkoholowej.

Stosowanie jakichkolwiek środków farmakologicznych, bez względu na ich skład chemiczny i profil działania, nie może być traktowane jako leczenie uzależnienia od alkoholu. Przez wiele lat w lecznictwie odwykowym w Polsce powszechną, a często jedyną metodą było leczenie awersyjne, polegające na wymuszaniu abstynencji poprzez podawanie pacjentom disulfiramu w formie doustnej lub w formie implantu (wszywki alkoholowe). Preparat ten nie leczy uzależnienia od alkoholu, natomiast poprzez „uczulenie” na alkohol może powstrzymywać od picia oraz ułatwić podjęcie terapii. Reakcja disulfiram-alkohol rozpoczyna się zwykle po upływie 5-15 minut od spożycia alkoholu i jest oparta na reakcji organizmu na nadmiernie nagromadzony aldehyd octowy, będący silną trucizną. Osoby, które zdecydowały się na podjęcie ryzyka takiej metody, powinny być pod stałą opieką specjalistyczną, a jednocześnie systematycznie uczestniczyć w programie terapii uzależnienia. W przeciwnym razie należy liczyć się z możliwością przeoczenia powikłań, które mogą wystąpić po zastosowaniu tego preparatu. Ponadto, po okresie abstynencji wymuszonej strachem przed reakcją disulfiram-alkohol najczęściej następuje powrót do picia alkoholu, a dalszy przebieg choroby okazuje się często znacznie bardziej groźny niż przed podaniem tego środka.

Terapia uzależnienia od alkoholu jest procesem długotrwałym i wymagającym zaangażowania. Należy pamiętać, że alkoholikiem pozostaje się do końca życia.

Rehabilitacja (postępowanie po leczeniu) to działania podtrzymujące zmianę u osób uzależnionych po zakończeniu leczenia uzależnienia, utrwalające efekty leczenia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające w podejmowaniu i realizacji zadań wynikających z ról społecznych. Przykładami są: treningi zapobiegania nawrotom w uzależnieniu, grupy wsparcia dla „absolwentów” leczenia uzależnień, treningi zachowań konstruktywnych, programy wychodzenia z bezdomności, grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików, kluby abstynenta, programy aktywizacji zawodowej.

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz reintegracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. Zadania te są realizowane w formie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalanych corocznie przez każdą gminę w Polsce. Ustawodawca zagwarantował na realizację tych zadań środki



finansowe w postaci opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych, które przedsiębiorcy wnoszą na rachunek gminy.

Spożywanie narkotyków

Na uzależnienie trzeba spojrzeć jak na chorobę złożoną, a przede wszystkim taką, która może dotknąć każdego, biorąc pod uwagę fakt ogólnej dostępności środków uzależniających. Aby lepiej zrozumieć problem uzależnienia, trzeba wyodrębnić dwa jego rodzaje – uzależnienie fizyczne i psychiczne. Uzależnienie można zdefiniować jako silną potrzebę wykonywania jakiejś czynności lub używania jakichś substancji. Najczęściej termin ten jest kojarzony z narkotykami, alkoholem lub nikotyną, ale nie można zapominać, że można być uzależnionym także od telewizji, Internetu, gier komputerowych czy seksu. Zwykle osoba uzależniona przez długi czas neguje nałóg, jednak w pewnym momencie nie potrafi żyć bez środka odurzającego. Trzeba pamiętać, że bardzo łatwo „wejść” w uzależnienie, a dużo trudniej z niego „wyjść”. Uzależnienie jest chorobą jak każda inna i wielokrotnie bez pomocy specjalisty nie można sobie z nią poradzić⁴⁰.

Uzależnienie fizyczne, zwane fizjologicznym, to silna potrzeba zażywania jakiejś substancji, objawiająca się wieloma różnymi dolegliwościami ze strony organizmu, takimi jak: bóle, biegunka, uczucie zimna, dreszcze. Brak zażywania danej substancji powoduje, że objawy te są bardzo nasilone, a czasami nawet nie do wytrzymania. Jest to tzw. zespół abstynencyjny. Organizm reaguje na brak substancji, do której się przyzwyczał i bez której trudno mu funkcjonować. W ten sposób może przebiegać uzależnienie od alkoholu, nikotyny, opiatów czy środków nasennych. Aby wyleczyć pacjenta z tego typu zależności, potrzebne jest odtrucie organizmu, czyli detoks. Czasami nagłe odstawienie substancji uzależniającej może być niebezpieczne, może prowadzić do zbyt dużego szoku organizmu. W takich sytuacjach konieczne jest stopniowe zmniejszanie dawki danej substancji w organizmie przez stosowanie leczniczych zamienników dla substancji uzależniającej.

Uzależnieniu fizycznemu często towarzyszy uzależnienie psychiczne, zwłaszcza przy długotrwałym nadużywaniu silnych narkotyków. Ten typ uzależnienia powoduje, że zachwiana zostaje psychika osoby uzależnionej. Objawia się to wzrostem aktywności, jeżeli chodzi o poszukiwanie środka uzależniającego, a także wzrostem tolerancji na przyjmowaną substancję, co wiąże się z tym, że potrzeba ciągle większej dawki narkotyku. Innym widocznym objawem uzależnienia jest zaniedbywanie codziennych czynności oraz otoczenia na rzecz substancji uzależniającej, a także osłabienie woli osoby chorej. Człowiek uzależniony ma obsesje oraz natrętne myśli na temat substancji

⁴⁰ <https://portal.abczdrowie.pl/leczenie-uzaleznienia-od-narkotykow>



narkotycznej, które utrzymują się także podczas abstynencji. Uzależniony oszukuje sam siebie oraz otoczenie, tłumacząc sobie, że narkotyk jest mu niezbędny do życia. U takiej osoby widoczne jest także fizyczne wyniszczenie, gdyż takie prozaiczne czynności, jak jedzenie i picie są ignorowane. Uzależnienie psychiczne jest trudniejsze do wyleczenia niż fizyczne i jest to praktycznie niemożliwe bez pomocy specjalisty. Metodą leczenia jest w tym przypadku psychoterapia.

Narkotyki twarde, np. heroina, mają silny potencjał uzależniający. Uzależnienie psychiczne u niektórych osób może pojawić się już po pierwszej dawce. Osoba uzależniona traci kontrolę nad sobą, ma problemy z funkcjonowaniem w społeczeństwie, nie radzi sobie z prostymi obowiązkami, zaniedbuje rodzinę i przyjaciół.

Uznaje się, że udowodnioną skuteczność mają trzy formy terapii – terapia substytucyjna, terapia ukierunkowana na abstynencję oraz terapia poznawczo-behawioralna. Wybór sposobu leczenia uzależnienia powinien być zależny od rodzaju narkotyku, indywidualnego podejścia do pacjenta oraz jego możliwości terapeutycznych (zaangażowania, chęci, możliwości intelektualnych itp.).

Terapia substytucyjna - Każda z metod ma swoje plusy, ale i ograniczenia. Niektóre metody terapii można ze sobą łączyć. Metodą wywołującą największe kontrowersje jest z pewnością terapia substytucyjna. Polega ona na zastępowaniu dożylnych narkotyków doustnymi preparatami przepisywanymi przez lekarza, które dają te same efekty farmakologiczne. Podawanie takiego preparatu ma na celu zlikwidowanie przyzwyczajenia fizycznego organizmu, które w przypadku dożylnych narkotyków (np. heroiny) jest największym problemem w terapii. Założeniem terapii jest osłabienie motywacji do zażywania narkotyków dożylnych przez wyeliminowanie bardzo nieprzyjemnych objawów abstynencyjnych. Dodatkowo niwelowane jest w ten sposób ryzyko przenoszenia chorób związanych ze stosowaniem brudnych igieł. Proces podawania narkotyku w sposób kontrolowany odbywa się najczęściej w specjalnym ośrodku ambulatoryjnym, gdyż wystarcza podawanie go raz na dobę. Trzeba pamiętać, że terapia metadonowa to jedynie wstęp do długotrwałego leczenia. Pacjent pozostaje bowiem nadal uzależniony od narkotyku, ale mniej szkodliwego i podawanego pod kontrolą lekarską. Celem leczenia jest stopniowe zmniejszanie dawek metadonu i jednoczesne prowadzenie zajęć terapeutycznych. Takie postępowanie lecznicze jest przeciwieństwem metody polegającej na przystąpieniu do właściwego leczenia po uprzedniej detoksykacji organizmu.

Terapia ukierunkowana na abstynencję - Inną metodą walki z nałogiem jest terapia ukierunkowana na abstynencję. Jej podstawowym warunkiem jest całkowite odstawienie wszelkich środków psychotropowych. Terapia ta jest preferowana



w przypadku uzaleźnienia od narkotyków dających słabsze uzaleźnienie fizyczne, np. marihuany. Metoda ta bazuje na założeniu, że do sięgnięcia po narkotyki skłoniły osobę uzaleźnioną trudności w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Dlatego celem tej terapii jest nauczenie pacjenta budowy uczciwej, otwartej relacji (zarówno w stosunku do terapeuty, jak i do współuczestników terapii). Niestety, do powodzenia tej metody potrzebna jest niezwykle silna motywacja do zerwania z nałogiem. Osoby, którym tej motywacji brakuje, przerywają terapię bardzo szybko – w ciągu pierwszego miesiąca rezygnuje aż 75% uczestników.

Terapia poznawczo-behawioralna - Innym rodzajem leczenia osób uzaleźnionych jest terapia poznawczo-behawioralna. Jej założeniem jest fakt, że w mechanizmie uzaleźnienia dużą rolę odgrywa mechanizm uczenia. Ten sam mechanizm wykorzystuje się w celu odzwyczajania od nałogu. W trakcie leczenia chory uczy się, jak rozpoznawać sytuacje, w których ryzyko powtórzenia sięgnięcia po używkę jest duże i w jaki sposób można zwalczyć tę pokusę. Metoda ta polega na uporczywym powtarzaniu tych samych schematów, które po pewnym czasie ułatwiają uzaleźnionemu samokontrolę. Terapia behawioralna daje efekty zdecydowanie najszybciej. Inną jej zaletą jest jej wszechstronność – nadaje się ona zarówno dla grup terapeutycznych, jak i do leczenia indywidualnego. Można ją ponadto z powodzeniem łączyć z leczeniem farmakologicznym (np. terapią metadonową). Terapia taka składa się przeważnie z 12-16 sesji trwających w sumie około 12 tygodni. Trzeba jednak pamiętać, że tak szybko widoczne efekty mogą skłonić uzaleźnionego do nadmiernej brawury i do powrotu do nałogu. Ponieważ w terapii behawioralnej kluczową rolę odgrywa element autoanalizy, tzn. wejrzenia w głąb siebie, to oprócz wysokiej motywacji do powodzenia terapii wymagane są jeszcze odpowiednie możliwości intelektualne.

W zależności od etapu terapii osoba uzaleźniona od narkotyków może zasięgnąć pomocy w takich jednostkach jak⁴¹:

Punkt konsultacyjny ds. uzaleźnień najczęściej prowadzony jest przez stowarzyszenie lub fundację, ale ostatnio również przez jednostki samorządowe przy gminnych komisjach ds. uzaleźnień. W punkcie z reguły zatrudniony jest terapeuta lub konsultant, który dokonuje wstępnej diagnozy problemu, zbiera informacje dotyczące zaawansowania uzaleźnienia, udziela porad i informacji, wspiera decyzję o leczeniu i motywuje do podjęcia terapii w poradni ambulatoryjnej lub ośrodka stacjonarnym – średnio- lub długoterminowym. Jeśli w danej miejscowości nie ma poradni, to punkt konsultacyjny jest pierwszym miejscem, gdzie można uzyskać wstępną pomoc. Niektóre

⁴¹ <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/formy-pomocy-osobom-uzaleznionym-od-narkotykow>



punkty oferują też możliwość diagnozy lekarskiej (bardzo dobrze, jeśli psychiatrycznej) oraz konsultacje psychologiczne.

Poradnia ambulatoryjna w zależności od stopnia zaawansowania choroby oferuje pomoc dla uzależnionych od narkotyków, a także członków ich rodzin. W poradni zatrudnieni są terapeuci-profesjonaliści, ale też terapeuci-neofici, czyli osoby, które wyszły z nałogu i pomagają innym w zdrowieniu, dzieląc się również własnym doświadczeniem i problemami z początków własnej terapii. W poradni można się też spodziewać opieki medycznej, psychiatrycznej, badań psychologicznych i poradnictwa prawnego (oczywiście nie we wszystkich). Rzetelna diagnoza pozwala ustalić, czy pacjent może spróbować leczyć się w systemie ambulatoryjnym, czy też jest już na etapie na tyle zaawansowanym, żeby wyjechać do ośrodka stacjonarnego. Poradnie mogą być prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje jako nie zarejestrowane w NFZ oraz zarejestrowane jako NZOZ. Bardzo często można spotkać poradnie NZOZ prowadzone przez osoby fizyczne – zwykle przez specjalistów w zakresie psychoterapii uzależnień (psychologów, pedagogów, psychiatrów).

Poradnie ambulatoryjne oferują różnorodne formy terapii indywidualnej i grupowej. Wykorzystują dorobek wielu nurtów psychologicznych. W zależności od zespołu terapeutycznego istnieją programy, których podstawy opierają się na założeniach społeczności terapeutycznych (poradnie MONAR) oraz takie, które wykorzystują dorobek nurtu psychologii behawioralnej i poznawczej. Sądzę, że najbardziej pożądany jest program integracyjny, wykorzystujący wszelkie doświadczenia czyli łączący różne podejścia. W ramach kontroli abstynencji większość poradni posiada testy na obecność narkotyków w moczu. z reguły jest tak, że jeśli pacjent nie jest w stanie utrzymać abstynencji w okresie terapii, to zostaje relegowany z programu i proponuje mu się ponowny udział po okresie „karencji” lub wyjazd do ośrodka. Program tak naprawdę konfrontuje pacjenta z rzeczywistym stanem uzależnienia. Każdemu narkomanowi wydaje się, że łatwo poradzi sobie z odrzuceniem środka psychoaktywnego, dopiero decyzja o terapii i początek abstynencji pozwala stwierdzić, jak głęboko uzależnienie zakorzeniło się w psychice pacjenta. Programy poradniane trwają z reguły ok. 1–2 lat. Początkowo są bardzo intensywne, z czasem częstotliwość spotkań spada, jednakże, jak pokazuje praktyka, w programach utrzymują się pacjenci albo z bardzo dużą motywacją, albo będący w fazie nadużywania. Największym problemem systemu ambulatoryjnego okazuje się kontrola abstynencji – rodzice nie zawsze są w stanie temu podołać, a i możliwości poradni są z wiadomych względów ograniczone. Wtedy pojawia się możliwość umieszczenia pacjenta w ośrodku stacjonarnym (pobyt całodobowy). Jeśli jednak abstynencja nie zostaje dłużej zachowana, większość ośrodków wymaga przed przybyciem wypisu z oddziału detoksykacyjnego, aby zapobiec pojawieniu się problemów natury medycznej, ale także psychicznej (psychozy, napady lękowe itp.)



Oferty oddziałów detoksykacyjnych (odtruwających) do niedawna dotyczyły uzależnionych od opiatów (czyli np. heroiny) oraz pochodnych, a także środków psychotropowych i alkoholu. Obecnie obserwujemy konieczność odtrucia połączonego z obserwacją psychiatryczną. Takie oddziały oferują pomoc pacjentom nadużywającym amfetaminy, ecstasy i GHB, gdyż skutki psychiczne i wyniszczenie organizmu związane z tym środkami wydają się być o wiele większe niż pierwotnie zakładano. Idealnie jest, kiedy po odtruciu pacjent bezpośrednio jedzie do ośrodka terapii i nie wraca do swojego środowiska.

W ogólnym zarysie w ofercie oddziału detoksykacyjnego można się spodziewać⁴²:

1. Odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną.
2. Zmniejszenie objawów niepożądanych po odstawieniu narkotyków – zmniejszenie głodu narkotycznego, bólów, napadów drgawek itd. oraz w skrajnych przypadkach do zapobiegania zgonom włącznie.
3. Diagnostyka powikłań takich jak HIV, WZW i innych chorób zakaźnych
4. Indywidualne dobranie leków do sytuacji psychicznej pacjenta.
5. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym powstającym przy odstawianiu narkotyku
6. Motywowanie do dalszego leczenia

Środek narkotyczny zmienia funkcjonowanie komórek organizmu i zadaniem detoksykacji jest ponowne ustawienie funkcjonowania organizmu bez narkotyku, w miarę bezpiecznie i humanitarnie.

Leczenie krótkoterminowe realizują oddziały leczenia uzależnień (OLU). Oddziały takie funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach psychiatrycznych czy klinikach psychiatrii. Ich program jest oparty na założeniach teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz doświadczeń klinicznych. Na oddziałach można liczyć na całodobową opiekę medyczną, farmakoterapię oraz pomoc psychologiczną. Pierwotnie niemal wszystkie oddziały w Polsce oferowały pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i leków (istnieją oddziały dla mężczyzn, dla kobiet oraz koedukacyjne), obecnie jednak ponad połowa przyjmuje również narkomanów, ponieważ okazuje się, że program alkoholowy z indywidualnym prowadzeniem oraz ukierunkowaniem może być również skuteczny dla niektórych typów pacjentów. Program trwa od 6 do 8 tygodni. Intensywne oddziaływania terapeutyczne (24 godziny

⁴² Ibidem.



na dobę) są tak naprawdę dobrym wstępem do kontynuowania terapii. Osoba kończąca program terapeutyczny powinna kontynuować go bądź w poradni, bądź w ośrodku średnioterminowym. Warto wiedzieć, że żaden szef oddziału nie żegna pacjenta słowami „do widzenia, jest pan wyleczony”, ale zwraca uwagę na konieczność kontynuowania leczenia.

Leczenie stacjonarne średnioterminowe – jest wiele programów terapii uzależnień rekomendowanych głównie przez placówki służby zdrowia, które oferują programy terapeutyczne trwające od 6 do 8 miesięcy. Zawierają one intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym. Są to najczęściej oferty łączące podejście związane z teorią psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Każdy ośrodek nastawiony jest również na rozwój osobistych predyspozycji do wytrwania w abstynencji oraz rozwój zainteresowań. Ważne miejsce pełni również uczenie obowiązkowości, odpowiedzialności, dbania o higienę osobistą i kondycję fizyczną. Niektóre ośrodki dla młodzieży umożliwiają kontynuowanie nauki szkolnej, ale nie należy uważać, że edukacja jest w ich przypadku najważniejsza. Najważniejsze jest zdrowienie.

Leczenie stacjonarne długoterminowe – programy terapii trwające od 12–24 miesięcy oferowane przez placówki Monaru, Karanu, PTZN, ZOZy oraz inne fundacje. Kadre stanowią terapeuci, psycholodzy oraz neofici. Programy oparte są głównie na metodzie społeczności terapeutycznych i obejmują szereg oddziaływań zarówno terapeutycznych, jak i społecznych, mających na celu odbudowanie takich norm i wartości, jak uczciwość, odpowiedzialność, szczerść, przyjaźń itd. Ważnym aspektem udziału w systemie jest praca, możliwość realizacji siebie w różnych rolach: od sprzątacza, kucharza, ogrodnika począwszy, na ochroniarzu czy prezesie społeczności skończywszy.

Udział w procesie terapii jest podzielony na kilka etapów, uprawniających do określonych ról, dających przywileje określane przez całą społeczność. Oczywiście każdy pacjent zaczynający terapię ma okres próbny i pierwsze przywileje otrzymuje nie wcześniej niż po miesiącu pobytu w ośrodku. Cechą charakterystyczną ośrodków są żelazne normy i zasady funkcjonowania, których złamanie powoduje nałożenie kar, czyli tzw. dociążeń – lub wykluczenie ze społeczności. Szerszy opis funkcjonowania takiego ośrodka warty jest osobnego artykułu.

Wiele z powyższych zasad ma swoje odpowiedniki w życiu ośrodka średnioterminowego.

Ukończenie terapii w ośrodku długoterminowym nie jest ostatecznym „wyzdrowieniem”. Uzależnienie jest bowiem chorobą nieuleczalną i charakteryzuje się nawrotami, czyli kryzysami mogących spowodować ponowne sięgnięcie po narkotyki.



Dlatego też każdy absolwent ośrodka powinien po opuszczeniu ośrodka znaleźć swojego osobistego terapeutę, bądź – jeśli ma taką możliwość – skorzystać z pomocy grupy wsparcia dla neofitów lub grupy Anonimowych Narkomanów.

Grupy Anonimowych Narkomanów (ang. Narcotics Anonymous, NA) istnieją już w niektórych miastach. Uczestnictwo w NA jest otwarte dla wszystkich narkomanów, niezależnie od rodzaju używanych narkotyków lub sposobów ich łączenia. Kiedy przystosowywano do potrzeb NA Pierwszy Krok z literatury Anonimowych Alkoholików, słowo „alkohol” zastąpiono słowem „uzależnienie”.

W NA nie ma ograniczeń społecznych, religijnych, ekonomicznych, rasowych, etnicznych, narodowych ani płciowych, nie ma też opłat wpisowych czy członkowskich. Większość członków regularnie przyczynia się drobnymi sumami do pomocy w regulowaniu wydatków mityngów, przy czym datki te nie są obowiązkowe.

W programie Anonimowych Narkomanów członkowie są zachęceni do stosowania całkowitej abstynencji od wszystkich rodzajów narkotyków, z alkoholem włącznie. z doświadczenia członków NA wynika, że ciągła i nieprzerwana abstynencja zapewnia najlepszy fundament dla zdrowienia i osobistego rozwoju. Główną usługą dostępną w NA są mityngi grupowe. Każda grupa działa indywidualnie, wspierając się zasadami obowiązującymi dla całej organizacji, które są przedstawione w literaturze. Większość grup na cotygodniowe spotkania wynajmuje sale w budynkach prowadzonych przez organizacje publiczne, religijne lub społeczne. Jedna osoba prowadzi mityng, natomiast reszta członków bierze udział w dzieleniu się swoim doświadczeniem w zdrowieniu z uzależnienia od narkotyków. Członkowie grupy dzielą między siebie funkcje związane z usprawnieniem działania mityngu.

6.2.6. Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok – Mikołów

28 października 2014 r., na podstawie art. 4 ust. 2 i 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 z późn. zm.), na wniosek Burmistrza Mikołowa Rada Miejska Mikołowa uchwałą Nr XLVI/1196/2014, Rada Miejska Mikołowa przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015. Zadania Programu kształtują się następująco:



Tabela 33. Zadania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015 Gminy Mikołów

Zadania Programu	
zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i osób zagrożonych uzależnieniem polegająca na:	udzielaniu pomocy psychospołecznej osobom uzależnionym od alkoholu i prowadzeniu konsultacji motywujących do podjęcia leczenia odwykowego
	udzielaniu pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych osobom uzależnionym od alkoholu oraz prowadzeniu grup wsparcia dla osób z problemem alkoholowym
	dofinansowaniu prowadzenia terapii pogłębionej dla mieszkańców Mikołowa uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w Poradni Profilaktyki i Lecznictwa Odwykowego w Mikołowie
udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a zwłaszcza ochrony przed przemocą w rodzinie, co wyrażać się będzie w pomocy psychologicznej, terapeutycznej dla osób współuzależnionych i dotkniętych przemocą domową oraz dla ich rodzin poprzez prowadzenie konsultacji, doradztwa, grup wsparcia, a także w niesieniu indywidualnej pomocy psychologicznej	
dofinansowanie zadań Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie (dysponent środków finansowych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej)	
prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-	zorganizowaniu Mikołowskiego Seminarium Trzeźwościowego
	zorganizowaniu i partycypowaniu w kosztach Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów Młodzieżowych Animatorów Programów Profilaktycznych w Mikołowie
	prowadzeniu konsultacji i porad oraz działalności szkoleniowej i edukacyjnej
	promowaniu zdrowego stylu życia poprzez organizowanie dyskotek bezalkoholowych dla młodzieży, połączonych z promocją alternatywnych sposobów na życie oraz wspieranie innych inicjatyw sportowo-kulturalnych, a także festynów rodzinnych połączonych z edukacją publiczną w zakresie profilaktyki uzależnień
	prowadzeniu pozalekcyjnych zajęć sportowych w szkołach podstawowych i gimnazjalnych (dysponent środków finansowych Zarząd Szkół i Przedszkoli Mikołowskich)



wychowawczych i socjoterapeutycznych, polegające na	prowadzeniu pozalekcyjnych zajęć sportowych w Zespole Szkół Specjalnych w Mikołowie
	dofinansowaniu zakupu sprzętu sportowego dla szkół mikołowskich (dysponent środków finansowych Zarząd Szkół i Przedszkoli Mikołowskich)
	dofinansowaniu zakupu sprzętu sportowego dla przedszkoli mikołowskich (dysponent środków finansowych Zarząd Szkół i Przedszkoli Mikołowskich)
	realizacji ogólnokrajowych programów profilaktycznych, a także wdrażaniu innych autorskich programów edukacyjno-profilaktycznych, skierowanych do młodzieży szkolnej, rodziców i nauczycieli oraz prowadzeniu szkoleń różnych grup zawodowych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii i przemocy, jak również badaniach dostępności sprzedaży alkoholu nieletnim i badaniach ankietowych uczniów szkół mikołowskich z zakresu problematyki używania alkoholu i innych środków odurzających
	dofinansowaniu kolonii i obozów organizowanych z elementami profilaktyki dla dzieci i młodzieży z terenu gminy Mikołów z rodzin dotkniętych problemami alkoholowymi i przemocą;
	organizowaniu i prowadzeniu zajęć opiekuńczych dla młodzieży uczestniczącej w zajęciach Mikołowskiego Klubu Młodzieżowego oraz dofinansowaniu pozostałej działalności
	dofinansowaniu działalności Świetlicy Opiekuńczo-Specjalistycznej przy ul. Konstytucji 3 Maja 40 w Mikołowie (dysponent środków finansowych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mikołowie);
wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, które polegać będzie na współfinansowaniu zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w odniesieniu do osób z terenu gminy Mikołów, doprowadzonych do Izby Wytrzeźwień	
dofinansowanie tworzenia systemu monitorowania miejsc publicznych zagrożonych spożywaniem alkoholu i w związku z tym zagrożonych naruszeniem porządku publicznego (dysponent środków finansowych Referat Zarządzania Kryzysowego i Obrony Cywilnej Urzędu Miasta)	
wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej (dysponent środków finansowych Centrum Integracji Społecznej w Mikołowie)	



podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 131 i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed Sądem w charakterze oskarżyciela publicznego

Merytoryczną kontrolę nad realizacją Programu sprawować będzie Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwana dalej Gminną Komisją. Gminna Komisja prowadzi będzie działania mające na celu zmniejszenie szkód związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu poprzez:

- motywowanie osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu i ich rodzin do rozpoczęcia procesu leczenia;
- kierowanie osób uzależnionych i współuzależnionych do odpowiednich poradni oraz instytucji pomocowych;
- interwencje w instytucjach pomocowych, jeśli w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym występują przemoc lub inne zjawiska patologii społecznej;
- prowadzenie postępowania przygotowawczego w sprawach o przymusowe leczenie odwykowe i kierowanie kompleksowych wniosków wraz z wywiadem środowiskowym oraz opinią biegłego do Sądu Rejonowego w Mikołowie.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Łaziska Górne

28 października 2014 r., na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, poz. 594 z późn. zm.), w związku z art. 41 ust. 2 i 5, art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 poz. 1356 z późn. zmianami), Rada Miejska w Łaziskach Górnych przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015. Zadania Programu kształtują się następująco:

Zadania Programu	
Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych	Prowadzenie porad i konsultacji dla osób uzależnionych od alkoholu oraz prowadzenie działań motywujących do podjęcia terapii i ograniczenia szkód w związku z nadużywaniem alkoholu.
	Utrzymywanie „telefonu zaufania”.
	Rozpowszechnianie informacji, za pomocą ulotek, plakatów, broszur, dotyczących



Zadania Programu	
	choroby alkoholowej i możliwości jej leczenia.
<p>Udzielanie rodzinom, w których występuje problem alkoholowy, pomocy psycho - społecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie</p>	Konsultacje oraz poradnictwo prawne dla osób uzależnionych i współ -uzależnionych.
	Poradnictwo (w tym prawne i psychologiczne) dla ofiar przemocy w rodzinie.
	Pomoc psychoterapeutyczna dla rodzin z problemem alkoholowym (konsultacje, terapia indywidualna i grupowa).
	Dofinansowanie ze środków Gminnego Funduszu Rozwiązywania Problemów Alkoholowych placówki wsparcia dziennego prowadzonej w ramach działalności Miejskiego Ośrodka Wspierania Rodziny i Dziecka. Dofinansowanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych organizowanych dla pedagogów szkolnych i pracowników świetlic.
	Organizacja spotkania wigilijnego dla rodzin z problemem alkoholowym mającego na celu integrację rodziny.
<p>Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla młodzieży</p>	Przeprowadzanie w szkołach zajęć profilaktycznych mających na celu zapobieganie szerzeniu się problemów alkoholowych.
	Realizacja Ponadregionalnej Edycji Powiatowej Młodzieżowej Szkoły Liderów – młodzieżowych animatorów programów profilaktycznych dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz współpraca z absolwentami poprzednich edycji szkoły.
	Współorganizacja dyskotek „Potrafię bawić się bez używek”.
	Uczestnictwo w Ogólnopolskiej Kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł”.
	Prowadzenie zajęć sportowo- rekreacyjnych dla uczniów w placówkach szkolnych i Miejskim Domu Kultury.



Zadania Programu	
	Uczestnictwo młodzieży w zajęciach i warsztatach psychoedukacyjnych uczących podstaw i kształcących umiejętności służące zdrowiu i trzeźwemu życiu.
	Współorganizacja Mikołowskiej Powiatowej Kampanii pn. "ŁAŃCUCH CZYSTYCH SERC – NARKOMANII, ALKOHOLIZMOWI, PRZEMOCY INTERPERSONALNEJ, NIETOLERANCJI, HIV/AIDS, WSZELKIEMU ZŁU – NIE"
	Współpraca w zakresie organizacji Ponadregionalnego Mikołowskiego Seminarium Trzeźwościowego.
	Uczestnictwo młodzieży szkolnej w zajęciach realizowanych przez Klub Młodzieżowy przy Stowarzyszeniu „Powrót”.
	Informacje w prasie lokalnej („Gazeta Łaziska”, „Dziennik Zachodni w Mikołowie”) o istnieniu i działaniu grup terapeutycznych oraz pracy Gminnej Komisji Rozwiązywania problemów Alkoholowych.
	Przeznaczenie środków na zakup literatury, biuletynów, ulotek o tematyce uzależnień z przeznaczeniem dla bibliotek szkolnych i biblioteki miejskiej.
	Współpraca z Komisariatem Policji i Strażą Miejską w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, szczególnie wśród młodzieży.
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.	Wspieranie działalności stowarzyszeń prowadzących programy profilaktyczne i naprawcze: dofinansowanie kosztów organizacyjnych Spartakiady Abstynenckiej dla młodzieży i społeczności dorosłej Powiatu Mikołowskiego
	Partycypacja w kosztach prowadzenia działalności psychospołecznej, psychoedukacyjnej, rehabilitacyjnej, prozdrowotnej dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz udzielanie pomocy osobom współuzależnionym przez



Zadania Programu	
	organizacje pozarządowe.
	Współfinansowanie Izby Wytrzeźwień, przyjmującej do wytrzeźwienia osoby z terenu Łazisk Górnych
Działania mające na celu ograniczenie dostępności alkoholu oraz zmiany struktury jego spożywania	Określenie uchwałą Rady Miejskiej ilości punktów sprzedaży napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży, jak i w miejscu sprzedaży.
	Wprowadzenie uchwałą Rady Miejskiej zasad usytuowania na terenie miasta miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.
	Rozpowszechnianie pakietów informacyjnych (ulotki, broszury, plakaty) o szkodliwości nadużywania alkoholu przeznaczonych do rozpowszechniania w miejscach sprzedaży i podawania alkoholu.
	Ograniczenie dostępności sprzedaży alkoholu i stworzenie dostępności napojów alternatywnych w czasie imprez publicznych.
	Podjęcie interwencji w związku z naruszeniem przepisów dotyczących reklamy i promocji napojów alkoholowych, sprzedaży alkoholu osobom do lat 18, osobom, których zachowanie wskazuje na stan nietrzeźwości, sprzedaży na kredyt lub pod zastaw.
	Występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.
	Przeprowadzenie szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych.



Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Orzesze

23 października 2014 r., na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, poz. 594 z późn. zm.), w związku z art. 41 ust. 2 i 5, art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 poz. 1356 z późn. zmianami), Rada Miejska Orzesze przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015.

Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w Gminnym Programie przedstawione są działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu między innymi poprzez:

1. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem;
2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
3. 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;
4. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art.131 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
5. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Gmina Ornontowice

Aby skutecznie przeciwdziałać rozrastaniu się sieci uzależnień w gminie ważne jest odpowiednie kształtowanie postaw a także udostępnienie osobom uzależnionym i nadużywającym różnych substancji psychoaktywnych dostępu do fachowej pomocy gwarantującej pomoc psychologiczną, prawną, leczenie i rehabilitację oraz integrację osób uzależnionych, współuzależnionych czy ofiar przemocy.

Lokalna polityka społeczna skierowana jest na realizację zadań objętych ustawą poprzez tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje



do powstrzymywania się od sięgania po środki psychoaktywne lub ograniczanie powstałych już szkód w wyniku nadużywania tychże środków.

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii należy do zadań własnych gmin. Zgodnie z art. 4' pkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U z 2012r. poz. 1356 z późn. zm.) oraz art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 124) zadania te obejmują:

1. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz zagrożonych uzależnieniami,
2. udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe i problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
3. prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
4. wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych i problemów narkomanii,
5. pomoc społeczną 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,
6. podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13' i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2015 rok - Gmina Wyrzyki

30 października 2014 r., na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, poz. 594 z późn. zm.), w związku z art. 41 ust. 2 i 5, art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U. z 2012 poz. 1356 z późn. zmianami), Rada Gminy Wyrzyki przyjęła „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.



Podstawowym zadaniem Programu jest realizacja przez Gminę Wyry zadań własnych w zakresie prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, które obejmują w szczególności:

1. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
3. 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,
4. Wspomaganie działalności, instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.
5. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

6.2.7. Zasoby instytucjonalne obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego realizujące zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz substancji psychoaktywnych

Placówki świadczące pomoc osobom zagrożonym uzależnieniem lub uzależnionym oraz ich rodzinom można podzielić na: placówki ambulatoryjne, oddziały detoksykacyjne, stacjonarne placówki prowadzące leczenie w oparciu o psychoterapię indywidualną i grupową z wykorzystaniem metody społeczności terapeutycznej, organizacje pozarządowe działające w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i telefony zaufania⁴³.

- Placówki ambulatoryjne (poradnie leczenia uzależnień, punkty konsultacyjne ds. uzależnień) udzielające pomocy psychologicznej, poprzez profesjonalne poradnictwo, diagnostykę psychologiczno-medyczną, farmakoterapię, psychoterapię indywidualną i grupową oraz motywujące do podjęcia decyzji o zmianie dotychczasowego, destruktywnego stylu życia i pomagające w utrwaleniu tej decyzji,

⁴³ Wykaz placówek w województwie śląskim świadczących pomoc młodzieży zażywającej narkotyki, z: http://rops-katowice.pl/dopobrania/Wykaz_placowek.pdf, [Data dostępu: 10.12.2015]



- Oddziały detoksykacyjne, których celem jest zlikwidowanie lub złagodzenie objawów abstynencyjnych, zaburzeń psychotycznych i powikłań somatycznych, występujących w następstwie odstawienia substancji psychoaktywnych,
- Stacjonarne placówki (oddziały całodobowe i dzienne), prowadzące leczenie w oparciu o psychoterapię indywidualną i grupową z wykorzystaniem metody społeczności terapeutycznej. Pobyt w tych placówkach może obejmować od kilku do kilkunastu miesięcy, podczas których prowadzona jest terapia ukierunkowana na zmianę dotychczasowego stylu życia, środowiska oraz uzyskanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych.

W wymienionych placówkach świadczenia terapeutyczne udzielane są bezpłatnie. W placówkach ambulatoryjnych nie jest wymagane skierowanie lekarskie, natomiast do placówek stacjonarnych i na oddziały detoksykacyjne pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania lekarskiego.

Na szczeblu wojewódzkim, również dla mieszkańców Powiatu Mikołowskiego, pomoc w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia pełni Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Tychach oddalona od Gminy Wyry 8km oraz Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia w Gliwicach, oddalona od Gminy Ornontowice 14km.

Tabela 34. Placówki świadczące usługi w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych na szczeblu wojewódzkim dostępne dla mieszkańców Powiatu Mikołowskiego

Miasto	Adres	Oddział/ ośrodek	Zakres działań
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Oddział/ośrodek Leczenia Zespołów Abstynencyjnych Po Substancjach Psychoaktywnych (Detoksykacji)	Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja)
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Oddział/ośrodek Terapii Dla Uzależnionych Od Substancji Psychoaktywnych Ze Współistniejącymi Zaburzeniami Psychotycznymi	Świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza)
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia Od Substancji Psychoaktywnych	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Poradnia Terapii Uzależnienia Od Substancji Psychoaktywnych	Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol



Miasto	Adres	Oddział/ ośrodek	Zakres działań
Gliwice	Ul. Dębowa 5	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
Gliwice	Ul. Moniuszki 13	Poradnia Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia	Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu
Gliwice	Ul. Moniuszki 13	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
Gliwice	ul. Jana Pawła II 7	Pracownia Profilaktyki i Interwencji Narkomanii i Kryzysowej	Profilaktyka uzależnień narkotykowych
Tychy	Ul. Bukowa 20	Dzienny Oddział Terapii Dla Osób Uzależnionych Od Alkoholu i Innych Środków Psychoaktywnych Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia Od Alkoholu Tychy	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu
Katowice	ul. Powstańców 31	Wojewódzki Ośrodek Zapobiegania i Leczenia Uzależnień	Świadczenia profilaktyki i terapii uzależnień

Źródło: Wykaz placówek w województwie śląskim świadczących pomoc młodzieży zażywającej narkotyki, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

Na szczeblu powiatowym usługi w zakresie świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych świadczą⁴⁴:

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.
2. Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o. prowadzące przy ul. Okrzei 31 w Mikołowie Poradnie Profilaktyki i Leczenia Odwykowego. Wśród zakresu leczenia poradni znajdują się:
 - Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi,
 - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych,
 - Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe,
 - Zaburzenia nastroju (afektywne),
 - Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczna (somatoform),
 - Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi,

⁴⁴ Ibidem.



- Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych,
 - Upośledzenie umysłowe,
 - Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego),
 - Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym,
 - Nieokreślone zaburzenia psychiczne,
 - Symptomy i objawy chorobowe dotyczące poznawania, postrzegania, stanu emocjonalnego oraz zachowani.
3. Międzyzakładowy Punkt Konsultacyjny ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Uzależnieniom od Innych Środków Psychoaktywnych prowadzony przez Stowarzyszenie Klub Abstynenta „Powrót” działającego na rzecz ozdrowienia moralnego i psychicznego osób nadużywających alkoholu lub narkotyków oraz przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii i wykluczeniu społecznemu, jako niekorzystnym zjawiskom dysfunkcji społecznej.
 4. Powiatowa Młodzieżowa Szkoła Liderów Młodzieżowych Animatorów Programów Profilaktycznych w Mikołowie utworzona została przez Tadeusza Rosę w październiku 1999 r.. Kształci młodzież z Województwa Śląskiego, w tym z gmin Powiatu Mikołowskiego oraz Województwa Małopolskiego. Jest to jedyna tego rodzaju placówka w Polsce zarejestrowana w oparciu o stosowne Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej. Dotychczas zrealizowano trzynaste edycje. Dyplom młodego lidera profilaktyka oraz świadectwo ukończenia szkoły otrzymało ponad 900 absolwentów (dziewczęta i chłopcy w wieku 14-20 lat).
 5. Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie, która jest jednostką organizacyjną Policji przy pomocy której Komendant Powiatowy Policji w Mikołowie, zwanej dalej „Komendantem Powiatowym”, realizuje zadania określone w ustawach i przepisach wykonawczych dotyczących ochrony bezpieczeństwa ludzi oraz utrzymania bezpieczeństwa i porządku publicznego na obszarze powiatu mikołowskiego. Miejscem wykonywania zadań służbowych przez policjantów i pracowników Policji Komendy Powiatowej Policji w Mikołowie jest obiekt Komendy w Mikołowie przy ulicy Rymera 1.
 6. Centrum Integracji Społecznej, którego zadania i działania zostały szczegółowo opisane w podrozdziale ***Institucje integracji społecznej***.
 7. PaT – Profilaktyka a Ty, Młodzież z Orzesko-Ornontowickiej Grupy PaT od dwóch lat działa i tworzy w ramach ogólnopolskiej społeczność programu PaT, a jej działania aktywnie wspiera Komenda Powiatowa Policji w Mikołowie. Inicjatywa działań „Profilaktyka a Ty” promuje wśród



młodzieży modę na życie bez uzależnień i przemocy. Jest to profilaktyka nietypowa: kreatywna, realizowana poprzez twórcze działanie.

W Mikołowie w zakresie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu i substancji psychoaktywnych funkcjonują takie instytucje jak⁴⁵:

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mikołowie została powołana Zarządzeniem Burmistrza Mikołowa Nr 989/369/2012 z dnia 28 sierpnia 2012 roku. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wykonuje zadania wynikające z ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356). Do zadań Komisji należy między innymi:

- Inicjowanie działań na rzecz kreowania właściwych postaw społecznych wobec problemów alkoholowych, narkomanii, jak również podejmowanie działań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- Wydawanie opinii w sprawach zgodności lokalizacji i liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych z Uchwałami Rady Miejskiej Mikołowa;
- Kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na terenie Gminy Mikołów, na podstawie upoważnienia wydawanego przez Burmistrza;
- Współdziałanie z organami Gminy, instytucjami, zakładami pracy, osobami fizycznymi, organizacjami pozarządowymi w zakresie promocji trzeźwego stylu życia i wartości abstynencji oraz rozwiązywania problemów alkoholowych;
- Zakładanie „Niebieskich Kart” w przypadku powzięcia wiadomości o stosowaniu przemocy w rodzinie;
- Przyjmowanie wniosków o wszczęcie postępowania w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu i prowadzenie postępowania w sprawach o sądowe zobowiązanie do leczenia.

2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

W Łaziskach Górnych w zakresie terapii uzależnionych pomoc świadczą⁴⁶:

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Ibidem.



1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Narkomanii w Łaziskach Górnych realizuje działania związane z:
 - Poradnictwem prawnym dla osób uzależnionych i współuzależnionych,
 - Poradnictwem specjalistycznym w zakresie uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz współuzależnienia,
 - Pomocą psychoterapeutyczną dla osób z problemem alkoholowym i narkomanią: uzależnienia rodziny, dzieci,
 - Poradnictwem specjalistycznym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
2. Ośrodek Pomocy Społecznej został utworzony dnia 5 marca 1990r - Uchwałą nr Z/58/90 Miejskiej Rady Narodowej w Łaziskach Górnych. Celem pomocy społecznej jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Rodzaj, forma i wielkość świadczenia powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy, a także powinny odpowiadać celom i możliwościom finansowym ośrodka. Zakres i wysokość przyznawanej pomocy zależy przede wszystkim od sytuacji bytowej danej osoby, jej sytuacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej.
3. Grupa AA, funkcjonująca przy Kościele pw. Matki Boskiej Królowej Różańca Świętego.

Orzesze w zakresie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu lub środków psychoaktywnych dysponuje zasobami instytucjonalnymi w postaci⁴⁷:

4. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych realizuje działania związane z:
 - Dyżurami w punkcie konsultacyjnym w Orzeszu (konsultacje ds. uzależnień i przemocy, pomoc i porady prawne i psychologiczne),
 - Pomocą psychologiczną, socjalną, prawną, grupami wsparcia w Ośrodku Interwencji Kryzysowej przy PCPR,
 - Bezpłatnym leczeniem specjalistycznym uzależnień, nerwic, psychoz, depresji dla ofiar przemocy,
 - Warsztatami i treningami psychologicznymi.
5. Grupa AA przy Miejskim Ośrodku Kultury.

⁴⁷ Ibidem.



6. AL-MED Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień dla osób z problemem narkotykowym oferowana jest terapia w postaci poradnictwa i psychoterapii indywidualnej, natomiast dla rodzin osób z problemem narkotykowym świadczy poradnictwo i działalność grup wsparcia/edukacyjnych. Dla osób uzależnionych niezmotywowanych do leczenia realizuje edukacje dotycząca ograniczania szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem narkotyków, a dla wszystkich klientów/pacjentów poradni nawiązuje współpracę z miejscowym systemem pomocy społecznej/ w placówce istnieje możliwość konsultacji z:

- Lekarzem psychiatrą
- Psychologiem,
- specjalistą terapii uzależnień,
- psychoterapeutą

Dodatkowo placówka wystawia skierowania do oddziałów detoksykacyjnych i ośrodków rehabilitacyjnych, prowadzi programy profilaktyczno-lecznicze oraz realizuje szkolenia dla różnych grup zawodowych.

7. Placówka Wsparcia Dziennego Przystań jest jednostką organizacyjną Gminy Orzesze, powołaną do realizacji zadań Gminy wynikających z Ustawy z dn. 26 października 1982 r. o wychowaniu do trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz z Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
8. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej to samorządowa jednostka organizacyjna Gminy powołana do realizacji zadań pomocy społecznej. Został powołany przez Miejską Radę Narodową w Orzeszu Uchwałą Nr IX/55/90 z dnia 27 luty 1990r. Rozpoczął swoją działalność dnia 1 lipca 1990r.

W zakresie Gminne pomocy osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem oraz współuzależnionym w Gminie Ornontowice pomoc świadczą⁴⁸:

1. Punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ofiar przemocy przeznaczony dla osób uzależnionych, członków ich rodzin, sprawców oraz ofiary przemocy, w którym pomoc świadczą psycholog oraz prawnik.
2. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ornontowicach jest jednostką organizacyjną samorządu terytorialnego, której głównym zadaniem jest świadczenie pomocy społecznej. Zajmującą się również sprawami związanymi ze świadczeniami rodzinnymi, funduszem alimentacyjnym, dodatkami

⁴⁸ Ibidem.



mieszkańcowi, dodatkami energetycznymi, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, wspieraniem rodziny, pomocą materialną dla uczniów oraz przeciwdziałaniem alkoholizmowi i narkomanii. Terenem naszego działania jest Gmina Ornontowice.

W Gminie Wyry świadczenia dotyczące osób uzależnionych realizują:

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - punkt w Wyrach oraz w Gostyni. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA) powołana przez wójta to komisja działająca na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, utworzona przez zespół ludzi, których zadaniem jest realizacja zadań tejże ustawy, a także ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Podstawowym zadaniem komisji jest prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, a w szczególności zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla takich osób. Dodatkowo wyznaczony może być też pełnomocnik, sprawujący bezpośrednią opieką nad realizacją gminnego programu. Każda komisja zazwyczaj posiada przewodniczącego i sekretarza, którzy kierują obradami komisji.
2. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyrach został powołany uchwałą Rady Gminy w listopadzie 1991 roku. Działalność rozpoczął od stycznia 1992 roku. Ośrodek jest jednostką budżetową Gminy Wyry. Główna siedziba Ośrodka znajduje się w budynku mieszczący się w Wyrach przy ul. Dąbrowszczaków 107. Ośrodek swym działaniem obejmuje Gminę Wyry składającą się z miejscowości Wyry i Gostyń. W Gostyni mieści się filia Ośrodka przy ul. Pszczyńskiej 368, w której dyżurują pracownicy w wyznaczonych godzinach. Działanie Ośrodka opiera się głównie na Ustawie o pomocy społecznej, Ustawie o świadczeniach rodzinnych, Ustawie o pieczy zastępczej



6.2.8. Organizacje pozarządowe obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego wspierające zadania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii

W Powiecie Mikołowskim funkcjonują organizacje pozarządowe oraz podmioty wspierające organy samorządowe w działaniach profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi. Na terenie poszczególnych Gmin działają:

NGO Mikołów⁴⁹

1. Stowarzyszenie „Uśmiech”,
2. Centrum Integracji Społecznej,
3. Stowarzyszenie Św. Józefa „Jesteśmy”,
4. Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i Profilaktyki Zmiana,
5. Mikołowskie Towarzystwo Charytatywne,
6. Stowarzyszenie Klub Abstynenta „Powrót”.

NGO Łaziska Górne⁵⁰

1. Klub Abstynentów „Pierwszy Krok”,
2. Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki, Pomocy i Rozwoju Psychospołecznego „Promoc”.

NGO Orzesze⁵¹

1. Stowarzyszenie Rodzin Abstynenckich "Wyzwolenie",
2. Stowarzyszenie Razem=Łatwiej.

NGO Ornontowice⁵²

1. Forum Aktywności Społecznej Ornontowic.

Na terenie Gminy Wyry zadania z zakresu problemu alkoholu i narkomanii, również dofinansowane z budżetu Gminy Wyry, realizują organizacje pozarządowe z terenu całego powiatu, takie jak: Stowarzyszenie Klub Abstynenta „POWRÓT” w Mikołowie oraz Mikołowskie Stowarzyszenie Pomocy Psychospołecznej i profilaktyki „Zmiana”⁵³.

⁴⁹ <http://ngo.mikolow.eu/baza-ngo-2/>

⁵⁰ http://www.laziska.pl/document,0,0,601,0,0,organizacje_pozarzadowe.html

⁵¹ http://orzesze.pl/artukul/12_organizacje_pozarzadowe

⁵² <http://ornontowice.pl/index.php?act=gospodarka&id=2640>

⁵³ Sprawozdanie z realizacji w roku 2014 programu współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego



6.2.9. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none">Wzrost świadomości społecznej na temat alkoholizmu oraz możliwości związanych z profilaktyką i jej leczeniemBadania podejmowane przez zróżnicowane instytucje badawcze i naukowe w kraju i UE obejmujące zagadnienia związane z problematyką uzależnieńAlkoholizm postrzegany przez WHO jako jeden z najpoważniejszych czynników ryzyka dla zdrowia populacjiSpadek spożycia alkoholu przez młodzieżBrak akceptacji w społeczeństwie dla kobiet pijących alkohol w ciążyRealizacja przez jednostki samorządu terytorialnego licznych form profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych skierowanych do dzieci i młodzieży oraz programów promocji zdrowia i zdrowego stylu życiaZaangażowanie różnych podmiotów (organizacji pozarządowych, środowisk abstynenckich i samopomocowych) w działania profilaktyczneWspółpraca z administracją rządową w zakresie realizacji programów i kampanii rządowych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowychWspieranie powstających placówek służących reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych (np. centrów integracji społecznej)Rozwinięta i dość równomiernie rozłożona sieć ambulatoryjnych zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa (w każdym powiecie działa tego typu placówka)Realizacja przez zakłady leczenia odwykowego programów terapii pogłębionej oraz oddziaływań terapeutycznych skierowanych nie tylko do osób uzależnionych lecz również członków ich rodzin, osób współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, sprawców przemocy.Współpraca Samorządu Województwa z administracją rządową (zwłaszcza z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii), w zakresie	<ul style="list-style-type: none">Duża dostępność fizyczna alkoholuDuża dostępność ekonomiczna alkoholuWysoki wskaźnik spożycia alkoholu na osobę w Polsce (ogółem)Zmienne i niestabilne prawo dotyczące sprzedaży i spożycia alkoholu oraz środków psychoaktywnychWielopokoleniowe tradycje spożywania alkoholu na spotkaniach towarzyskich, rodzinnych i wszelkich uroczystościachBrak problemów z zakupem alkoholu przez młodzieżBrak wiedzy społeczeństwa na temat działalności Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów AlkoholowychNiewystarczająca integracja służb społecznych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowychNiewystarczająca liczba placówek wsparcia dziennego realizujących programy socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza na terenach wiejskichNiewystarczająca liczba specjalistów z zakresu socjoterapii w placówkach dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza na terenach wiejskichProblem niezgodnego z ustawą o wychowaniu w trzeźwości wydatkowania środków finansowych z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (w gminach)Różna jakość usług świadczonych przez zakłady leczenia odwykowego (pod względem oferty terapeutycznej, kwalifikacji personelu, środków materialnych, a przede wszystkim ilości świadczeń zakupionych przez NFZ)Brak oferty terapeutycznej dla niektórych grup pacjentów (osoby nieletnie i po 65 r. ż; głuchoniemi oraz o obniżonej sprawności intelektualnej)Brak oferty terapeutycznej dla ofiar i sprawców przemocy w programach leczenia odwykowegoNiewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów w województwie śląskim



<p>realizacji kampanii i badań</p> <ul style="list-style-type: none">• Wspieranie przez Województwo Śląskie organizacji społecznych z terenu województwa śląskiego działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii• Wspieranie rozwoju oraz modernizacji bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej zakładów prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków lub używających narkotyków w sposób szkodliwy (jednostek samorządu województwa)• Wzrost ujawnialności przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przez Policję• Publiczna debata na temat zagrożeń powodowanych przez substancje psychoaktywne (w tym dopalacze)	<ul style="list-style-type: none">• Niewystarczająca liczba placówek prowadzących reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu po zakończonym leczeniu• Zróżnicowany poziom jakości zadań realizowanych przez placówki dla dzieci i młodzieży (świetlice i kluby)• Niedostateczna współpraca służb społecznych w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii• Wzrost tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych• Mała liczba podmiotów realizujących programy profilaktyczne skierowane do grup ryzyka• Zróżnicowany poziom usług świadczonych przez podmioty leczące uzależnienia od narkotyków (pod względem oferty, kwalifikacji personelu, ilości świadczeń zakupionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia)• Łatwy dostęp do narkotyków
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none">• Możliwość doskonalenia zawodowego osób działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych• Wzrost kwalifikacji pracowników merytorycznych zakładów lecznictwa odwykowego• Korzystne regulacje prawne – ustawy o obowiązkach gmin w zakresie opracowania i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych• Duże możliwości finansowe w realizacji gminnych programów rozwiązywania problemów uzależnień, zwłaszcza miejskich gmin, w tym na prawach powiatu• Zespoły interdyscyplinarne ds. rozwiązywania problemów społecznych• Obowiązek szkół w zakresie realizacji szkolnych programów profilaktycznych• Działalność ruchów i stowarzyszeń na rzecz rozwijania postaw abstynenckich i kształtowania postaw moralnych• Możliwość realizowania projektów dotowanych z Funduszy Europejskich• Kampanie społeczne na rzecz zapobiegania i przeciwdziałania uzależnieniom• Zwiększająca się świadomość zagrożeń	<ul style="list-style-type: none">• Występowanie czynników wzmacniających zjawisko uzależnień (bezrobocie, ubóstwo)• Obniżenie wieku inicjacji alkoholowej• Szkodliwy wpływ alkoholu na zdrowie i życie rodzinne• Negatywne konsekwencje zdrowotne dzieci i młodzieży pijących napoje alkoholowe oraz osób dorosłych nadużywających alkoholu• Zwiększająca się dostępność napojów alkoholowych w handlu – wzrost liczby punktów sprzedaży przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży• Zwiększona dostępność alkoholu poprzez rosnące limity liczebności punktów sprzedaży alkoholu w poszczególnych Gminach Powiatu• Naruszanie prawa związane z obrotem napojami alkoholowymi• Negatywne wzory spożywania alkoholu• Społeczne przyzwolenie na nadużywanie napojów alkoholowych• Zjawisko mody na upijanie się wśród młodzieży• Wzrost liczby uzależnień wśród dzieci i młodzieży• Społeczne przyzwolenie dorosłych na spożywanie alkoholu przez osoby



<p>związanych z uzależnieniami</p> <ul style="list-style-type: none">• Wzrost świadomości społecznej dotyczącej przemocy w rodzinie• Podejmowanie przez placówki terapii uzależnień programów dla „osób dorosłych, dzieci alkoholików”• Prace prowadzone w PARPA nad programem akredytacji placówek leczenia odwykowego• Program potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (realizowany przez PARPA)• Program uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego (realizowany przez PARPA)• Korzystne regulacje prawne –ustawowy obowiązek gmin opracowania i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkomanii• Brak przyzwolenia rodziców do przyjmowania narkotyków przez młodzież• Kontrola i likwidacja sklepów sprzedających środki zastępcze (dopalacze)• Leczenie w zakładach opieki zdrowotnej osób z podwójną diagnozą	<p>niepełnoletnie</p> <ul style="list-style-type: none">• Łamanie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych nieletnim• Wykluczenie społeczne osób uzależnionych oraz członków ich rodzin• Stereotypy w postrzeganiu osób uzależnionych i ich rodzin• Zjawisko przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym• Szkodliwe picie alkoholu – wśród członków subkultur młodzieżowych, klubów kibica itp.• Kampanie reklamowe alkoholu w massmediach, kinie i na billboardach (w tym w czasie i miejscach dostępnych dla dzieci i młodzieży)• Wzrost liczby zatruć alkoholem• Niechęć do podejmowania leczenia przez uzależnionych oraz do współpracy w tym zakresie osób współuzależnionych• Mało efektywna procedura zobowiązania do leczenia odwykowego• Szkody społeczne (np. dysfunkcja rodziny, demoralizacja, patologia, przestępczość, wypadki drogowe, utrata zdrowia) spowodowane używaniem narkotyków• Osłabienie wpływu rodziców na proces wychowania dzieci• Rozpad więzi rodzinnych• Nieznane rozmiary sprzedaży narkotyków, z uwagi na ich nielegalność• Sprzedaż narkotyków o różnym poziomie czystości• Łatwiejszy dostęp do narkotyków w Czechach z uwagi bliskie sąsiedztwo• Łatwy dostęp do środków psychoaktywnych i środków zastępczych (dopalaczy)• Pojawianie się nowych, nieznanych substancji psychoaktywnych na rynku• Internetowa sprzedaż środków zastępczych• Zmiana przekonań normatywnych młodzieży dotyczących używania narkotyków powodujących upowszechnienie zażywania środków psychoaktywnych w niektórych środowiskach
--	---



6.2.10. Cele główne i szczegółowe programu

Cele strategiczne

Cele strategiczne wskazują główne obszary, w ramach których należy skoncentrować podejmowane działania wspierające rozwiązywanie problemu alkoholu i narkomanii w powiecie mikołowskim. W przypadku niniejszej Podstrategii wyodrębnione zostały 2 cele strategiczne.

Cele strategiczne planu operacyjnego oraz działania niezbędne do jego realizacji zostały wypracowane na podstawie analizy danych zastanych, badań przeprowadzonych wśród mieszkańców powiatu, uczniów przedstawicieli Jednostek Samorządu Terytorialnego Obszaru Funkcjonalnego oraz konsultacji społecznych przeprowadzonych w poszczególnych gminach powiatu mikołowskiego.

1. Podejmowanie, wzmocnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim.

Pierwszy z celów strategicznych dotyczący kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego dotyczy profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu i wynikających z tego zjawiska patologii społecznych. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.

2. Podejmowanie, wzmocnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim.

Drugi z strategicznych dotyczący kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego dotyczy profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od środków psychoaktywnych i wynikających z tego zjawiska patologii społecznych. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkotykowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów uzależnień.

Wskaźnikami osiągnięcia celów strategicznych będą wynikające z nich cele operacyjne. Ich podział zaprezentowany został w kolejnym podrozdziale.



Cele operacyjne

Poniższe zestawienie zawiera cele operacyjne przyporządkowane wcześniej wyszczególnionym celom strategicznym.

Cele strategiczne	1. Podejmowanie, wzmocnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim.	2. Podejmowanie, wzmocnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim.
Cele operacyjne	1. Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.	1. Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.
	2. Wsparcie podmiotów prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu.	2. Ograniczenie mody na spożywanie środków psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.
	3. Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	



6.2.1. Działania operacyjne

W dalszej części dokumentu przedstawione zostały cele operacyjne, które są rozszerzeniem celów strategicznych wraz ze wskazaniem przykładowych działań i wskaźników ich realizacji.

Cel operacyjny 1.1. Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych	
Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikolajskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikolajskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnienie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.	
Proponowane działania	Proponowane projekty
1. Edukacja publiczna na temat wpływu alkoholu na organizm oraz ryzyka wynikającego z nadmiernego spożycia.	A. Konkurs z nagrodami rzeczowymi/ finansowymi na kampanię społeczną dotyczącą skutków nadmiernego spożywania alkoholu, stworzoną przez mieszkańców powiatu/ organizacje pozarządowe. B. Witryna internetowa powiązana z stronami urzędów miast/gmin o skutkach picia alkoholu.
2. Edukacja w placówkach szkolnych na temat wpływu alkoholu na młody organizm.	A. Prowadzenie corocznych kampanii edukacyjnych skierowanych do młodzieży szkolnej. B. Zorganizowanie szkolnych festynów edukacyjnych.
3. Wspieranie programów szkoleniowych służących zwiększaniu kompetencji kadry pomocy społecznej w zakresie konsultacji związanych z problemami	A. Dodatkowe szkolenia kompetencji miękkich (umiejętności psychologiczne, komunikacji) dla kadry pomocy społecznej.



Cel operacyjny 1.1. Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych

uzależnień od alkoholu.	B. Stworzenie internetowej platformy wymiany doświadczeń/dobrych praktyk pomiędzy gminami powiatu.
-------------------------	--

Cel operacyjny 1.2. Wsparcie podmiotów prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu.

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikolajskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikolajskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmacnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.

Proponowane działania		Proponowane projekty	
1.	Rozwój i modernizacja bazy organizacyjnej i merytorycznej instytucji związanych z leczeniem odwykowym.	A. Analiza i diagnoza potrzeb jednostek związanych z leczeniem odwykowym (seria seminariów diagnostycznych z pracownikami)	
		B. wsparcie podmiotów leczenia odwykowego w procesie wdrażania standardów i procedur terapeutycznych oraz podnoszeniu kwalifikacji personelu specjalistycznego	
2.	Kreowanie inicjatyw służących rehabilitacji oraz reintegracji osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego	A. Wykreowanie programu reintegracji osób uzależnionych poprzez wspieranie utworzenia grup wsparcia	
		B. Stworzenie programu rehabilitacji zawodowej.	



Cel operacyjny 1.3. Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikolajewskiego - problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego - Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikolajewskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmacnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Doskonalenie zawodowe kadr z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	A. Przeprowadzenie kursów zawodowych doszkalających kadrę z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
		B. Zorganizowanie wyjazdów studyjnych kadry z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych do jednostek z innych (wzorcowych) powiatów.
2.	Prowadzenie działań służących ograniczeniu naruszeń prawa przez podmioty korzystające z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.	A. Zwiększona liczba kontroli sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim.
		B. Kontrola potencjalnie nielegalnych punktów sprzedaży niezarejestrowanego/ opodatkowanego alkoholu
3.	Wsparcie rozwoju lokalnej infrastruktury świetlic oraz klubów dla Dzieci i młodzieży.	A. Stworzenie programu zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży utrwalających postawy abstynenckie oraz służące przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym.



Cel operacyjny 1.3. Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

		B. Zatrudnienie animatorów czasu wolnego (trenerów, opiekunów) dla dzieci i młodzieży spędzającej czas w miejscach użyteczności publicznej typu: boiska, parki, skwery, itp. oraz przysposobienie ich w dodatkowe materiały (sprzęt sportowy, gry planszowe, itp.)
4.	Wsparcie merytoryczne i komunikacyjne kadr z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.	A. Opracowywanie, upowszechnianie i dystrybucja materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty, banery internetowe) dla osób i podmiotów zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym również przemocy w rodzinie.

Cel operacyjny 2.1. Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkotykowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów uzależnień.



Cel operacyjny 2.1. Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Zwiększenie dostępu do informacji o pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz osób używających narkotyki w sposób szkodliwy.	A. Kampania informacyjna w postaci spotów w telewizji lokalnej, informacji w lokalnej prasie, plakatów informacyjnych o możliwościach pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych
		B. Stworzenie witryny Interenetowej o możliwościach pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.
		C. Całodobowe telekonsultacje specjalistów ds. zwalczania i przeciwdziałania alkoholizmowi i uzależnienia od środków psychoaktywnych
2.	Wspieranie działań powiązanych z rehabilitacją i reintegracją osób uzależnionych.	A. Wykreowanie programu reintegracji osób uzależnionych poprzez wspieranie utworzenia grup wsparcia.
		B. Stworzenie programu rehabilitacji zawodowej (staży zawodowych).

Cel operacyjny 2.2. Ograniczenie mody na spożywanie środków psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Cel ten dotyczy kluczowego problemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego -problemu alkoholu i narkomanii oraz związanego z nim celu strategicznego -Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim. Zgodnie z nim działania powinny zostać skierowane m.in. na wzmocnieniu lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów narkotykowych, badaniu i monitorowaniu problemów i patologii związanych z



Cel operacyjny 2.2. Ograniczenie mody na spożywanie środków psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

uzależnieniem oraz wsparciu działań kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów uzależnień.

Proponowane działania		Proponowane projekty
1.	Kształtowanie właściwych postaw wobec narkomanii, narkotyków i substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej i mieszkańców powiatu.	A. Stworzenie programu zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży utrwalających postawy abstynenckie oraz służące przeciwdziałaniu zachowaniom ryzykownym.
		B. Zatrudnienie animatorów czasu wolnego (trenerów, opiekunów) dla dzieci i młodzieży spędzającej czas w miejscach użyteczności publicznej typu: boiska, parki, skwery, itp. oraz przysposobienie ich w dodatkowe materiały (sprzęt sportowy, gry planszowe, itp.).
2.	Rozpowszechnianie wiedzy na temat narkotyków i konsekwencji ich zażywania.	A. Stworzenie podstrony internetowej powiązanej ze stroną związaną z uzależnieniem od alkoholu o konsekwencjach zażywania narkotyków.
		B. Kampania edukacyjna obrazująca skutki zażywania narkotyków skierowana do młodzieży szkolnej.
3.	Stworzenie anonimowego forum internetowego związanego z pomocą osobom spożywającym narkotyki oraz dopalacze.	



Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
1.1.	1.1.1.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST / NGO	Do końca 2017 r.	20 000	Kampania
	1.1.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	209 000	Liczba odsłon www
	1.1.2.A	Komenda Powiatowa Policji	Działania ciągłe	40 000	Liczba kampanii
	1.1.2.B	MOPS/ GOPS	Działania ciągłe	50 000	Liczba szkoleń
	1.1.3.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Do końca 2017 r.	50 000	Platforma
	1.1.3.B	MOSiR/ GOSiR	Działania ciągłe	10 000	Liczba festynów
1.2.	1.2.1.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	10 000	Analiza
	1.2.1.B	Zespół Koordynujący	Działania ciągłe	-	Brak zastrzeżeń (tak/nie)
	1.2.2.A	Zespół Koordynujący	Działania ciągłe	-	Program
	1.2.2.B	Zespół Koordynujący	Działania ciągłe	-	Program
1.3.	1.3.1.A	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	40 000	Liczba kursów
	1.3.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	20 000	Liczba wyjazdów
	1.3.2.A	Policja/ Straż Miejska	Działania ciągłe	20 000	Liczba kontroli
	1.3.2.B	Policja/ Straż Miejska	Działania ciągłe	-	Liczba kontroli
	1.3.3.A	Zespół Koordynujący	Do końca 2017 r.	-	Program
	1.3.3.B	UM/ UG	Działania ciągłe	60 000/rok	Liczba animatorów
2.1.	2.1.1.A	NGO	Do końca 2018 r.	10 000	Liczba spotów/ liczba plakatów/ liczba informacji w prasie



Cel operacyjny	Projekty	Instytucja odpowiedzialna	Termin	Niezbędne nakłady	Wskaźnik monitorujący
	2.1.1.B	NGO	Do końca 2018 r.	20 000	Witryna
	2.1.1.C	Zespół złożony z przedstawicieli JST/ NGO	Do końca 2018 r.	100 000	Liczba udzielonych telekonsultacji
	2.1.2.A	Zespół koordynujący	Do końca 2017 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
	2.1.2.B	Zespół koordynujący	Do końca 2017 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
2.2.	2.2.1.A	Zespół Koordynujący	Do końca 2017 r.	W zależności od wybranego wariantu	Program
	2.2.1.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	60 000/rok	Liczba animatorów
	2.2.2.A	NGO	Do końca 2018 r.	10 000	Witryna
	2.2.2.B	Zespół złożony z przedstawicieli JST	Działania ciągłe	60 000/rok	Liczba animatorów
	2.2.3	NGO	Działania ciągłe	5 000	Forum

6.2.2. Źródła finansowania działań

Środki na realizację działań oraz poszczególnych zadań z zakresu dotyczącego problemu narkomanii i alkoholu przewidzianych w „Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego” będą pochodzić ze środków własnych powiatu, których wysokość ustalana jest corocznie. Odrębnym źródłem finansowania zadań przewidzianych w planie operacyjnym Podstrategii będą środki własne poszczególnych jednostek realizujących zaplanowane działania. W miarę możliwości środki na realizację zadań mogą być pozyskiwane ze źródeł zewnętrznych, np.:

Fundusze Europejskie

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego.
- PO Wiedza Edukacja Rozwój.
- Europejska Współpraca Terytorialna.
- Europejski Fundusz Społeczny.



Fundusze Norweskie

- PL07 "Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych".
- PL13 "Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu".

Fundusze i Programy BGK

- Wsparcie budownictwa socjalnego z funduszu dopłat.
- Program wspierania społecznego budownictwa czynszowego.

7. System ewaluacji i monitorowania

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego stanowi jeden z podstawowych dokumentów wskazujących kierunki rozwoju dla całego OF powiatu w obszarze wykluczenia społecznego

Istotnym elementem realizacji założeń Podstrategii jest bieżący monitoring i ewaluacja, pozwalające na ocenę prawidłowości realizacji wskazanych działań i aktualność poczynionych zapisów.

Zaleca się cykliczną ewaluację, w postaci corocznych raportów z zakresu realizacji celów Podstrategii przy wykorzystaniu zaproponowanych wskaźników. Ewaluacja powinna pozwolić również na aktualizację założeń dokumentu i ich modyfikację w trybie właściwym do ich uchwalenia.

Koordinacja	Koordinacją zadań i celów ujętych w Podstrategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszarowi funkcjonalnego powiatu mikołowskiego winien się zająć zespół powołany przez partnerów JST
Monitoring	Monitorowanie zapisów strategicznych oraz wskaźników, polegające na analizie informacji dotyczących realizacji działań będzie prowadzony przez zespół powołany przez Partnerów JST. Informacje dotyczące realizację badań pozwolą na identyfikację problemów i efektów realizowanych zadań oraz ewentualną zmianę kierunku zadań, które powinny być weryfikowane zgodnie ze zmieniającymi się warunkami wewnętrznymi i zewnętrznymi powiatu mikołowskiego.
Ewaluacja	Zespół oceniający powinien zostać powołany przez



	Partnerów JST.
	Zespół oceniający Podstrategię będzie oceniał poziom wdrożenia zapisów strategicznych oraz operacyjnych dwa razy w ciągu okresu realizacji Podstrategii, po czym zostanie przygotowana ewaluacja zadań w formie raportu.
	Do oceny stopnia wdrożenia wyznaczonych działań zostaną wykorzystane m.in. sformułowane pod każdym celem strategicznym wskaźniki monitoringowe.
	W zdecydowanej większości wielkości wskaźników dostępne są w zbiorach statystyki publicznej jak: Bank Danych Lokalnych GUS, natomiast pozostałe wymagają konieczności przeprowadzenia ilościowych badań ankietowych z mieszkańcami powiatu mikołowskiego oraz pracownikami instytucji funkcjonujących na terenie powiatu.
	Wyniki z przygotowanych, corocznych raportów ewaluacyjnych powinny stanowić podstawę ewaluacji przyjętych w Podstrategii założeń, gdyż monitorowanie to sposób mierzenia tego, co się dzieje, natomiast ewaluacja pozwala nam stwierdzić, co to oznacza. Zgodnie z podziałem według kryterium momentu przeprowadzania badania wyróżniamy następujące rodzaje ewaluacji: ewaluacja mid-term – przeprowadzana jest w <u>połowie</u> okresu funkcjonowania, będąc narzędziem służącym podnoszeniu jakości oraz trafności programowania z uwagi na fakt, że daje możliwość modyfikowania pewnych założeń programu w trakcie jego realizacji w przypadku, gdy okaże się, że zmiana warunków społeczno-gospodarczych spowodowała dezaktualizację diagnozy, która była punktem wyjścia dla realizowanego programu, ewaluacja ex-post – <u>po zakończeniu wdrożenia</u>



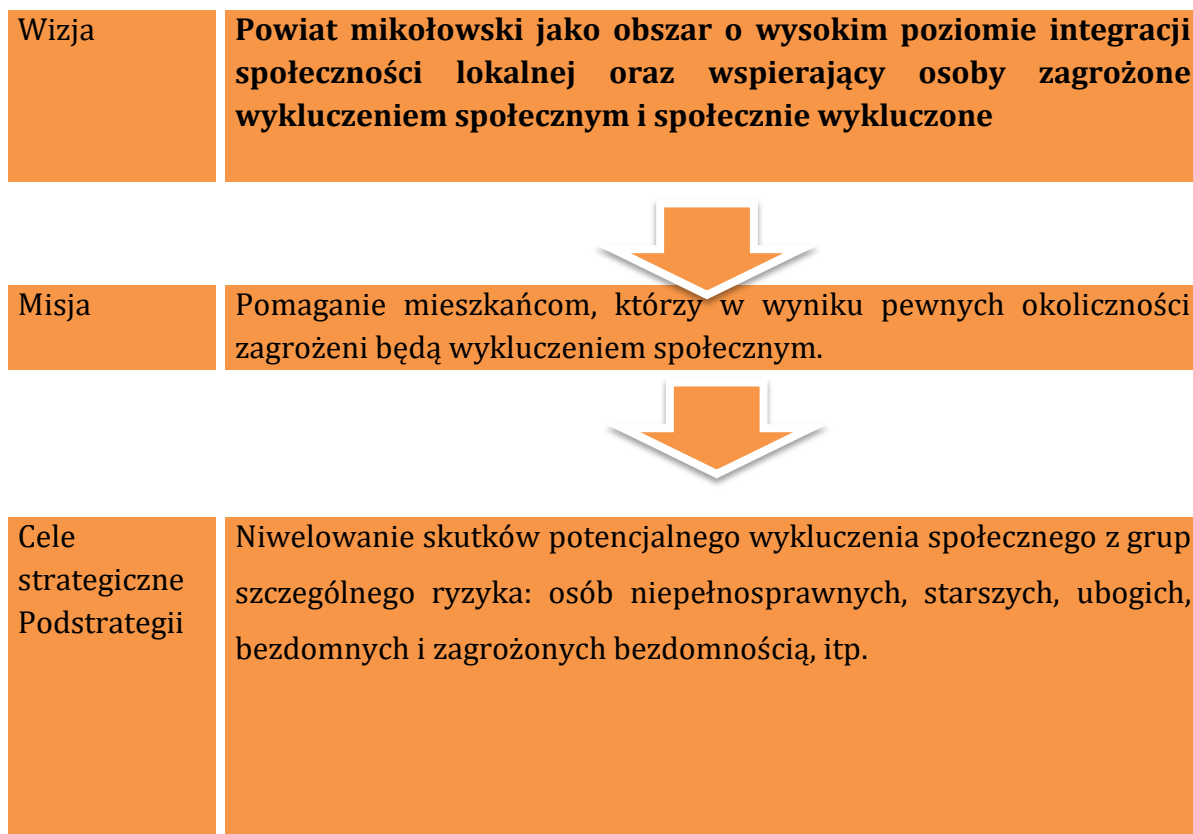
8. Wnioski i rekomendacje

Podstrategia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu obszaru funkcjonalnego powiatu mikołowskiego w ramach projektu pod nazwą „Jednolita S-strategia T-erytorialna = spójny obszar funkcjonalny powiatu mikołowskiego poprzez wzmocnienie kompetencji jednostek samorządu terytorialnego, dialog społeczny oraz wzmocnienie mechanizmów efektywnej współpracy JST” stanowi strategiczno-operacyjną podstawę działań oraz kierunków rozwoju obszaru w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu mieszkańców powiatu. W tym celu sformułowane zostały cele strategiczne i operacyjne stanowiące fundament efektywnej pracy wszystkich instytucji publicznych powiatu ze szczególnym wyszczególnieniem celów strategicznych i operacyjnych dotyczących Planu Operacyjnego, czyli dwóch podstawowych problemów OF:

1. Ochrona zdrowia psychicznego.
2. Problem alkoholu i narkomanii.

Poniżej przedstawiony został graficzny schemat kierunków działania oraz rekomendacje dla Powiatu Mikołowskiego oraz gmin wchodzących w jego skład tj, Gminy Mikołów, Orzesze, Łaziska Górne, Ornontowice i Wyry.

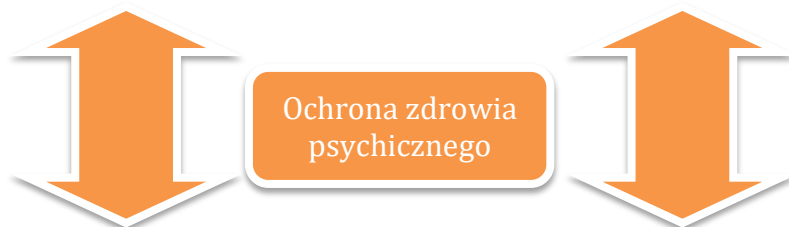
Rysunek 24. Matryca celów





Cele operacyjne	Wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością	Wspieranie rodzin borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi oraz rodzin wielodzietnych, a także pieczy zastępczej
	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób starszych oraz osób niepełnosprawnych	Wspieranie osób dotkniętych przemocą domową
	Reintegracja osób bezrobotnych	Dopasowanie infrastruktury do specyficznych potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się
	Rozwój komunikacji publicznej dopasowanej do potrzeb ww. grup	

Plan Operacyjny



Cele strategiczne Planu Operacyjnego – ochrona zdrowia psychicznego	Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostepnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbednych do zycia w srodowisku rodzinnym i spolecznym.
---	--	--



Podstrategia ds. przeciwdzialania wykluczeniu spolecznemu



Cele operacyjne - ochrona zdrowia psychicznego	Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym	Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
	Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi	Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi



Cele strategiczne Planu Operacyjnego – problem alkoholu i narkomanii	Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od alkoholu w powiecie mikołowskim.	Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień od środków psychoaktywnych w powiecie mikołowskim.
--	---	--



Cele operacyjne – problem alkoholu i narkomanii	Kreowanie inicjatyw kształtujących właściwe postawy społeczne wobec problemów alkoholowych.	Wspieranie profilaktyki oraz procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków.
	Wsparcie podmiotów prowadzących leczenie,	Ograniczenie mody na spożywanie środków



rehabilitację i reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu.

Wsparcie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

psychoaktywnych przez młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Źródło: opracowanie własne



Spis wykresów i tabel

Wykres 1. Metody badawcze	7
Wykres 2. Jak Pani/Pan rozumie pojęcie „wykluczenie społeczne”? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%).....	13
Wykres 3. Jak ocenia Pani/Pan działania Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie minimalizowania problemów społecznych?.....	14
Wykres 4. W jakim obszarze oferta pomocy świadczonej osobom dotkniętym problemami społecznymi w gminie jest najbardziej niezadowolająca? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%).....	15
Wykres 5. Jakie działania powinien podjąć samorząd w celu ograniczenia wykluczenia społecznego. Pytanie wielokrotnego wyboru (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%).....	17
Wykres 6. Jak Pani/Pan ocenia prowadzone w gminie działania profilaktyczne związane z problemem wykluczenia społecznego?.....	17
Wykres 7. Jak rozumiesz pojęcie "wykluczenie społeczne"? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)	18
Wykres 8. Jakie problemy mogą powodować wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%).....	19
Wykres 9. Jakie grupy społeczne są najbardziej narażone na wykluczenie społeczne? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%).....	20
Wykres 10. Czy doświadczyłeś kiedyś zjawiska wykluczenia społecznego?.....	21
Wykres 11. Czy ktoś w Twoim otoczeniu doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego?.....	21
Wykres 12. z jakich powodów Ty albo ktoś z Twojego otoczenia doświadczył zjawiska wykluczenia społecznego? (pytanie wielokrotnego wyboru, nie sumuje się do 100%)..	22
Wykres 13. Rozkład próby badawczej (CATI – przedsiębiorstwa) w oparciu o miejsce prowadzenia działalności (w %, N= 158).....	44
Wykres 14. Rozkład próby badawczej (CATI – przedsiębiorstwa) w oparciu o wielkość zatrudnienia (w %, N= 158).....	45
Wykres 15. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby niepełnosprawne?.....	45



Wykres 16. Czy Pana/Pani przedsiębiorstwo zatrudnia osoby z zaburzeniami psychicznymi?.....	46
Wykres 17. Liczba przestępstw popełnianych przez osoby nietrzeźwe w 2012 r. w Polsce.....	96
Wykres 18. Udział osób nietrzeźwych w popełnianych przestępstwach w Polsce w 2012 r.	96
Wykres 19. Liczba zgłoszonych podejrzeń zatruc dopalaczami w poszczególnych miesiącach w latach 2013-2014 w Polsce	106
Wykres 20. Wskaźnik zgłoszonych zatruc dopalaczami na 100 tys. mieszkańców poszczególnych województw w 2014 r.....	107
Wykres 21. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu w latach 2011-2013 w Województwie Śląskim	111
Wykres 22. Skala ilości ujawnionych czynów na terenach poszczególnych gmin Powiatu Mikołowskiego w latach 2011-2014.....	113
Wykres 23. Czy kiedykolwiek zażywałaś/ spożywałaś którąś z poniższych substancji?	128
Rysunek 24. Matryca celów	186
Tabela 1. W skali 1-5 proszę ocenić dostęp do poszczególnych placówek na terenie gminy (1 -bardzo zły, 5 bardzo dobry)	16
Tabela 2. Czy Pani/Pan lub ktoś w Pani/Pana otoczeniu doświadczył problemów społecznych w zakresie:	18
Tabela 3. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2012-2013.....	42
Tabela 4. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w latach 2012-2013	42
Tabela 5. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych w latach 2012-2013	43
Tabela 6. Szpitale i zakłady psychiatryczne.....	43



Tabela 7. Lista świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień zapisanych w ofercie NFZ	49
Tabela 8. Podmioty lecznicze realizujące świadczenia związane z opieką psychiatryczną w najbliższej odległości od Powiatu Mikołowskiego.....	50
Tabela 9. Nietrzeźwi sprawcy przestępstw w Polsce.....	94
Tabela 10. Zabezpieczone narkotyki w Polsce w latach 2010-2013.....	103
Tabela 11. Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce w latach 2010- 2014.....	103
Tabela 12. Dane dotyczące przemocy w rodzinie w województwie śląskim.....	111
Tabela 13. Dane dotyczące liczby osób doznających przemocy w rodzinie, osób stosujących przemoc i jej świadków w 2012 r.....	112
Tabela 14. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mikołowie na podstawie danych szacunkowych PARPA.....	113
Tabela 15. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Łaziskach Górnych na podstawie danych szacunkowych PARPA.....	114
Tabela 16. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Mieście Orzesze na podstawie danych szacunkowych PARPA.....	115
Tabela 17. Interwencje Komisariatu Policji w Orzeszu	115
Tabela 18. Szacunkowa liczba osób których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Ornontowice na podstawie danych szacunkowych PARPA.....	116
Tabela 19. Liczba punktów sprzedaży alkoholu w Gminie Ornontowice.....	117
Tabela 20. Działania podejmowane przez GKRPA w Ornontowicach	117
Tabela 21. Liczba interwencji policji na terenie Gminy Ornontowice	117
Tabela 22. Działania podejmowane przez punkt konsultacyjny, GOPS na terenie Gminy Ornontowice	118
Tabela 23. Szacunkowa liczba osób wśród których wystąpiły różne kategorie problemów alkoholowych w Gminie Wyry na podstawie danych szacunkowych PARPA	118
Tabela 24. Działania podejmowane przez GKRPA, GOPS na terenie Gminy Wyry w 2014 r.	119



Tabela 25. Działania podejmowane przez Komendę Powiatową w Mikołowie dotyczące mieszkańców Gminy Wyry w 2014 r.....	120
Tabela 26. Punkty sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych w gminach w 2012 roku	120
Tabela 27. Limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Powiecie Mikołowskim w podziale na Gminy	120
Tabela 28. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Gminie Wyry w 2014 r.	126
Tabela 29. Liczba mieszkańców przypadających na 1 przedsiębiorstwo zarejestrowane jako prowadzące działalność związaną ze sprzedażą detaliczną napojów alkoholowych (stan na 11.2015)	127
Tabela 30. Cele Strategiczne i cząstkowe Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015	132
Tabela 31. Cele operacyjne i działania ujęte w Programie profilaktyki w województwie śląskim na lata 2011-2015.....	134
Tabela 32. Obszary, cele główne i kierunki działań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016.....	140
Tabela 33. Zadania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2015 Gminy Mikołów	154
Tabela 34. Placówki świadczące usługi w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu i środków psychoaktywnych na szczeblu wojewódzkim dostępne dla mieszkańców Powiatu Mikołowskiego.....	163