

Załącznik Nr 1  
do Uchwały Nr 446/248/21  
Zarządu Województwa Pomorskiego  
z dnia 6 maja 2021 r.



**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI  
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW  
ALKOHOLOWYCH  
NA LATA 2021-2030**

**projekt**

**GDAŃSK 2021**

## **SPIS TREŚCI**

<b>WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW .....</b>	<b>3</b>
<b>KLUCZOWE POJĘCIA .....</b>	<b>4</b>
<b>WPROWADZENIE .....</b>	<b>7</b>
<b>1. KOMPLEMENTARNOŚĆ PROGRAMU Z INNYMI DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI .....</b>	<b>8</b>
<b>2. DIAGNOZA .....</b>	<b>9</b>
<b>3. ANALIZA SWOT .....</b>	<b>32</b>
<b>4. CELE, PRIORYTETY I DZIAŁANIA.....</b>	<b>37</b>
<b>5. KLUCZOWI PARTNERZY .....</b>	<b>64</b>
<b>6. SYSTEM REALIZACJI, MONITOROWANIA ORAZ OCENY REALIZACJI.....</b>	<b>64</b>

## WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

BDL	Bank Danych Lokalnych
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CIS	Centrum Integracji Społecznej w województwie pomorskim
ESPAD	Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 <i>Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną</i>
FAS	Fetal Alcohol Syndrome – Płodowy Zespół Alkoholowy
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorder – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych
GKRPA	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w województwie pomorskim
JST	Jednostki samorządu terytorialnego
KBPN	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
KIS	Klub Integracji Społecznej w województwie pomorskim
KWP	Komenda Wojewódzka Policji w Gdańsku
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	organizacje pozarządowe ( <i>non-governmental organization</i> )
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej / Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w województwie pomorskim
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
IPN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w województwie pomorskim
PCT	Pomorskie Centrum Toksykologii
PORD	Pomorski Ośrodek Ruchu Drogowego
PSME	Pomorski System Monitoringu i Ewaluacji
PUW	Pomorski Urząd Wojewódzki
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego w Gdańsku
RPS	Regionalny Program Strategiczny
SPZOZ	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa Pomorskiego

SRWP	Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
SWP	Samorząd Województwa Pomorskiego
WOTU	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku
ZI	Zespoły Interdyscyplinarne ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w województwie pomorskim
ZWP	Zarząd Województwa Pomorskiego

## KLUCZOWE POJĘCIA

**Profilaktyka** to zapobieganie zidentyfikowanym i spodziewanym zagrożeniom poprzez przedsięwzięcie działań mających na celu niedopuszczenie do negatywnie ocenianych przekształceń istniejącego stanu rzeczy.

**Profilaktyka uniwersalna** – ukierunkowana na całe populacje, obejmująca 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 tytoniowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

**Profilaktyka selektywna** – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, obejmująca 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 uprzedzającym, a nie naprawczym.

**Profilaktyka wskazująca** – ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych, obejmująca 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 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).

### **System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia**

**psychicznego** – rozumie się przez to system oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego opracowany i wdrażany we współpracy przez KBPN, PARPA, ORE, IPIN.

**FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder)** – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych: 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 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.

**Ryzykowne spożywanie alkoholu** – picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu), niepociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony.

**Szkodliwe picie alkoholu** – 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 mężczyzn; jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

**Uzależnienie od alkoholu** – Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne). Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów występujących łącznie przez pewien czas w ciągu ostatniego roku (picia): silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”); upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićm (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia); fizjologiczne objawy stanu odstawienia pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenne) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich; zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu) potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu; narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienia się od następstw jego działania; uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

**Wczesne rozpoznanie i krótka interwencja** – krótkie interwencje podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub innych specjalistów wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.

**Leczenie uzależnienia** – 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.

## WPROWADZENIE

Podstawą prawną Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata: 2021-2030 jest art. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, z późn. zm.).

Art.1 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, stanowi, iż jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są do podejmowania działań zmierzających do ograniczenia spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy. Zgodnie z art. 4 ust. 1 powyższej ustawy samorząd województwa realizuje zadania z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu, określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Program opracowany został przy współpracy z Pomorską Radą Ekspertów do Spraw Przeciwdziałaniu Uzależnieniom, powołaną Uchwałą Nr 35/14/19 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 15 stycznia 2019 roku, zmienioną Uchwałą Nr 259/233/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z 16 marca 2021 r.

Harmonogram prac nad projektem Programu określony został w załączniku do Uchwały Nr 332/XXVI/20 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 30 listopada 2020 r.

Program zawiera cele i priorytety działań województwa pomorskiego w obrębie profilaktyki uzależnień, począwszy od ukierunkowanej na całe populacje promocji zdrowia, profilaktyki uniwersalnej, poprzez adresowaną do konkretnych grup odbiorców profilaktykę selektywną i wskazującą, po redukcję szkód, rehabilitację, reintegrację zawodową i społeczną.

## 1. KOMPLEMENTARNOŚĆ PROGRAMU Z INNYMI DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI

Lp.	Akt prawny, nazwa programu	Cel, obszar, zakres współpracy
1.	Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030, która pełni funkcję Strategii Polityki Społecznej	Cel operacyjny 2.2: Wrażliwość społeczna
2.	Narodowy Program Zdrowia 2021-2025	Cel operacyjny 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi
3.	Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2021	Cel główny: Zwiększenie skuteczności przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz zmniejszenie skali tego zjawiska w Polsce
4.	Program Współpracy Samorządu Województwa Pomorskiego z organizacjami pozarządowymi na 2021 rok	Zakres przedmiotowy współpracy: współpraca Samorządu z organizacjami pozarządowymi w roku 2021 obejmować będzie zadania o charakterze ponadlokalnym w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym
5.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu	Współdziałanie z sp zoz w ramach w zakresie sprawowania opieki nad uzależnionymi od alkoholu
6.	Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	Dostępność do świadczeń medycznych, w tym Centrów Zdrowia Psychicznego.



## 2. DIAGNOZA

GUS podaje, że w 2019 roku Polacy wypili rekordową ilość alkoholu - w przeliczeniu na czysty alkohol, statystyczny Polak wypił w 2019 roku 9,78 litrów. W porównaniu z 2018 rokiem spożycie zwiększyło się o 0,23 litra, co jest największym przyrostem od kilku lat. Jest to najwyższe spożycie alkoholu od 1993 r., czyli odkąd sięgają statystyki. Według PARPA, liczbę osób uzależnionych w Polsce szacuje się na ok. 800 000, natomiast osób pijących szkodliwie – na 2-2,5 mln. Do tego dochodzą kolejne 3 miliony osób żyjących w otoczeniu osoby uzależnionej, w tym 2 mln dorosłych i dzieci doświadczają przemocy domowej.<sup>1</sup>

Z badania ESPAD<sup>2</sup> wynika, że mimo tendencji spadkowej, napoje alkoholowe są nadal najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 80,0% uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (15-16 lat) i 92,8% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat). Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 46,7% piętnasto-szesnastolatków i 76,1% siedemnasto-osiemnastolatków. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem, chociaż raz upiło się 11,3% uczniów z młodszej kohorty i 18,8% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 66,7% uczniów młodszych i 43,4% uczniów starszych. Picie napojów alkoholowych jest nieznacznie bardziej rozpowszechnione wśród chłopców, niż wśród dziewcząt, chociaż niektóre wskaźniki picia są już takie same.

Palenie tytoniu jest zachowaniem mniej powszechnym. Chociaż raz w życiu paliło 49,9% gimnazjalistów i 65,5% uczniów ze starszej grupy. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem paliło 23,0% uczniów z grupy młodziej i 35,5% ze starszej. Palenie tytoniu jest obecnie podobnie rozpowszechnione wśród dziewcząt, jak wśród chłopców. Jednocześnie pojawiły się nowe formy wprowadzenia nikotyny do organizmu, np. e-papierosy. W starszej kohorcie ich popularność dorównuje już popularności tradycyjnych wyrobów tytoniowych, a w młodziej nawet ją przewyższa.

Wyniki badania wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych, niż legalnych, zwłaszcza alkoholu i tytoniu. Większość badanych nigdy po substancje nielegalne nie sięgała. W obu kohortach na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (21,4% wśród gimnazjalistów oraz 37,2% wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych), choć obserwujemy tu tendencję spadkową, na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (15,1% wśród gimnazjalistów oraz 18,3% wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych), a na trzecim miejscu substancje wziewne (8,6% wśród gimnazjalistów oraz 6,9% wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych). Warto też

<sup>1</sup> <http://parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>

<sup>2</sup> <ftp://kbpn.home.pl/ESPAD>

pamiętać o kilkuprocentowej frakcji uczniów, którzy wedle wyników testu przesiewowego kwalifikują się do kategorii użytkowników problemowych. Wielkość tej frakcji, w czasie ostatnich ośmiu lat, nie uległa istotnym zmianom. Wśród gimnazjalistów co najmniej trzyprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze leki przeciwbólowe w celu odurzania się (6,6%), amfetamina (4,2%), ecstazy (3,3%), LSD lub inne halucynogeny (3,2%), metamfetamina (3,0%). Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu co najmniej 3% badanych, obejmuje leki przeciwbólowe w celu odurzania się (5,9%), ecstazy (5,1%), amfetaminę (4,7%), LSD lub inne halucynogeny (4,2%) oraz kokainę (3,1%). W przypadku większości substancji rozpowszechnienie eksperymentowania jest wśród starszej młodzieży podobne lub trochę wyższe niż w młodszej grupie. Tylko do doświadczeń z substancjami wziewnymi częściej przyznaje się młodzież ze szkół gimnazjalnych.

Przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza zdarza się stosunkowo rzadko. Takie doświadczenia, chociaż raz w życiu, stały się udziałem 15,1% uczniów z młodszej kohorty i 18,3% ze starszej kohorty.

Szczególny niepokój powinny budzić natomiast dość znaczne odsetki młodzieży sięgającej po alkohol w połączeniu z lekami (5,3% w młodszej kohorcie i 6,9% w starszej) oraz jeszcze większe z przetworami konopi używanymi łącznie z alkoholem (12,1% w młodszej kohorcie i 24,1% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych wzmacniane przez efekt możliwej interakcji między substancjami.

Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oceniana niżej. Spośród substancji nielegalnych najwyżej oceniana jest dostępność przetworów konopi.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka, według ocen respondentów, decyduje bardziej nasilenie używania, niż rodzaj substancji. Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Około jedna piąta uczniów grała, chociaż raz w życiu, w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać. W czasie ostatnich 30 dni takie zachowanie zadeklarowało 5,5% uczniów trzecich klas gimnazjów i 7,9% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Można szacować, że ok. 1% młodzieży może być zagrożonej hazardem problemowym.

Analiza typowego dnia roboczego młodszej kohorty ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, która korzysta z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (30,1%), mniej osób poświęca na tą aktywność ok. 4-5 godzin (20,2%). W przypadku typowego dnia weekendowego, dominują dwie frakcje badanych: frakcja korzystająca ponad 6 godzin dziennie (26,4%) oraz korzystająca ok. 2-3godzin (24,6%). W starszej kohorcie, w typowym dniu roboczym, największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (33,7%) lub około 4-5 godzin

dziennie (20,4%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (27,2%), około 4-5 godzin dziennie (25,7%) lub 6 godzin lub więcej (25,2%). W obu kohortach najliczniejsze frakcje stanowili badani, którzy w ogóle nie korzystali z gier na urządzeniach elektronicznych. Wśród gimnazjalistów stanowili oni 29,8%, zaś wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych – 35,3%.

Porównanie wyników badania z 2019 r. z wynikami wcześniejszych badań w zakresie picia alkoholu przez młodzież wykazuje kontynuację trendu spadkowego. Trochę inaczej rzecz się ma z substancjami nielegalnymi. Wskaźniki używania przetworów konopi dopiero w 2019 r. przełamały wcześniejszy trend wzrostowy. Inne wskaźniki problemu marihuany i haszyszu, takie jak dostępność tych substancji, czy zasięg używania ich w otoczeniu badanych wykazują podobne tendencje jak rozpowszechnienie używania. Potwierdza to tezę o zahamowaniu trendu wzrostowego problemu przetworów konopi wśród młodzieży szkolnej.

W obszarze oceny ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi obserwujemy trend spadkowy odsetków badanych przypisujących ich używaniu duże ryzyko. Ten niekorzystny trend w 2019 r. znajduje swoją kontynuację. Inaczej jest w obszarze napojów alkoholowych – odsetki respondentów skłonnych wiązać duże ryzyko z pić w 2019 r. uległy zwiększeniu.

Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wykazuje od 2011 r. trend spadkowy. Podobnie zmniejszają się odsetki respondentów otrzymujących propozycje zakupu, otrzymania, bądź użycia tych substancji, a także wysoko oceniających ich dostępność. Warto dodać, iż rosną frakcje respondentów przypisujących duże ryzyko nawet eksperymentowaniu z „dopalaczami”.

Szczególnym wyzwaniem pozostaje znaczne rozpowszechnienie palenia tytoniu i picia alkoholu przez dziewczęta. Wyniki uzyskane w 2019 r. potwierdziły skalę potrzeb w zakresie profilaktyki alkoholowej oraz tytoniowej adresowanej do dziewcząt.

Podobne wyniki prezentuje badanie *Młodzież 2018*<sup>3</sup>, przeprowadzone przez CBOS i KBPN - napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2018 roku: 74% (72% w 2016) uczniów przynajmniej raz piło piwo, 62% (63% w 2018) – wódkę i inne mocne 237 alkohole, a 43% (41% w 2016) – wino. W porównaniu z rokiem 2016 nastąpiła stabilizacja wskaźników dotyczących picia napojów alkoholowych. Co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 44% uczniów (w 2016 taki sam odsetek). Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, wyniósł 13%. Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (50%) niż dziewczęta (39%). Odsetki badanych określających zdobycie większości substancji psychoaktywnych jako trudne kształtowały się na poziomie 21%–31%. Najłatwiejsza do zdobycia spośród substancji nielegalnych była marihuana (44% badanych jej zdobycie oceniało jako łatwe). Warto zauważyć niewielki spadek dostępności „dopalaczy”. Według pomiaru z 2018 roku

---

<sup>3</sup> <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2020/02/raport-mlodziez-2018.pdf>

zmniejszył się odsetek osób oceniających dostęp do nich jako łatwy (spadek z 20% w 2013 do 13% w 2018). W 2018 roku 20% uczniów i 14% uczennic odpowiedziało twierdząco na pytanie o używanie nielegalnych substancji. Najczęściej zażywane przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2018 roku 38% badanych, co oznacza spadek (o 4 punkty procentowe) w stosunku do roku 2016. Wyniki ostatniego pomiaru odnotowały niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2018 marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, w 2016 roku – 21%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2016 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – blisko co siódmy badany (14%, w 2016 roku 9%), a w ciągu ostatnich 30 dni – niemal co osiemnasty (6%, w 2016 roku 4%). W przypadku używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza odnotowano wzrost. W przypadku „dopalaczy” odnotowujemy spadek poziomu używania tych substancji. Po 1,5% badanych używało „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku a w ciągu ostatniego miesiąca 0,7%. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzenia badań – to jest od roku 2008. Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2018 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 7% uczniów. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie amfetaminę zażywało 3% uczniów, zaś wskaźniki dla zażywania w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą 2% w roku 2010 i 2013 i 1% w 2016 roku. Odsetek badanych, którzy sięgali po ecstazy, wyniósł 4% (w 2013 – 3%), 2% uczniów zadeklarowało eksperymentowanie z tą substancją w ciągu ostatniego roku (w roku 2010 i 2013 – 1%), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% we wszystkich pomiarach.

Wyniki badania na temat substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym, zrealizowanego przez Instytut Kantar Millward Brown S.A. oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>4</sup> pokazują, że 8,3% dorosłych Polaków deklaruje, że zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu. Dwukrotnie częściej takie sytuacje zdarzają się w przypadku mężczyzn (11%) niż kobiet (6%).

Odnosząc się do konkretnych narkotyków, 2,2% dorosłych Polaków deklaruje, że zna osoby, które prowadziły pojazdy mechaniczne pod wpływem marihuany lub haszyszu, 1,2% – pod wpływem amfetaminy, 1% – pod wpływem dopalaczy (nowych substancji psychoaktywnych). 1,8% deklaruje, że zna osoby, które prowadziły pojazd mechaniczny pod wpływem leków mogących zaburzać świadomość.

2,2% dorosłych Polaków deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy byli pasażerami kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem alkoholu. Prawie 2% dorosłych Polaków deklaruje, że byli pasażerami kierowcy, który prowadził pojazd

---

<sup>4</sup> <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105923>

mechaniczny pod wpływem narkotyków, a 0,7% badanych deklaruje, że byli pasażerami kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem leków, mogących zaburzać świadomość.

Prawie 2% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem alkoholu. 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem narkotyku. 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem leków zaburzających świadomość.

1,7% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem alkoholu. 1,1% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem narkotyku. 1,3% dorosłych Polaków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy prowadzili pojazd mechaniczny, zadeklarowało, że robili to pod wpływem leków zaburzających świadomość.

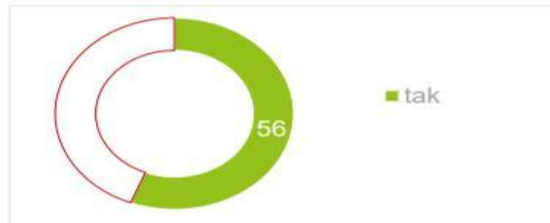


Na podstawie *Ogólnopolskiej diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie* (Raport Kantar Polska dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 2019 r.)<sup>5</sup> można stwierdzić, że 30% respondentów potwierdza bycie sprawcą przemocy w rodzinie – jednokrotnym 9%, kilkukrotnym 17% i wielokrotnym 3%. Oznacza to, że ponad 9 mln Polaków przyznaje się do stosowania przemocy w rodzinie, a około 6 mln było w takiej sytuacji kilku- lub wielokrotnie. Do stosowania przemocy psychicznej przyznało się najwięcej osób (24%), w dalszej kolejności do fizycznej (11%), a w najmniejszym zakresie do ekonomicznej (5%) i seksualnej (2%). Ponad połowa Polaków (57%) twierdzi, że w ich życiu zdarzyło się, że doświadczyli jakiejś formy przemocy w rodzinie, przy czym mogło to być zarówno niedawno, jak i wiele lat temu. Najpowszechniejsza jest przemoc psychiczna – takie doświadczenie deklaruje 53% badanych, przy czym, jeśli chodzi o wielokrotne formy przemocy 52 na jakimkolwiek etapie życia, to odsetek ten wynosi 15%. Co czwartego Polaka (23%) dotknęła kiedykolwiek w rodzinie przemoc fizyczna, zaś 6% badanych doświadczyło jej wielokrotnie, 13% przyznało, że dotyczy ich przemoc ekonomiczna, a 5%, że seksualna. Prawie co piąty Polak (18%) zna w swoim otoczeniu czy sąsiedztwie rodziny, w których dochodzi do różnych form przemocy wobec dzieci. Najczęściej respondenci słyszeli o jednostkowych przypadkach – 13% powiedziało, że zna jedną taką rodzinę, bądź dwie. 56% osób, które przyznały, że znają

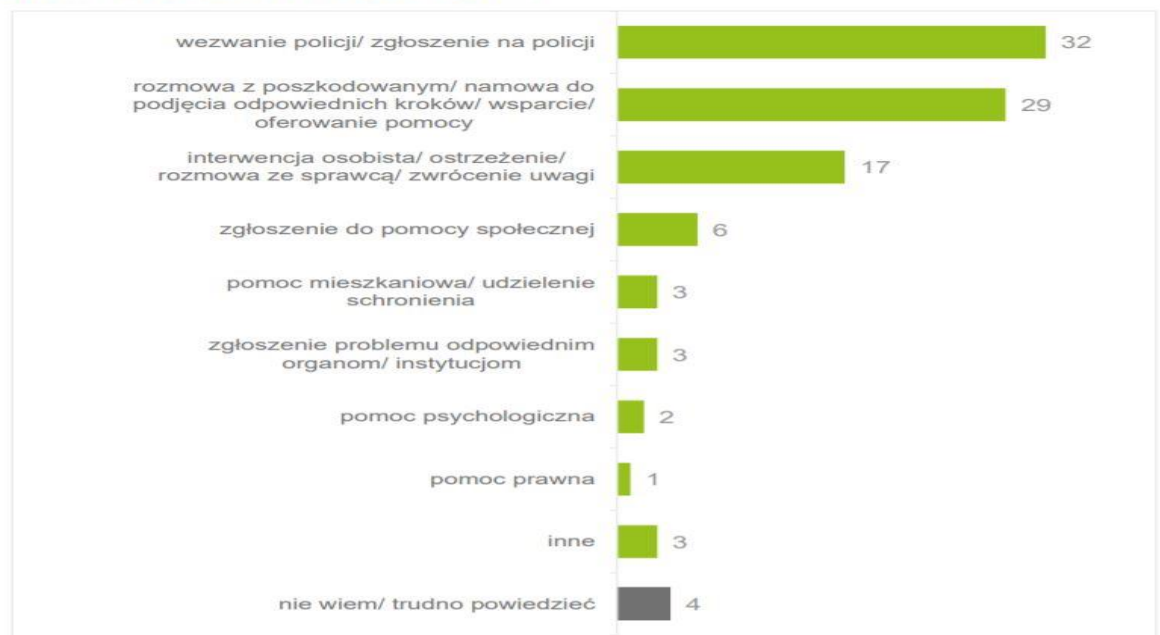
<sup>5</sup> <https://static.im-g.pl/im/5/26198/m26198755,WYNIKI-BADANIA.pdf>

w swoim otoczeniu rodziny, w których dochodzi do przemocy fizycznej, podjęło w związku z tym działania.

**Wykres 17 Czy wiedząc, że występuje w tej rodzinie/tych rodzinach przemoc fizyczna, podjął Pan(i) jakieś działania? [N=507]**

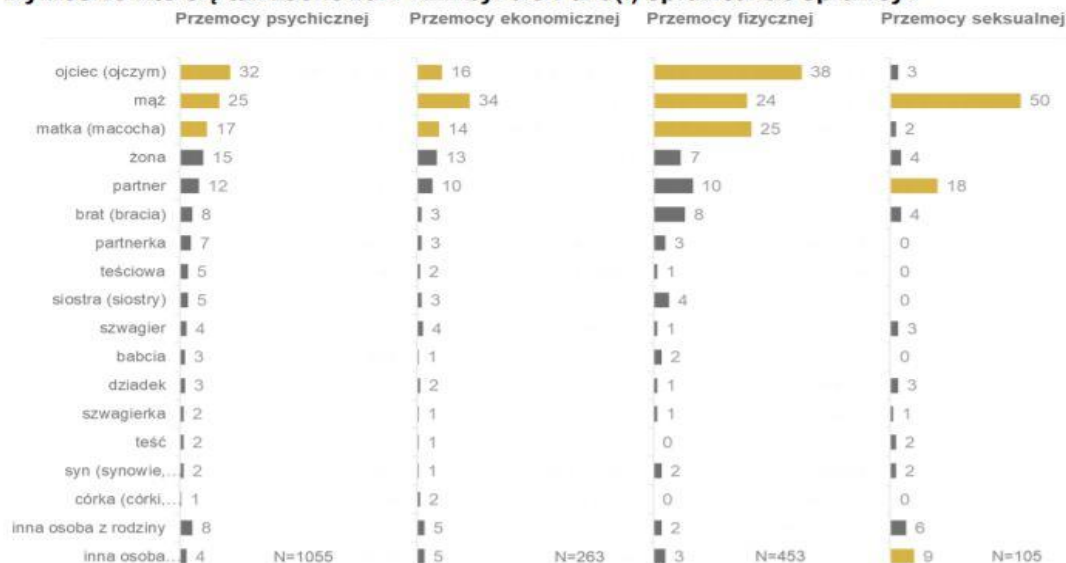


**Wykres 18 Jakie to były działania?<sup>12</sup> [N=284]**



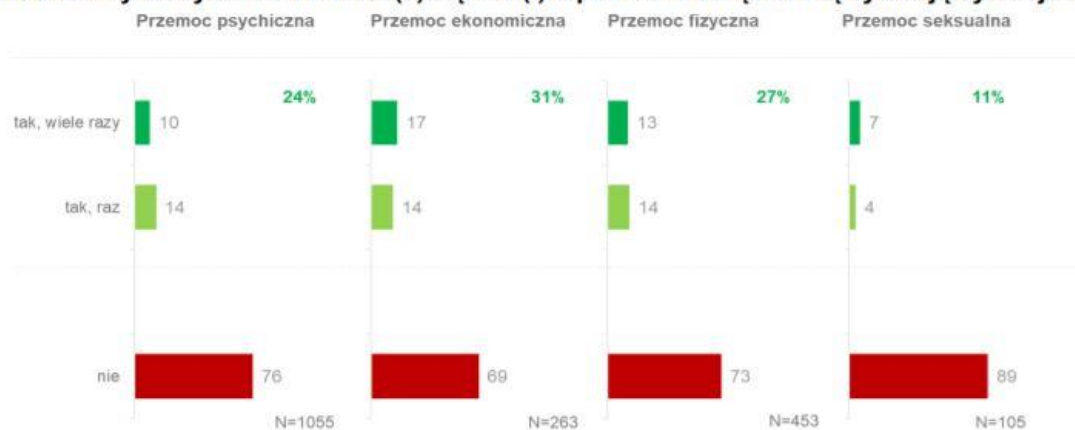
Przemocy najczęściej dopuszczają się członkowie najbliższej rodziny: ojciec, matka, mąż/partner i żona/partnerka, przy czym mężczyźni (ojcowie, mężowie, partnerzy w związkach nieformalnych) częściej niż kobiety (matki, żony, partnerki w związkach nieformalnych). Dostrzec można pewne różnice w zależności od rodzaju przemocy. Psychicznej najczęściej dopuszczają się ojcowie (32%), mężowie (25%) lub partnerzy (12%) i matki (17%). Ekonomiczna jest domeną mężów (34%) lub partnerów (10%), a rzadziej ojców (16%) i matek (14%). Sprawcami przemocy fizycznej są najczęściej ojcowie (38%), matki (25%) i mężowie (24%) lub partnerzy (10%), natomiast przemocy seksualnej mężowie (50%), partnerzy (18%) oraz inne osoby zamieszkujące w gospodarstwie domowym (9%).

**Wykres 26 Kto się tak zachował? Kim był dla Pana(i) sprawca lub sprawcy?**



Osoby doświadczające przemocy w rodzinie w większości przypadków nie szukają pomocy w związku z tym, co je spotkało. Niemniej jednak w przypadku kiedy osoby te zdecydują się na szukanie wsparcia to najczęściej po pomoc zwracają się osoby doznające przemocy ekonomicznej, fizycznej czy psychicznej (od 31% do 24%), natomiast wśród badanych, których dotknęła przemoc seksualna jedynie co dziewiąta (11%) próbowała uzyskać wsparcie.

**Wykres 29 Czy kiedykolwiek zwrócił(a) się Pan(i) o pomoc w związku z tą sytuacją/sytuacjami?**



Ogólnie rzecz biorąc, kobiety doświadczają przemocy w rodzinie częściej niż mężczyźni (63% wobec 51%, gdy chodzi o dowolnego rodzaju przemoc). Doświadczanie przemocy w rodzinie nieznacznie częściej raportowane jest przez młodszych respondentów. Do bycia osobą doznającą przemocy najczęściej przyznają się 18-29-latkowie i 30-39-latkowie (po 60%), a najrzadziej osoby 60+ (53%). Doznawanie jakiegokolwiek rodzaju przemocy nieco częściej raportują osoby z wykształceniem średnim (60%) i wyższym (59%) niż te z zawodowym (51%) lub podstawowym (57%). Może to wynikać z wyższej świadomości tych osób i większego zrozumienia tego, jak może przejawiać się przemoc.

Do doświadczania przemocy w rodzinie najczęściej przyznają się badani z miast mających 20- 100 tys. mieszkańców (61%), a najrzadziej ci z miast powyżej 500 tys. mieszkańców (49%). Wśród mieszkańców wsi wskaźnik ten wynosi 56%. Stan cywilny ma w kwestii doznawania przemocy w rodzinie duże znaczenie. Zjawisko to znacznie częściej dotyczy osób rozwiedzionych (81%), niż kawalerów i panien (55%), osób zamężnych i żonatych (55%) oraz wdowców i wdów (65%). W wielu przypadkach rozwód mógł mieć związek z występowaniem w rodzinie przemocy. To co sprzyja doświadczaniu przemocy w rodzinie to zależność, w tym finansowa, od innych członków rodziny, niskie poczucie własnej wartości i doświadczanie przemocy w dzieciństwie. Osoby, które doświadczają przemocy, według ekspertów bardzo często nie pracują i pozostają na utrzymaniu osób, które przemocy się dopuszczają. Nie wyobrażają sobie samodzielnego życia, boją się, że same by sobie nie poradziły. W podobnym mechanizmie na przemoc w rodzinie narażone są także osoby chore, niepełnosprawne czy starsze, które potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Na podstawie wypowiedzi profesjonalistów wywnioskować można, że na przemoc w rodzinie bardziej narażone są osoby pozostające w związkach – małżeńskich lub nieformalnych niż osoby żyjących bez partnera. Według ekspertów wpływ na to, czy ktoś będzie doświadczal przemocy w rodzinie, ma także podzielenie stereotypów na jej temat. Traktowanie przemocy jako normalnego sposobu radzenia sobie z trudnymi emocjami, postrzeganie jej jako powszechnej i nieuchronnej, powoduje, że ludzie łatwiej się na nią zgadzają, czy nie szukają pomocy. Również zdaniem ekspertów nadużywanie alkoholu jest silnie skorelowane ze zjawiskiem przemocy w rodzinie. W przypadkach uzależnienia przemoc pojawia się wręcz nieuchronnie, jeśli nie fizyczna, to na pewno psychiczna, związana z koniecznością radzenia sobie z alkoholizmem członka rodziny. Wielu profesjonalistów zwraca uwagę na to, że alkohol sam w sobie nie wywołuje przemocy, a jedynie pozbawia człowieka hamulców i ułatwia stosowanie przemocy.

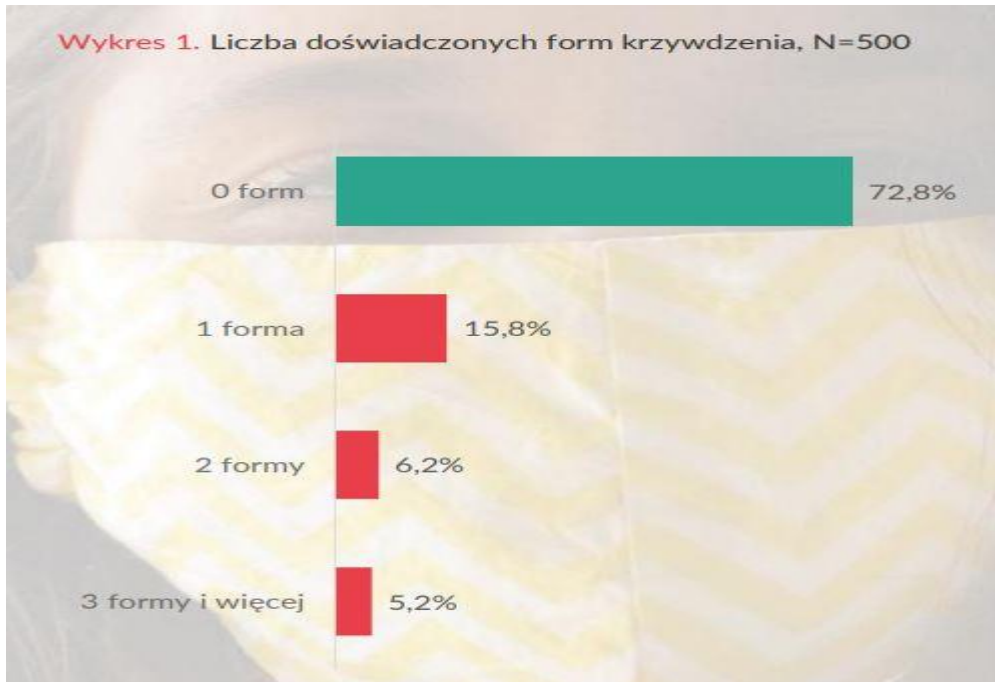
Dane z badania *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*<sup>6</sup>, zrealizowany w 2020 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że ponad co czwarty respondent (27,2%) w wieku 13-17 lat doświadczył w okresie od połowy marca do końca czerwca co najmniej jednej z badanych form krzywdzenia (fizycznej, psychicznej, bycie świadkiem przemocy wobec rodziców lub rodzeństwa, rówieśniczej, wykorzystywania seksualnego). 15,8% respondentów doświadczyło jednej, 6,2% – dwóch, a 5,2% co najmniej trzech form krzywdzenia. Krzywdzenia istotnie częściej doświadczały dziewczyny niż chłopcy (34,8% vs 19,9%), i starsze nastolatki w wieku 16-17 lat niż młodsze w wieku 13-15 lat (33,5% vs 23,2%) oraz w przypadku osób, które mieszkały z osobą cierpiącą na chorobę psychiczną (53,3% vs 24,6%). W badanym okresie ponad co siódmy respondent (15%) doznał przemocy ze strony rówieśników, co dziewiąty (10,8%) ze strony bliskiej osoby dorosłej. Co 20 osoba (5,4%) była świadkiem przemocy wobec rodzica lub innego dziecka.

---

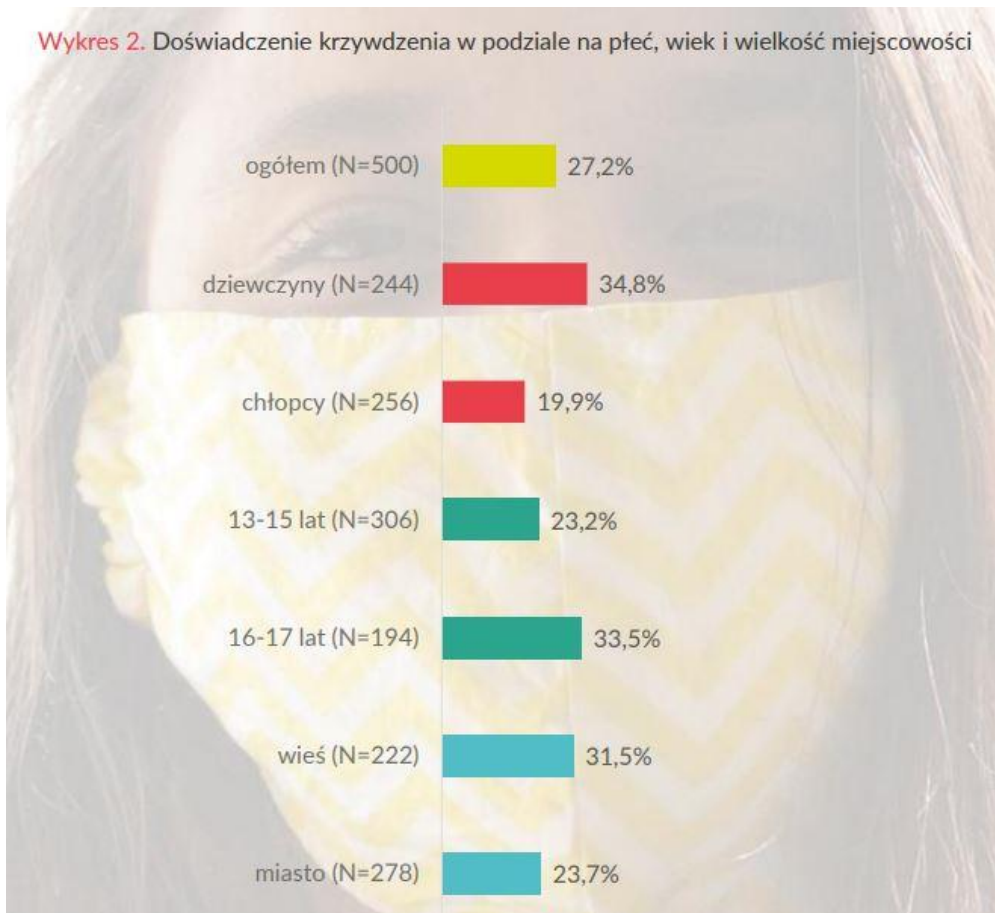
<sup>6</sup> <https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/11/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf>

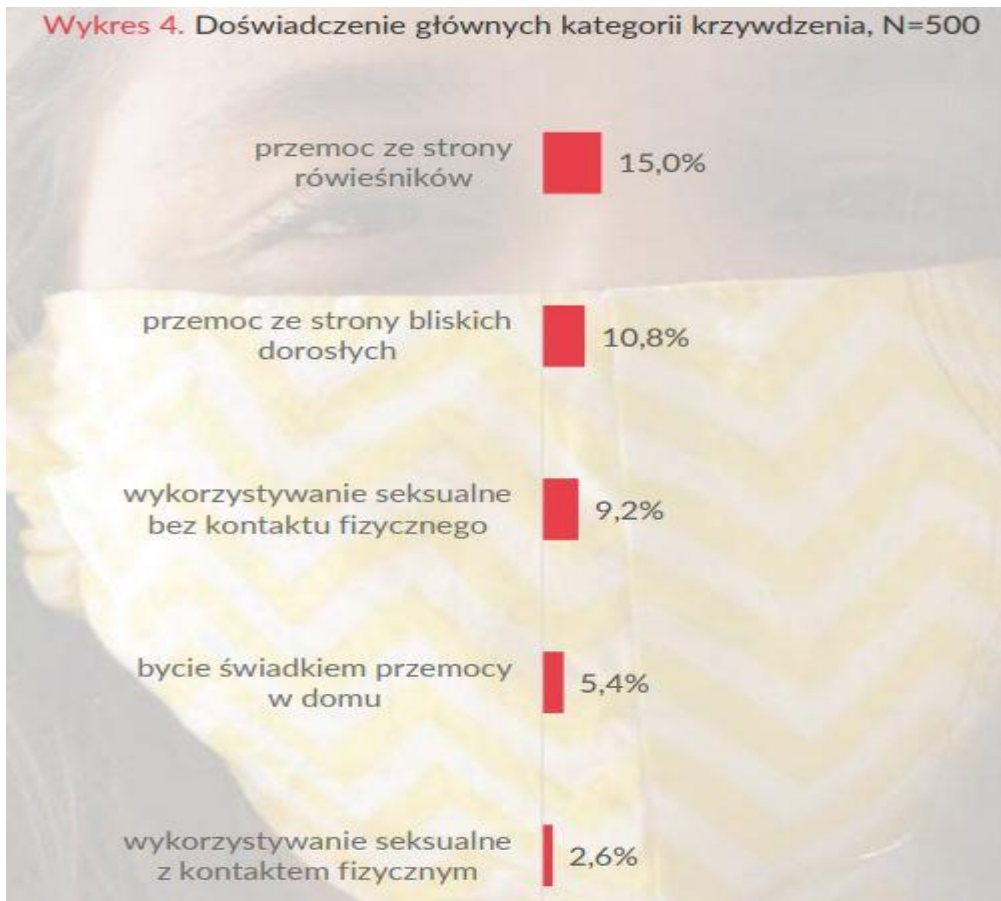


Wykres 1. Liczba doświadczonych form krzywdzenia, N=500



Wykres 2. Doświadczenie krzywdzenia w podziale na płeć, wiek i wielkość miejscowości





Prawie co dziewięć (10,8%) w wieku 13-17 lat doświadczył w okresie od połowy marca do końca czerwca przemocy ze strony bliskich dorosłych. Istotnie częściej przemocy ze strony bliskich osób dorosłych doświadczyły starsze nastolatki: 16,5% w wieku 16-17 lat vs. 7,2% w wieku 13-15 lat. Również istotnie częściej przemocy ze strony bliskich osób dorosłych doświadczyły nastolatki mieszkające na wsi niż w mieście: 15,3% vs. 7,2%. Przemoc ze strony bliskich dorosłych, której doświadczali nastolatki, to przede wszystkim przemoc psychiczną. Przemocy psychicznej doświadczyło 9,2% respondentów, zaś przemocy fizycznej trzy razy mniej – 3,2% badanych.

1 na 20 badanych (5,4%) był świadkiem przemocy w domu w okresie od marca do czerwca 2020 roku. Istotnie częściej świadkami przemocy byli starsi nastolatki (8,2% w wieku 16-17 lat vs. 3,6% w wieku 13-15 lat) oraz osoby mieszkające na wsi (9,0% wieś vs. 2,5% miasto). Wśród badanych sytuacji były zarówno sytuacje przemocy osoby dorosłej wobec innego dziecka – świadkami ich było 3,6% nastolatków, jak i sytuacje przemocy między rodzicami/opiekunami – świadkami było 2,4% nastolatków. Przemocy ze strony rówieśników doświadczyło 15% respondentów. Istotnie częściej były to dziewczyny niż chłopcy (18,9% vs 11,3%). Co dziewięć badana osoba (10,8%) twierdzi, że została specjalnie uderzona przez rówieśnika. W wyniku zaistniałej sytuacji, prawie co piąta osoba (18,5%) skarżyła się na ból, siniaki, skaleczenie lub złamanie. Co szesnasty respondent (6,4%) doświadczył ze strony rówieśnika przemocy psychicznej.

Ogółem wykorzystywania seksualnego doświadczył co dziesiąty badany – 10,2%. Wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym doświadczyło 2,6% nastolatków, zaś bez kontaktu fizycznego – 9,2%. Wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym istotnie częściej doświadczyli nastolatki mieszkający na wsi niż w mieście (4,5% vs 1,1%). Natomiast wykorzystywania seksualnego bez kontaktu fizycznego – starsze nastolatki w wieku 16-17 lat niż młodsze w wieku 13-15 lat (12,9% vs 6,9%). Wykorzystywanie seksualne bez kontaktu fizycznego miało formę otrzymywania niechcianych nagich zdjęć (5,2%), słownej przemocy seksualnej (4,6%) oraz werbowania w internecie do celów seksualnych (3,4%). Wykorzystywanie seksualne z kontaktem fizycznym miało formę niechcianego kontaktu seksualnego z osobą dorosłą (1,8%), rówieśnikiem (1,2%) lub kontaktu seksualnego nastolatków przed ukończeniem 15. r. ż. z osobą dorosłą (1,0%), czyli poniżej prawnego minimalnego wieku, w którym można wyrazić zgodę na kontakt seksualny.

Tabela 2. Doświadczenie wykorzystywania seksualnego w podziale na formy, N=500

Kategoria	Forma	%
wykorzystywanie seksualne bez kontaktu fizycznego (9,2%)	ekshibicjonizm: otrzymywanie niechcianych nagich zdjęć	5,2%
	słowna przemoc seksualna	4,6%
	werbowanie w internecie do celów seksualnych	3,4%
wykorzystywanie seksualne z kontaktem fizycznym (2,6%)	niechciany dotyk ze strony dorosłego	1,8%
	niechciany dotyk ze strony rówieśnika	1,2%
	kontakt seksualny przed 15. r. ż. z os. dorosłą	1,0%

Co jedenasty badany (9,2%) przyznał, że w swoim życiu okaleczał się. Prawie połowa (47,8%) tych osób twierdzi, że w pierwszym okresie pandemii miało to miejsce rzadziej niż wcześniej. 4,4% respondentów okaleczało się częściej niż przed pandemią, natomiast 6,5% zaczęło się wtedy celowo ranić. 28,3% badanych, którzy się okaleczali, nie chcieli udzielić odpowiedzi na pytanie o okaleczanie się w badanym czasie. W pierwszym okresie pandemii 2,9% respondentów w wieku 15-17 lat próbowało popełnić samobójstwo.

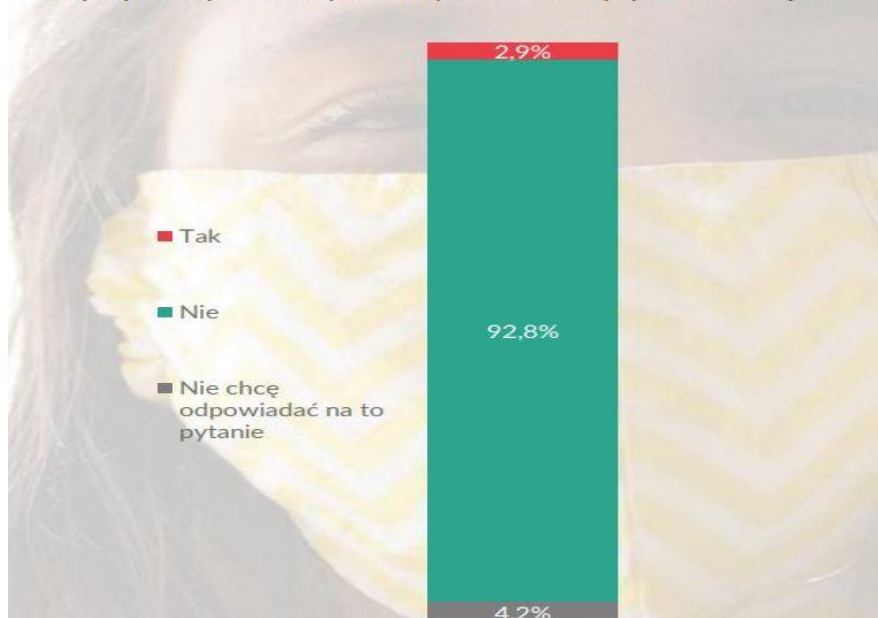
Wykres 18. Samookaleczenia, N=500  
Czy kiedykolwiek specjalnie się zraniłeś/aś?



Wykres 19. Samookaleczenia w pierwszym okresie pandemii, N=46  
Czy w pierwszym okresie pandemii samookaleczałeś/aś się...?



Wykres 20. Próby samobójcze w okresie pandemii, N=307  
Czy w pierwszym okresie pandemii próbowałeś/aś popełnić samobójstwo?



Nastolatki, które doświadczyły w pierwszym okresie pandemii krzywdzenia częściej niż pozostałe (16,9% vs 6%) przyznawały, że nie mają w swoim otoczeniu osoby, do której mogłyby się zwrócić w trudnej sytuacji.

*Analiza polskiego systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem*<sup>7</sup>, dokonana w 2019 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę pokazuje, że w 2018 roku sporządzonych zostało 93 311 „Niebieskich Kart”, z czego 78% założyli przedstawiciele policji, 12% pracownicy ośrodków pomocy społecznej, 5% pracownicy placówek oświatowych, 4% przedstawiciele gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, a jedynie 0,6% przedstawiciele ochrony zdrowia. Pomocą objęto 51 157 dzieci, w tym 1650

<sup>7</sup> [https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/03/Analiza-polskiego-systemu-ochrony-dzieci-przed-krzywdzeniem\\_pdf.pdf](https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/03/Analiza-polskiego-systemu-ochrony-dzieci-przed-krzywdzeniem_pdf.pdf)

niepełnosprawnych (w porównaniu odpowiednio z 47 883 i 1347 dzieci rok wcześniej). W 2018 r. na podstawie art. 12a Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie odebrano 1130 dzieci (MRPiPS, 2019). Według danych Komendy Głównej Policji, liczba małoletnich ofiar przemocy domowej w zakładanych przez policję „Niebieskich Kartach” systematycznie spada – z 56,5 tys. w 2006 r. do 12,4 tys. w 2018 r. (6143 – dziewczyny i 7261 – chłopcy). Zmienia się także proporcja ofiar małoletnich w stosunku do ogółu ofiar przemocy domowej – z 36% w 2006 r. do 14% w 2018 r. (KGP, 2019).

Rocznie jest od 3 do ponad 4 tys. małoletnich pokrzywdzonych tym przestępstwem. Zdecydowana większość to przypadki kwalifikowane jako przemoc w rodzinie, czyli znęcanie się nad dzieckiem przez członków rodziny. W roku 2018 pokrzywdzonych 13 przestępstwem z art. 207 par 1 k.k. (kwalifikowanym jako przemoc w rodzinie) zostało 4909 dzieci (w porównaniu z 3476 w roku 2017), w tym 2399 (49%) dziewczynek oraz 2510 (51%) chłopców (MRPiPS, 2019). W 2018 r. Komenda Główna Policji odnotowała 41 przypadków zabójstw osób małoletnich, a w I połowie 2019 r. odnotowano 18 takich przypadków (KGP, 2019b). W 2017 roku stwierdzono również 1158 przestępstw z art. 200 k.k. (obcowanie płciowe z małoletnim poniżej 15. roku życia). Wśród 611 podejrzanych zdecydowaną większość (97%) stanowili mężczyźni (KGP, 2017). Według danych Ministerstwa Sprawiedliwości w 2017 roku żadna osoba nie została prawomocnie skazana z art. 149 k.k.: zabójstwo dziecka dokonane przez jego matkę w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu (ISWS, 2018). W 2018 r. sądy rejonowe wydały 21,7 tys. orzeczeń o pozbawienie, zawieszenie lub ograniczenie władzy rodzicielskiej (ISWS, 2019).

Dane Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny pokazuje, że w Polsce zdiagnozowano w 2017 r. 64 przypadków Zespołu Dziecka Maltretowanego (ZDzM, kod ICD: 10 T74), 33 – dziewczynki i 31 – chłopcy. Ponad połowa przypadków dotyczy dzieci poniżej 4. roku życia (58%) (NIZP-PZH, 2019).

Natomiast z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) wynika, że w roku szkolnym 2017/2018 udzielono łącznie 22 480 porad w szkolnych gabinetach profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w związku ze zdiagnozowaniem zjawiska przemocy (w tym także przemocy rówieśniczej). Blisko trzy czwarte przypadków (71%) dotyczyło uczniów szkół podstawowych (CSIOZ, 2019).

Ze sprawozdania za rok 2018 r. wynika, że tylko jedna gmina nie powołała Zespołu Interdyscyplinarnego i nie uchwaliła lokalnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zespoły oraz organy je nadzorujące w roku 2018 przeprowadziły 781 diagnoz lokalnych i 1011 kampanii społecznych oraz udzieliły pomocy 224 251 osobom, w tym 65 731 dzieciom (MRPiPS, 2019).

Wg danych CSIOZ w 2018 r. 13% niemowląt do 4. tygodnia życia nie było objętych opieką lekarską, a odsetek ten rósł do 27% w 9. miesiącu życia. Nie jest również w pełni realizowany obowiązek przeprowadzenia minimum 4 wizyt patronażowych położnej w domu zamieszkania dziecka. Średnia liczba wizyt przypadających na jedno dziecko w 2018 r. wyniosła 3,48 (MRPiPS, 2019). Również realizacja obowiązku w ramach

procedury „Niebieskie Karty” wymaga poprawy, gdyż w 2015 r. jedynie 623 przypadków było zgłoszonych przez sektor zdrowia (MRPiPS, 2019).

Wg danych GUS na koniec 2018 r. w pieczy zastępczej przebywało 71,8 tys. dzieci pozbawionych całkowicie lub częściowo opieki rodziny naturalnej, w tym 55,2 tys. w pieczy rodzinnej oraz 16,7 tys. w pieczy instytucjonalnej. W porównaniu z 2017 r. liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej zmniejszyła się o 1,1 %. Spadek dotyczył zarówno dzieci przebywających w pieczy rodzinnej, jak i instytucjonalnej. Pomimo, że przepisy stanowią, że dzieci poniżej 10. roku życia powinny być umieszczane w rodzinnej pieczy zastępczej, z danych GUS wynika, że w 2018 r. aż 19,8% wychowanków instytucjonalnych form pieczy stanowiły dzieci do 10. roku życia. W 2018 r., wg danych uzyskanych z Prokuratury Generalnej, liczba podejrzanych, wobec których zastosowano środek zapobiegawczy w postaci nakazu opuszczenia lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym (art. 275a § 1 k.p.k.), wyniosła 3776, dozoru policji z zakazem kontaktowania się z osobą dotkniętą przemocą w rodzinie (art. 275 § 2 k.p.k.) – 4403, dozoru policji pod warunkiem opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym 42 (art. 275 § 3 k.p.k.) – 790. W porównaniu do lat poprzednich, zauważa się znaczący wzrost przypadków stosowania środków zapobiegawczych, np. w postaci nakazu opuszczenia lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym: w roku 2011 – 849 przypadków, w 2013 – 1477, w 2015 – 2400.

Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w 2017 r. do szpitala z powodu urazów głowy, w tym z urazem mózgu, trafiło 4063 dzieci poniżej 1. roku życia (NIZP-PZH, 2019).

Z raportu z badań *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*<sup>8</sup>, zrealizowanego w 2018 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że najczęściej występującą dysfunkcją w rodzinach badanych młodzieży w wieku 11-17 lat było nadużywanie alkoholu (15%), a badani, których członkowie rodziny nadużywali alkoholu, pięciokrotnie częściej padali ofiarą przemocy ze strony bliskich dorosłych, trzykrotnie częściej doświadczali przemocy rówieśniczej i wykorzystywania seksualnego oraz byli dwukrotnie bardziej narażeni na obciążające doświadczenia seksualne. Zażywanie narkotyków przez członka rodziny ponad pięciokrotnie zwiększało szansę respondenta na doświadczenie przemocy rówieśniczej i trzykrotnie na doświadczenie przemocy ze strony bliskich dorosłych.

Siedmiu na dziesięciu nastolatków (72%) doświadczyło w swoim życiu przynajmniej jednej z siedmiu badanych kategorii krzywdzenia (przemoc ze strony bliskich dorosłych: fizyczna lub psychiczna, zaniedbywanie fizyczne, bycie świadkiem przemocy domowej, przemoc rówieśnicza, wykorzystywanie seksualne, obciążające doświadczenia seksualne, przestępstwa konwencjonalne: wandalizm, rozbój, napaść). Przemocy ze strony bliskich dorosłych doświadczyło 41% młodych ludzi. Co trzeci badany (33%) doznał ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a co piąty (20%) – przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice. Świadcami

---

<sup>8</sup> <https://diagnozakrzywdzenia.pl/raport.pdf>

przemocy domowej (między rodzicami lub osoby dorosłej wobec innego dziecka) było 13% badanych uczniów. Co piąty nastolatek w wieku 13–17 lat (20%) miał obciążające doświadczenie seksualne obejmujące przemoc seksualną, werbowania do celów seksualnych w internecie lub ekshibicjonizm. Siedem procent badanych w wieku 13–17 lat doświadczyło kiedykolwiek wykorzystania seksualnego. Najwięcej respondentów doświadczyło wykorzystania seksualnego ze strony rówieśnika, następnie kontaktu seksualnego przed 15 r.ż. z osobą dorosłą oraz niechcianego dotyku ze strony znajomego lub obcego dorosłego.

Według *Rekomendacji do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2021 roku*<sup>9</sup> jednym z istotnych społecznie zjawisk, któremu warto poświęcić szczególną uwagę w ramach programów rozwiązywania problemów alkoholowych, jest spożywanie alkoholu w ciąży i związane z tym konsekwencje zdrowotne dla dziecka. Szacuje się, że Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) to najbardziej rozpowszechnione w Europie niegenetyczne schorzenie neurorozwojowe. Trudno jest oszacować rozpowszechnienie spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Wyniki różnych badań wskazują na rozpiętość zjawiska w przedziale od 5–10% do aż 39%. Zgodnie z wynikami badania populacyjnego ALICJA (Alkohol i Ciąża – Jak Pomóc Dziecku), przeprowadzonego przez PARPA w 2015 roku, w Polsce Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7–9 lat. Powyższe wyniki pozwalają przypuszczać, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD.

Znaczna część osób uzależnionych w chwili rozpoczęcia leczenia nie akceptuje celu polegającego na zaprzestaniu picia alkoholu. Jest on również dla nich trudny do osiągnięcia. Dlatego innym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu. Badania i doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia osób uzależnionych dowodzą, że część pacjentów po pewnym czasie sama wybiera abstynencję. Ich leczenie jest wówczas znacznie bardziej efektywne niż w sytuacji, gdy uczestniczą w terapii, której cel został im narzucony. Programy ograniczania picia to oddziaływania indywidualne i/lub grupowe, nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce). Są kierowane do osób z rozpoznaniem łagodniejszej formy uzależnienia oraz do osób pijących alkohol szkodliwie. Niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień była prowadzona wstępna diagnoza zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta, pożądana jest także oferta programów terapii dla osób doświadczających przemocy domowej oraz programów terapii dla osób stosujących przemoc.

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić

---

<sup>9</sup> [http://www.parpa.pl/images/file/rekomendacje\\_2021.pdf](http://www.parpa.pl/images/file/rekomendacje_2021.pdf)

diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Obecnie osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli znają język polski i mogą porozumiewać się z terapeutą pisemnie. Dlatego istotne jest dopasowanie oferty terapii do osób niesłyszących.

Picie alkoholu przez osoby starsze pociąga za sobą zdecydowanie większe ryzyko szkód zdrowotnych w porównaniu z ryzykiem, jakie niesie za sobą spożywanie alkoholu przez osoby młodsze. Osoby starsze są zatem grupą szczególnego ryzyka. W ich przypadku picie alkoholu może nasilić istniejące problemy zdrowotne i psychologiczne, a także powodować dodatkowe zaburzenia zdrowia, stres i obciążenia. Optymalnym zaleceniem dla osób starszych w zakresie spożywania alkoholu jest abstynencja, zwłaszcza wtedy, gdy są one chore i przyjmują jakiegokolwiek leki.

Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych. Osoby te wymagają czasowego pobytu w warunkach chronionych (hostele, domy przejściowe, mieszkania chronione), gdzie mają zapewnioną opiekę psychologiczną, terapeutyczną oraz wsparcie pracownika socjalnego. W tym czasie muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie mieszkania i pracy).

Autorzy Raportu końcowego badania *Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim*, zrealizowanego na zlecenie UMWP<sup>10</sup>, wskazują że problem uzależnień jest mocno zróżnicowany terytorialnie. Nie ma co prawda rzetelnych danych pokazujących liczbę uzależnionych np. według powiatów. Jednak badanie ilościowe wśród przedstawicieli JST wskazuje, że jest to kwestia istotniejsza w gminach wiejskich, natomiast w ogóle nie wskazywali na nią przedstawiciele miast na prawach powiatu. Dodatkowo, blisko 40% badanych JST oczekuje, że kwestie uzależnień będą nabierały znaczenia w przyszłości.

Usługi terapii uzależnień oferuje 100% polskich miast na prawach powiatu, ale tylko 61% gmin wiejskich. Co więcej, w gminach wiejskich zaledwie 35% uważa, że są one zapewniane w sposób wystarczający, podczas gdy w miastach na prawach powiatu – 100%. Taką usługę zapewnia 38% organizacji pozarządowych, podczas gdy większość (58%) nie oferuje jej. Dla 19% organizacji usługa jest oferowana w stopniu wystarczającym.

Niespełna 19% jednostek samorządu terytorialnego oferuje usługę pogotowia socjalnego (izby wytrzeźwień), w tym 10% ocenia, że jest ona zapewniana w sposób

---

10

<https://www.rpo.pomorskie.eu/documents/10184/253200/Raport%20ko%C5%84cowy%20badania%20E2%80%9EOcena%20potrzeb%20w%20zakresie%20rozwoju%20us%C5%82ug%20spo%C5%82ecznych%20i%20infrastruktury%20spo%C5%82ecznej%20w%20wojew%C3%B3dztwie%20pomorskim%E2%80%9D/1732ee41-8761-4269-b4b8-fb12f4e6290a>



wystarczający. Usługę tę oferuje 45% gmin miejskich i tylko jedynie 11% gmin wiejskich. Wszystkie gminy miejskie i miasta na prawach powiatu uważają, że oferowana jest ona w sposób wystarczający. Z kolei wszystkie gminy miejsko-wiejskie oferujące tę usługę, oceniają ją jako niewystarczającą. Wśród organizacji pozarządowych, 8% posiada taką usługę, a 88% nie oferuje usługi pogotowia socjalnego dla osób uzależnionych. Zaledwie 4% organizacji zapewnia tego typu usługi w sposób wystarczający.

Usługę grupy wsparcia oferuje 65% jednostek samorządu terytorialnego. Jest ona dostępna we wszystkich miastach na prawach powiatu i w 91% gmin miejskich. Z kolei w gminach wiejskich oferowana jest przez 51% jednostek. We wszystkich miastach na prawach powiatu i w 91% gmin miejskich usługa oferowana jest w sposób wystarczający. Usługi grup wsparcia oferuje 54% organizacji pozarządowych, a 43% ich nie zapewnia. Blisko 31% organizacji uważa, że zapewnia je w sposób wystarczający.

Według raportu *Ocena stanu i skuteczności pomocy społecznej 2019*<sup>11</sup> rok liczba osób dotkniętych przemocą w rodzinie zwiększyła się z 14 022 do 14 240, ale zmniejszyła się liczba osób (z 10 117 do 9090) objętych pomocą w formie poradnictwa medycznego i psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego. Analiza danych przekazanych w sprawozdaniach przez samorządy gminne wskazuje na wzrost, z 3 908 do 4 776, liczby prowadzonych w 2019 roku procedur NK w stosunku do roku poprzedniego.

Nadal z danych uzyskanych za 2019 rok wynika, że wszystkie rodzaje przemocy zanotowały wzrost. Wciąż dominującą formą przemocy jakiej doświadczają członkowie rodzin jest przemoc psychiczna (5 637), a potem w kolejności: przemoc fizyczna (4 283 osób), ekonomiczna (651 osób), zaniedbywanie dzieci (417 - wzrost aż o 145 osób) i seksualna (217 osób).

Nadal większość, bo aż 3 505, procedur wszczęli przedstawiciele policji, jednocześnie nastąpił wzrost aktywności pracowników pomocy społecznej, którzy wszczęli o 120 procedur więcej (z 804 do 924), ale odnotowaliśmy także wzrost wśród pracowników oświaty (z 186 do 247). Na stałym poziomie jest sprawczość w tym zakresie ze strony pracowników ochrony zdrowia (69) i przedstawicieli GKRPA (31).

W 2019 roku, w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła liczba odebranych dzieci z 86 do 106 w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka, w związku z przemocą w rodzinie realizowana przez pracowników socjalnych wraz z policjantem, pracownikiem ochrony zdrowia, na podstawie art. 12a ustawy. W 42 rodzinach, którym odebrano dziecko, była prowadzona procedura NK. Procedura ta nie jest nadużywana i zastosowane interwencje są zasadne (potwierdza to też fakt, że tylko w 1 przypadku sąd uznał zażalenie złożone przez opiekunów). W roku 2020 przez trzy kwartały odebrano 29 dzieci.

Nie można nie zauważyć narastającego problemu, że dzieci często stają się ofiarami krzywdzenia fizycznego i emocjonalnego, zaniedbania oraz wykorzystywania

---

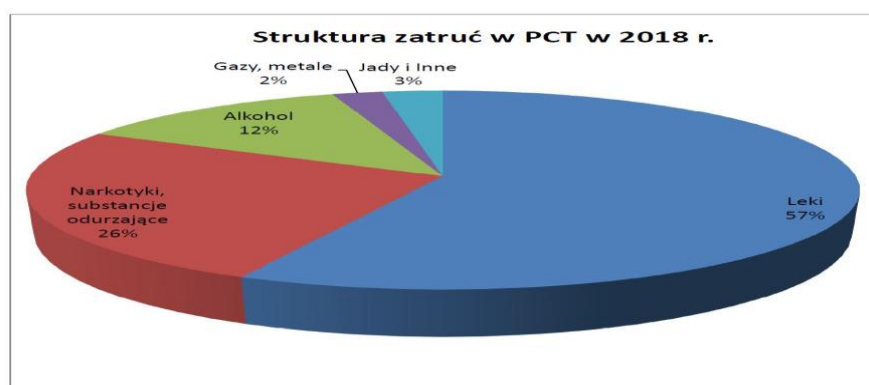
<sup>11</sup> <https://uwgdansk.bip.gov.pl/komunikaty-wps/komunikat-w-sprawie-oceny-skuteczności-pomocy-społecznej-w-2019-r.html>

seksualnego. Ich potrzeby i prawa ciągle nie są wystarczająco dostrzegane i respektowane.

Analiza przekazywanych w danych z tego obszaru wykazuje, że nadal utrzymuje się tendencja do nierównomiernego prowadzenia działań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez gminy i powiaty naszego regionu. Mimo deklaracji przez 45 gmin i powiatów, że opracowały diagnozę zjawiska, w trakcie kontroli stwierdza się, że nie jest to faktyczne diagnozowanie zjawiska przemocy w środowiskach lokalnych, a tylko zbieranie danych o wszczętych procedurach NK i działaniach interwencyjnych policji.

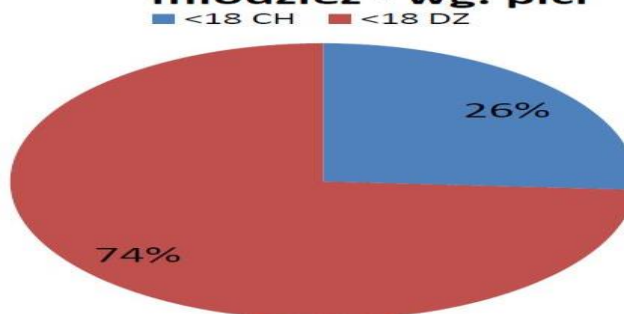
Nadal jest ograniczony dostęp do specjalistów, niewystarczający dostęp do bazy pomocowej, poradni specjalistycznych, terapii małżeńskiej, terapii systemowej rodzin oraz niewystarczające zaangażowanie w rozwiązywanie tych problemów przez lokalne samorządy. Dalej dominuje praktyka dotycząca prowadzenia działań i rozwiązywania problemów wynikających z przemocy, która jest skoncentrowana na służbach pomocy społecznej i policji.

Statystyka PCT<sup>12</sup> pokazuje, że w 2018 r. w 12% przyczyną zatruc był alkohol, natomiast w 26% - narkotyki i substancje odurzające; najczęstsza przyczyna to leki – 57%.



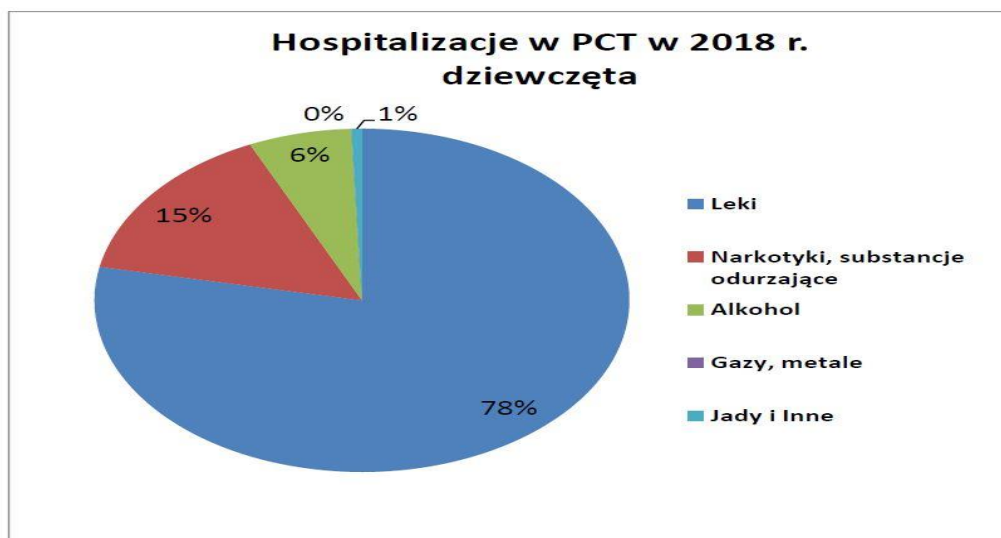
Zdecydowanie najliczniejszą grupę pacjentów leczonych w PCT stanowiła młodzież w wieku 12-18 lat.

**Hospitalizacje w PCT w 2018 r. młodzież - wg. płci**

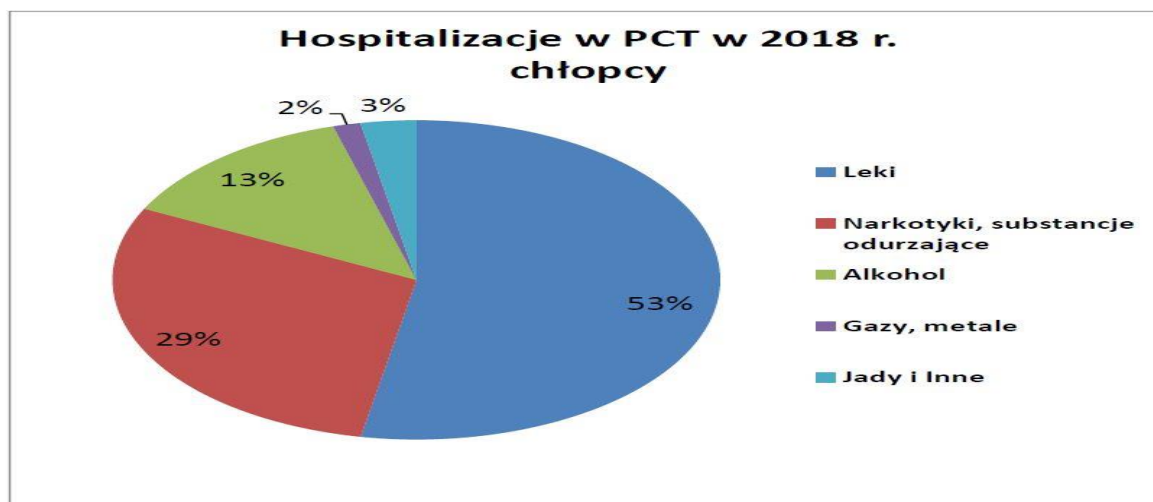


<sup>12</sup> <http://www.pctox.pl/new/wp-content/uploads/2019/01/Dane-PCT-za-2018-r.pdf>

74% hospitalizacji dotyczyło dziewcząt poniżej 18 r.ż., a ich przyczyną w głównej mierze były leki (78%), w 15% narkotyki i substancje odurzające, a w 6% alkohol.



Podobnie, jak u dziewcząt, główną przyczyną hospitalizacji chłopców były leki (53%), a następnie narkotyki i substancje odurzające – 29% oraz alkohol 13%.



Pozostałe przyczyny hospitalizacji to: gazy, metale, jady i inne. Dane te dotyczą w 84% mieszkańców województwa pomorskiego. Dane z lat ubiegłych są porównywalne, jednak można stwierdzić znaczny spadek hospitalizacji chłopców z powodu narkotyków i substancji odurzających w stosunku do 2016 roku – z 47% na 29%.

Z danych KWP wynika, że w ramach działań profilaktycznych w 2019 roku w województwie pomorskim policjanci ujawnili łącznie 465 małoletnich/nieletnich, znajdujących się pod wpływem alkoholu, co stanowi wzrost w stosunku do roku 2018 o 3,1%. W 2019 roku policjanci zarejestrowali 4 043 podejrzanych dorosłych w stanie nietrzeźwości, co stanowi 48,20%. W porównaniu do roku 2018 nastąpił wzrost udziału nietrzeźwych podejrzanych dorosłych wśród tych, u których zbadano stan trzeźwości

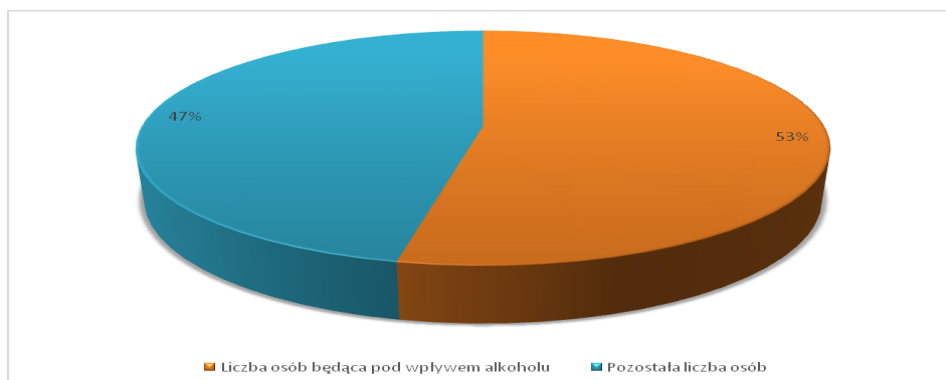
o 4,07 p.p. Analogicznie, w przypadku nieletnich, we wszystkich kategoriach czynów karalnych o znamionach przestępstw odnotowano łącznie 866 sprawców. Policjanci ustalili stan nietrzeźwości u 9, co stanowi 4,33% przebadanych nieletnich. W 2019 roku w tej grupie nastąpił spadek udziału nietrzeźwych wśród nieletnich, u których ustalono stan trzeźwości, o 0,67 p.p., w stosunku do roku 2018.

W 2019 roku nastąpił spadek przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi o 12,50% oraz spadek liczby podejrzanych o 8,33% (sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych w wypadkach, kiedy jest to zabronione, w tym m.in. osobom, których zachowanie wskazuje na znajdowanie się w stanie nietrzeźwości, osobom do 18. roku życia, na kredyt lub pod zastaw albo bez wymaganego zezwolenia; niedopełnienie przez kierownika zakładu handlowego lub gastronomicznego obowiązku nadzoru, skutkujące dopuszczeniem do popełnienia wymienionego wyżej przestępstwa; złamanie zakazu reklamy lub promocji napojów alkoholowych lub informowanie o sponsorowaniu imprezy masowej wbrew ustawie; obrót hurtowy bez wymaganego zezwolenia lub wbrew jego warunkom).

W 2019 roku policjanci ujawnili 11 przypadków rozpijania małoletniego, o 3 więcej niż w roku 2018. Zarejestrowano łącznie 6 podejrzanych. Biorąc pod uwagę pokrzywdzonych, w 2019 roku nastąpił ich wzrost o 62,5% w stosunku do roku 2018, tj. z 5 do 8.

W 2019 roku policjanci ujawnili łącznie 35 621 wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, z czego 21 418 dotyczyło: spożywania napojów alkoholowych wbrew zakazom, w tym m.in. na terenie szkół, domów studenckich, zakładów pracy, na ulicach, placach i parkach; nabywania lub spożywania napojów alkoholowych w miejscach nielegalnej sprzedaży; spożywania napojów alkoholowych przyniesionych przez siebie lub inną osobę w miejscach wyznaczonych do ich sprzedaży lub podawania, co stanowi 60,13% wszystkich ujawnionych wykroczeń z tej ustawy.

Znaczna część osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, działa będąc pod wpływem alkoholu. Osoby te, w liczbie 1950, stanowią 53,32 % przypadków z ogólnej liczby 3657 osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc wobec bliskich.



W 2019 r. ogólna liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu, nieznacznie wzrosła w stosunku do 2018 r. Najlicniejszą grupę nadal stanowią mężczyźni, stanowiący 94% ogółu. Nie odnotowano przypadku, w którym nieletni stosował przemoc w rodzinie, będąc pod wpływem alkoholu.

W zakresie udzielanych świadczeń medycznych w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, najdłuższe kolejki oczekiwania na świadczenia (wg. stanu na luty 2020 rok) na terenie województwa występują w: poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (617 dni) oraz na oddziale dziennym terapii uzależnienia od alkoholu (145 dni)<sup>13</sup>. Wzrasta liczba oczekujących na świadczenia medyczne związane z leczeniem uzależnień od alkoholu i współuzależnienia. Niewątpliwie duży wpływ ma aktualna pandemia Covid-19 (która rozpoczęła się w 2020 r.) i związane z nią obostrzenia, które wpływają na dobrostan psychiczny mieszkańców oraz skłonności do uzależnień, w tym zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu. Najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu. W województwie pomorskim w 2018 r. współczynnik liczby leczonych na 100 tys. ludności w psychiatrycznych oddziałach całodobowych (chorych leczonych ogółem i po raz pierwszy) z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu wyniósł 157, w tym dla leczonych po raz pierwszy – 83. Najlicniejszą grupę stanowili mężczyźni<sup>14</sup>. Wzrasta liczba zamachów samobójczych w województwie – 675 w 2019 r. (313 zakończone zgonem) wobec 399 w 2013 r. i 461 w 2016 r., w tym 71 wśród dzieci i młodzieży (5 zakończonych zgonem) wobec 9 w 2013 r. i 33 w 2016 r.<sup>15</sup> Wskaźniki zamachów samobójczych dzieci i młodzieży z ostatnich 3 lat przewyższają wskaźniki dla kraju. Około 90% przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne.

### **Wnioski z diagnozy:**

Zasadne jest ukierunkowanie działań na:

1. Ograniczanie dostępności napojów alkoholowych dla nieletnich.
2. Profilaktykę używania e-papierosów przez młodzież.
3. Profilaktykę adresowaną do dziewcząt (tytoń, alkohol).
4. Wdrażanie programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności.
5. Edukację rodziców w kwestii ryzyka związanego z piciem alkoholu przez młodzież.
6. Wdrożenie i prowadzenie ciągłych działań w zakresie profilaktyki krzywdzenia dzieci, zarówno uniwersalnej, jak i selektywnej, skierowanych do wszystkich grup – dzieci i młodzieży, rodziców i opiekunów oraz profesjonalistów i ogółu

---

<sup>13</sup> Mapy potrzeb zdrowotnych, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – czas oczekiwania na świadczenia medyczne.

<sup>14</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński

<sup>15</sup> Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku.

społeczeństwa, na każdym etapie życia dzieci i młodzieży, począwszy od edukacji przedporodowej i wizyt patronażowych skierowanych do rodziców noworodków i niemowląt przez programy zwiększające umiejętności wychowawcze rodziców, po edukację skierowaną do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców na wszystkich stopniach opieki i nauczania, z wykorzystaniem istniejących zasobów instytucjonalnych, włączając intensywniej w działania profilaktyczne sektory ochrony zdrowia i edukacji jako te, których jednostki mają bezpośredni kontakt z dziećmi i ich rodzinami.

7. Upowszechnianie wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej i poradni ginekologicznych materiałów dotyczących zapobiegania FASD oraz wspieranie działań służących poprawie opieki nad dziećmi z FASD i ich rodzinami, m.in. poprzez upowszechnianie informacji na temat badań przesiewowych i kolejnych etapów diagnozy FASD.
8. Tworzenie kompleksowych programów wzmacniania umiejętności społecznych dzieci i młodzieży, promujących pozytywne wzorce i zachowania oraz uwzględniających przeciwdziałanie potencjalnym zagrożeniom, takim jak wykorzystywanie seksualne i komercyjne dzieci, zagrożenia w internecie, przemoc rówieśnicza, przemoc w rodzinie oraz podejmowanie zachowań ryzykownych.
9. Zwrócenie szczególnej uwagi na ochronę szeroko pojętego zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wzmacnianie czynników chroniących dobrostan psychiczny dziecka w rodzinie, instytucjach oświatowych i opiekuńczych oraz społeczności lokalnej.
10. Prowadzenie systemowego monitoringu sytuacji i obszarów, które mogą stwarzać szczególne zagrożenie dla bezpieczeństwa dzieci, m.in. cyberprzestrzeni, ośrodków opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych, ośrodków dla cudzoziemców, imprez masowych z udziałem dzieci i młodzieży i innych.
11. Prowadzenie kampanii społecznych kierowanych do ogółu społeczeństwa i poświęconych tematyce przemocy wobec dzieci, w tym mechanizmom i symptomom przemocy oraz sposobom reagowania na nią i jej zapobiegania.
12. Promowanie wprowadzenia w instytucjach / organizacjach polityki ochrony dzieci (w tym procedur interwencji), monitorowania pracowników oraz ich szkoleń w zakresie rozpoznawania objawów krzywdzenia dzieci i sposobów reagowania, a także prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i rodziców nt. przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci.
13. Dążenie do poprawy współpracy interdyscyplinarnej w zakresie identyfikacji i interwencji w sytuacjach przemocy wobec dzieci, większe zaangażowanie sektora ochrony zdrowia w tym zakresie.
14. Ciągłe podnoszenie kompetencji profesjonalistów z różnych instytucji i organizacji, w tym w szczególności pracowników mających za zadanie przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci.
15. Promowanie rozwijania oferty pomocowej dla dzieci krzywdzonych i ich rodzin, opartej na modelu współpracy między różnymi służbami, w których dziecko

- poszkodowane przestępstwem i jego opiekunowie mogliby otrzymać kompleksowe wsparcie psychologiczne, prawne, medyczne i socjalne pod jednym dachem.
16. Sytuacja zagrożenia dzieci najmłodszych do 3 roku życia wymaga wypracowania skutecznego mechanizmu monitorującego i interwencyjnego w celu rzeczywistej ochrony dzieci przed przemocą i na systemowe zapobieganie takim dramatom.
  17. Tworzenie rozwiązań zmierzających do wyrównywania szans rodzin i dzieci w najtrudniejszej sytuacji (m.in. rodzin monoparentalnych, rodzin osób niepełnosprawnych, wielodzietnych, uchodźczych, rodzin z obszarów wiejskich).
  18. Promowanie dostępności i jakości usług terapii uzależnień w gminach wiejskich oraz realizowanych przez organizacje pozarządowe.
  19. Promowanie dostępności i jakości usługi pogotowia socjalnego (izby wytrzeźwień) w gminach wiejskich oraz realizowanych przez organizacje pozarządowe.
  20. Promowanie i wspieranie poszerzania ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy nakierowane na ograniczenie spożywania alkoholu oraz finansowania szkoleń terapeutów w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów.
  21. Promowanie i wspieranie poszerzania ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o terapię dla młodzieży używającej alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
  22. Promowanie i wspieranie poszerzania ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy terapii dla osób doświadczających przemocy domowej oraz programy terapii dla osób stosujących przemoc.
  23. Promowanie i dofinansowanie nauki języka migowego dla specjalistów psychoterapii uzależnień, szkoleń w obszarze leczenia osób uzależnionych dla psychologów będących doradcami osób z uszkodzonym słuchem lub finansowanie świadczeń tłumacza migowego, umożliwiających komunikację osoby głuchej z terapeutą w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu.
  24. Nagłaśnianie zagrożeń związanych z używaniem alkoholu w starszym wieku oraz zalecanie uwzględnienia w leczeniu odwykowym osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, specyfiki wynikającej z wieku i możliwości starszych pacjentów.
  25. Wspieranie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych oraz wzmożonych oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób bezdomnych.

### 3. ANALIZA SWOT

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"><li>• Większość badanej młodzieży nigdy nie sięgała po substancje nielegalne.</li><li>• Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.</li><li>• Usługi terapii uzależnień oferuje 100% polskich miast na prawach powiatu.</li><li>• W opinii 100% mieszkańców miast na prawach powiatu usługi terapii uzależnień są zapewnione w sposób wystarczający.</li><li>• Wszystkie gminy miejskie i miasta na prawach powiatu uważają, że usługa pogotowia socjalnego oferowana jest w sposób wystarczający.</li><li>• Usługa grupy wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu jest dostępna we wszystkich miastach na prawach powiatu i w 91% gmin miejskich.</li><li>• We wszystkich miastach na prawach powiatu i w 91% gmin miejskich usługa grupy wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu oferowana jest w sposób wystarczający według respondentów.</li><li>• Kompetencje podmiotów działających w obszarze leczenia i rehabilitacji.</li><li>• Dostęp do rekomendowanych programów profilaktycznych.</li><li>• Rosnąca liczba gmin realizujących rekomendowane programy profilaktyczne.</li><li>• Podejmowanie przez gminy uchwał dotyczących ograniczania sprzedaży alkoholu.</li><li>• Ścisła współpraca GKRPA oraz ZI ds.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów.</li><li>• Napoje alkoholowe są nadal najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży.</li><li>• Dość znaczne odsetki młodzieży sięgającej po alkohol w połączeniu z lekami - szczególnie niebezpieczeństwo ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych, wzmacniane przez efekt możliwej interakcji między substancjami.</li><li>• Tylko 61% gmin wiejskich oferuje usługi terapii uzależnień.</li><li>• Jedynie 35% mieszkańców gmin wiejskich uważa, że usługi terapii uzależnień są zapewnione w sposób wystarczający.</li><li>• Wszystkie gminy miejsko-wiejskie oferujące usługę pogotowia socjalnego, oceniają ją jako niewystarczającą.</li><li>• W gminach wiejskich usługa grupy wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu oferowana jest przez 51% jednostek.</li><li>• Wieloletnie zaszłości w leczeniu psychiatrycznym oraz brak wystarczającej liczby Centrów Zdrowia Psychicznego.</li><li>• Niska świadomość wśród mieszkańców roli profilaktyki zdrowotnej, w tym stylu życia.</li><li>• Dominuje praktyka dotycząca prowadzenia działań i rozwiązywania problemów wynikających z przemocy, która jest skoncentrowana na służbach pomocy społecznej i policji.</li></ul>



<p>Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wysoka dostępność do placówek leczenia odwykowego i uzależnień.</li> <li>• Poprawa jakości usług świadczonych przez placówki leczenia odwykowego i uzależnień.</li> <li>• Realizacja przez samorządy Gminnych Programów Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Najczęstszą przyczyną zatruc są leki.</li> <li>• Najlicniejszą grupę pacjentów leczonych z powodu zatruc stanowi młodzież w wieku 12-18 lat.</li> <li>• Siedmiu na dziesięciu nastolatków doświadczyło w swoim życiu przynajmniej jednej kategorii krzywdzenia (przemoc ze strony bliskich dorosłych: fizyczna lub psychiczna, zaniedbywanie fizyczne, bycie świadkiem przemocy domowej, przemoc rówieśnicza, wykorzystywanie seksualne, obciążające doświadczenia seksualne, przestępstwa konwencjonalne: wandalizm, rozbój, napaść).</li> <li>• Co trzeci badany doznał ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a co piąty przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice.</li> <li>• Co piąty nastolatek w wieku 13–17 lat miał obciążające doświadczenie seksualne obejmujące przemoc seksualną, werbowania do celów seksualnych w internecie lub ekshibicjonizm.</li> <li>• Każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD.</li> <li>• Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej z powodu bariery komunikacyjnej.</li> <li>• Picie alkoholu przez osoby starsze pociąga za sobą zdecydowanie większe ryzyko szkód zdrowotnych w porównaniu z ryzykiem, jakie niesie za sobą spożywanie alkoholu przez osoby młodsze.</li> <li>• Najdłuższe kolejki oczekiwania na świadczenia na terenie województwa</li> </ul>
--	---

	<p>występują w: poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz na oddziale dziennym terapii uzależnienia od alkoholu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu.</li> <li>• Większość przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne.</li> <li>• Brak koncepcji i zakresu oddziaływań profilaktycznych adresowanych głównie do dorosłych – przede wszystkim rodziców i nauczycieli.</li> <li>• Brak systemowego podejścia i współpracy między organizacjami w obszarze przygotowania nauczycieli do pracy profilaktycznej.</li> <li>• Brak dostępu do pomocy specjalistycznej dla grup specyficznych osób z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (osób starszych, dzieci i młodzieży, osób z podwójną diagnozą, osób niepełnosprawnych, osób z chorobami somatycznymi), brak systemowych rozwiązań w tym zakresie oraz brak wspólnie przyjętego kontinuum pomocy specjalistycznej.</li> <li>• Niewystarczająca oferta programowa samorządów lokalnych, placówek oświatowych i organizacji pozarządowych zachęcających do życia w trzeźwości – brak innowacyjnych pomysłów i nowych partnerów.</li> <li>• Utrudniony powrót do życia społecznego i zawodowego po leczeniu odwykowym.</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brak ciągłości działań prowadzonych przez podmioty zatrudnienia socjalnego na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu z powodu ograniczonych środków finansowych.</li> <li>• Powszechna tolerancja społeczeństwa w zakresie sprzedaży alkoholu. nieletnim, nietrzeźwym zwłaszcza na obszarach wiejskich.</li> <li>• Liberalizacja podejścia rodziców do spożywania alkoholu przez dzieci i młodzież.</li> <li>• Trudność oceny sytuacji – brak jednego konkretnego źródła diagnozy.</li> </ul> <p><u>Okres pandemii - od połowy marca do końca czerwca 2020 roku:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponad co czwarty respondent (27,2%) w wieku 13-17 lat doświadczył co najmniej jednej z badanych form krzywdzenia (fizycznej, psychicznej, bycie świadkiem przemocy wobec rodziców lub rodzeństwa, rówieśniczej, wykorzystywania seksualnego).</li> <li>• Ponad co siódmy respondent (15%) doznał przemocy ze strony rówieśników, co dziewiąty (10,8%) ze strony bliskiej osoby dorosłej.</li> <li>• Co 20 osoba (5,4%) była świadkiem przemocy wobec rodzica lub innego dziecka.</li> <li>• Wykorzystywania seksualnego doświadczyło 10,2% respondentów;</li> <li>• Prawie co dziewiąty (10,8%) w wieku 13-17 lat doświadczył w okresie od połowy marca do końca czerwca przemocy ze strony bliskich dorosłych;</li> <li>• 1 na 20 badanych (5,4%) był świadkiem przemocy w domu.</li> <li>• W pierwszym okresie pandemii 2,9% respondentów w wieku 15-17 lat próbowało popełnić samobójstwo.</li> <li>• W 2017 roku stwierdzono 1158</li> </ul>
--	---

	przestępstw z art. 200 k.k. (obcowanie płciowe z małoletnim poniżej 15. roku życia), wśród 611 podejrzanych zdecydowaną większość (97%) stanowili mężczyźni.
<b>Szanse</b>	<b>Zagrożenia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picie alkoholu przez młodzież wykazuje kontynuację trendu spadkowego.</li> <li>• Zahamowanie trendu wzrostowego problemu używania przetworów konopi wśród młodzieży szkolnej.</li> <li>• Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wykazuje od 2011 r. trend spadkowy.</li> <li>• Zmniejszają się odsetki respondentów otrzymujących propozycje zakupu, otrzymania, bądź użycia dopalaczy, a także wysoko oceniających ich dostępność.</li> <li>• Rosną frakcje respondentów przypisujących duże ryzyko nawet eksperymentowaniu z „dopalaczami”.</li> <li>• Spadek udziału nietrzeźwych nieletnich podejrzanych o czyn karalny.</li> <li>• Spadek przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz spadek liczby podejrzanych.</li> <li>• Rozwój deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych oraz społecznych.</li> <li>• Można stwierdzić znaczny spadek hospitalizacji chłopców z powodu zatruc narkotyków i substancji odurzających.</li> <li>• Badania i doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia osób uzależnionych dowodzą, że część pacjentów po pewnym czasie sama wybiera abstynencję, co wskazuje na efektywność POP.</li> <li>• Wprowadzenie nowych rozwiązań</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Najwyższy przyrost spożycia alkoholu odkąd sięgają statystyki.</li> <li>• W obszarze napojów alkoholowych odsetki respondentów skłonnych wiązać duże ryzyko z pićm uległy zwiększeniu.</li> <li>• W obszarze oceny ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi obserwujemy trend spadkowy odsetków badanych przypisujących ich używaniu duże ryzyko.</li> <li>• Odnotowano wzrost używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza.</li> <li>• Wzrost ujawnionych małoletnich/nieletnich, znajdujących się pod wpływem alkoholu.</li> <li>• Wzrost udziału nietrzeźwych dorosłych podejrzanych o czyn karalny.</li> <li>• Spadek liczby osób objętych pomocą w formie poradnictwa medycznego i psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego.</li> <li>• Wzrost przypadków rozpijania małoletniego.</li> <li>• Nieznaczny wzrost liczby osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu.</li> <li>• Wzrost liczby osób dotkniętych przemocą w rodzinie.</li> <li>• Wzrost liczby odebranych dzieci w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka, w związku z przemocą w rodzinie.</li> </ul>

<p>i regulacji prawnych (m.in. nowelizacje ustaw o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stworzenie wieloaspektowej platformy badawczej dotyczącej trendów w prowadzeniu systemu badań i analiz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrzymuje się tendencja do nierównomiernego prowadzenia działań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez gminy i powiaty naszego regionu.</li> <li>• Wzrasta liczba oczekujących na świadczenia medyczne związane z leczeniem uzależnień od alkoholu i współuzależnienia.</li> <li>• Wzrasta liczba zamachów samobójczych w województwie, a prawie połowa z nich kończy się zgonem.</li> <li>• Wskaźniki zamachów samobójczych dzieci i młodzieży z ostatnich 3 lat przewyższają wskaźniki dla kraju.</li> <li>• Brak wyraźnie określonej misji dla budowanej strategii, sprecyzowanych celów określających oczekiwane w określonym czasie rezultaty.</li> <li>• Brak opracowanych zasad kooperacji pomiędzy podmiotami zajmującymi się profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją i reintegracją osób uzależnionych.</li> <li>• Brak koncepcji w zakresie oddziaływań postrehabilitacyjnych i reintegracyjnych co zwiększa ryzyko nawrotów choroby.</li> </ul>
---	--

#### 4. CELE, PRIORYTETY I DZIAŁANIA

<b>CEL GŁÓWNY OGRANICZENIE SKALI WYSTĘPOWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO</b>			
<b>CEL SZCZEGÓŁOWY 1</b>  <b>Promocja zdrowia</b>	<b>CEL SZCZEGÓŁOWY 2</b>  <b>Profilaktyka</b>	<b>CEL SZCZEGÓŁOWY 3</b>  <b>Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna</b>	<b>CEL SZCZEGÓŁOWY 4</b>  <b>Monitorowanie rynku napojów alkoholowych</b>

		<b>i zawodowa</b>	
<b>Priorytet 1.1</b> <b>Edukacja zdrowotna</b>	<b>Priorytet 2.1</b> <b>Profilaktyka uniwersalna</b>	<b>Priorytet 3.1</b> <b>Ograniczanie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu</b>	<b>Priorytet 4.1</b> <b>Zmniejszenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu</b>
<b>Priorytet 1.2</b> <b>Szkolenie kadr</b>	<b>Priorytet 2.2</b> <b>Profilaktyka selektywna</b>	<b>Priorytet 3.2</b> <b>Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu</b>	<b>Priorytet 4.2</b> <b>Zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych</b>
	<b>Priorytet 2.3</b> <b>Profilaktyka wskazująca</b>	<b>Priorytet 3.3</b> <b>Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom dorosłym i dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym</b>	
		<b>Priorytet 3.4</b> <b>Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym</b>	

		<p><b>Priorytet 3.5</b></p> <p><b>Zwiększenie dostępności i poprawa jakości oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie</b></p>	
--	--	---	--

### Cel szczegółowy 1 Promocja zdrowia

**Wnioski z diagnozy:** Istotne jest prowadzenie badań i kampanii społecznych kierowanych do ogółu społeczeństwa, poświęconych tematyce uzależnień i przemocy, w tym wobec dzieci, mechanizmom i symptomom przemocy oraz sposobom reagowania na nią i jej zapobiegania; nagłaśnianie zagrożeń związanych z używaniem alkoholu przez kobiety w ciąży i osoby w starszym wieku oraz zalecanie uwzględnienia w leczeniu odwykowym osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, specyfiki wynikającej z wieku i możliwości starszych pacjentów; ciągłe podnoszenie kompetencji profesjonalistów z różnych instytucji i organizacji, w tym w szczególności pracowników mających za zadanie przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci.

Wskaźnik rezultatu	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Liczba zrealizowanych działań informacyjno-edukacyjnych, w tym kampanii, publikacji, emisji poświęconych tematyce uzależnień i przemocy.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba zrealizowanych badań w zakresie rozpowszechnienia środków psychoaktywnych i przemocy w rodzinie.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba publikacji dotyczących realizowanych badań.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba podejmowanych przedsięwzięć oraz zrealizowanych i dofinansowanych programów edukacyjnych w zakresie szkód zdrowotnych wywołanych spożyciem alkoholu i doświadczaniem przemocy oraz poszerzenia kompetencji wychowawczych.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

Liczba podmiotów, które uzyskały wsparcie.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych na wsparcie podmiotów.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób uczestniczących w przedsięwzięciach i programach edukacyjnych.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość zorganizowanych i dofinansowanych szkoleń na temat problematyki uzależnień oraz przemocy w rodzinie.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość uczestników szkoleń.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na szkolenia.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

### Priorytet 1.1 Edukacja zdrowotna

<b>Działanie 1.1.1</b>	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym realizacja badań społecznych dotyczących wzorów używania napojów alkoholowych w województwie, kampanii edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości na temat zaburzeń i ryzyka szkód wynikających z używania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia, a w szczególności młodzieży
<b>Zakres interwencji</b>	Realizacja projektów badawczych mających na celu zdiagnozowanie stanu problemów alkoholowych na terenie województwa oraz monitorowanie postaw i zachowań społecznych wobec problemów alkoholowych, dotyczących wzorców konsumpcji alkoholu, zjawiska picia alkoholu przez młodzież i kobiety w ciąży
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, firmy badawcze



<b>Zakres interwencji</b>	Organizacja regionalnych i udział w ogólnopolskich kampaniach informacyjno-edukacyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z mediami oraz wymiana informacji z instytucjami odpowiedzialnymi za profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, media, instytucje
<b>Zakres interwencji</b>	Organizowanie i wspieranie działań służących promocji zdrowego stylu życia, z uwzględnieniem aktywności kulturalnej i sportowej dzieci i młodzieży
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, samorządy, organizacje i instytucje

<b>Działanie 1.1.2</b>	Prowadzenie i wspieranie działań i programów edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększających ich kompetencje wychowawcze w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych
<b>Zakres interwencji</b>	Prowadzenie i wspieranie działań edukacyjnych dla rodziców i wychowawców w zakresie komunikacji z młodzieżą, wspierania młodzieży w utrzymaniu abstynencji poprzez promocję zdrowego stylu życia i kształtowanie atmosfery społecznej niesprzyjającej nadmiernemu używaniu alkoholu
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Organizacja regionalnych i udział w ogólnopolskich kampaniach profilaktyczno-edukacyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Udostępnianie i rozpowszechnianie materiałów informacyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, samorządy, organizacje, instytucje, inne podmioty

<b>Działanie 1.1.3</b>	Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym i możliwości przeciwdziałania temu zjawisku oraz sposobów reagowania i uzyskania pomocy, w tym realizacja badań społecznych dotyczących skali zjawiska przemocy w rodzinie i postaw wobec przemocy w województwie, realizacja i wspieranie kampanii, programów i działań edukacyjnych promujących wychowanie dzieci bez przemocy
<b>Zakres interwencji</b>	Badanie różnych aspektów sytuacji osób doświadczających przemocy w województwie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, firmy badawcze
<b>Zakres interwencji</b>	Organizacja regionalnych i udział w ogólnopolskich kampaniach informacyjno-edukacyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Gromadzenie i utworzenie bazy danych o miejscach i formach pomocy dla osób doświadczających i stosujących przemoc
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje i organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje i organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z mediami oraz wymiana informacji z instytucjami odpowiedzialnymi za przeciwdziałanie przemocy w rodzinie w województwie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, media, instytucje

## Priorytet 1.2 Szkolenie kadr

<b>Działanie 1.2.1</b>	Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja)
------------------------	--

<b>Zakres interwencji</b>	Wspieranie edukacji pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wdrażania metod wczesnej diagnozy i krótkich interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych do wykonywania badań przesiewowych wśród personelu medycznego oraz materiałów informacyjnych na temat problemów alkoholowych dla pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Budowanie współpracy pomiędzy podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej a podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą w zakresie wdrażania procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji, skutkującej skierowaniem pacjentów do placówki odwykowej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, organizacje

<b>Działanie 1.2.2</b>	Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
<b>Zakres interwencji</b>	Organizacja szkoleń min. dla gminnych pełnomocników do spraw profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień, koordynatorów gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, GKRPA oraz ZI
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje, instytucje
<b>Zakres interwencji</b>	Udzielanie wsparcia samorządom gminnym w zakresie lokalnej polityki wobec alkoholu, w szczególności poprzez konsultacje, wymianę informacji, wsparcie w zakresie sporządzania diagnozy lokalnych problemów, zasobów i potrzeb, inspirowanie oraz promowanie dobrych praktyk, opracowanie,

	publikację i dystrybucję materiałów edukacyjnych dla osób zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Wsparcie merytoryczne i pomoc finansowa samorządom gminnym w opracowaniu i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Udostępnianie i rozpowszechnianie wyników badań oraz materiałów informacyjnych i edukacyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

<b>Działanie 1.2.3</b>	Rozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień, w tym szkolenie pracowników lecznictwa odwykowego w zakresie pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dorosłych członków rodzin pijących szkodliwie lub uzależnionych
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie WOTU w inicjowaniu i realizacji działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach lecznictwa odwykowego, w organizowaniu staży, szkoleń, superwizji, konferencji i innych form kształcenia
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z WOTU i innymi podmiotami w zakresie oceny zasobów i potrzeb systemu doskonalenia zawodowego, oceny dostępności i jakości świadczeń w lecznictwie odwykowym
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie wprowadzenia do systemu kształcenia zawodowego szkoleń w zakresie

	umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów oraz innych zalecanych szkoleń
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, organizacje

<b>Działanie 1.2.4</b>	Podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym
<b>Zakres interwencji</b>	Organizowanie porad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje, instytucje
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie w prowadzeniu superwizji i konsultacji dla wychowawców udzielających pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje, instytucje
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

<b>Działanie 1.2.5</b>	Szkolenia i konferencje dla profesjonalistów, min. pracowników służby zdrowia, pracowników socjalnych, nauczycieli, pedagogów, pracowników świetlic z programem socjoterapeutycznym i opiekuńczo-wychowawczym, nt. FASD
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie zadań w zakresie edukacji kobiet ciężarnych i planujących ciążę, członków ich rodzin, pracowników służby zdrowia i różnych grup zawodowych (nauczycieli, pedagogów, pracowników socjalnych itp.), na temat FAS i FASD oraz udzielania pomocy dzieciom z FAS/FASD
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

<b>Zakres interwencji</b>	Organizacja szkoleń i konferencji w zakresie FAS/FASD
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje, instytucje

### Cel szczegółowy 2 Profilaktyka

**Wnioski z diagnozy:** Istotne jest realizowanie programów profilaktycznych, zwłaszcza o potwierdzonej skuteczności, należy położyć nacisk na profilaktykę używania e-papierosów przez młodzież, profilaktykę adresowaną do dziewcząt (tytoń, alkohol), edukację rodziców w kwestii ryzyka związanego z piciem alkoholu przez młodzież, tworzenie kompleksowych programów wzmacniania umiejętności społecznych dzieci i młodzieży, promujących pozytywne wzorce i zachowania oraz uwzględniających przeciwdziałanie potencjalnym zagrożeniom, takim jak wykorzystywanie seksualne i komercyjne dzieci, zagrożenia w internecie, przemoc rówieśnicza, przemoc w rodzinie oraz podejmowanie zachowań ryzykownych.

Należy wdrażać i prowadzić ciągłe działania w zakresie profilaktyki krzywdzenia dzieci, zarówno uniwersalnej, jak i selektywnej, skierowanych do wszystkich grup – dzieci i młodzieży, rodziców i opiekunów oraz profesjonalistów i ogółu społeczeństwa, na każdym etapie życia dzieci i młodzieży, począwszy od edukacji przedporodowej i wizyt patronażowych skierowanych do rodziców noworodków i niemowląt przez programy zwiększające umiejętności wychowawcze rodziców, po edukację skierowaną do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców na wszystkich stopniach opieki i nauczania, z wykorzystaniem istniejących zasobów instytucjonalnych, włączając intensywniej w działania profilaktyczne sektory ochrony zdrowia i edukacji jako te, których jednostki mają bezpośredni kontakt z dziećmi i ich rodzinami.

<b>Wskaźnik rezultatu</b>	<b>Częstotliwość pomiaru</b>	<b>Źródło danych</b>
Liczba dofinansowanych programów profilaktycznych, zwłaszcza rekomendowanych, w zakresie profilaktyki uzależnień i przemocy.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie programów profilaktycznych.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba odbiorców programów profilaktycznych.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

Liczba zrealizowanych działań informacyjnych i publikacji dotyczących rekomendowanych programów profilaktycznych.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba dofinansowanych szkoleń, porad i konferencji w zakresie profilaktyki uzależnień i przemocy.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie szkoleń, porad i konferencji.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba rodziców i wychowawców uczestniczących w szkoleniach, poradach i konferencjach.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

### Priorytet 2.1 Profilaktyka uniwersalna

<b>Działanie 2.1.1</b>	Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie projektów profilaktycznych i edukacyjnych (w tym służących promocji zdrowego stylu życia z uwzględnieniem aktywności kulturalnej i sportowej, różnorodnych form profilaktyki rówieśniczej, działań prowadzonych w świetlicach z programem socjoterapeutycznym i opiekuńczo-wychowawczym), w gminach nie posiadających wystarczających środków na te działania
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie rekomendowanych programów

	w zakresie profilaktyki uzależnień wśród dzieci i młodzieży, opartych na skutecznych strategiach oddziaływań (znajdujących się w bazach danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Ośrodka Rozwoju Edukacji)
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie realizacji programów aktywizujących samorządy uczniowskie, grupy liderów, grupy młodzieżowe
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie realizacji warsztatów i szkoleń pogłębiających wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki problemowej i promocji zdrowia, przygotowane przez młodych ludzi dla grupy rówieśników
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Działanie 2.1.2</b>	Prowadzenie i upowszechnienie programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie wdrażania kompleksowych rozwiązań w zakresie rozpoznawania sytuacji problemowych, adekwatnego reagowania przez kadrę kierowniczą, kierowanie na terapię
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Wspieranie działań edukacyjnych skierowanych do kadry, przygotowujących do podejmowania interwencji wobec uczniów i pracowników
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Wspieranie działań edukacyjnych skierowanych do uczniów i pracowników w zakresie wzorów picia, szkód powodowanych przez alkohol, sposobów



	odmawiania picia alkoholu
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Realizacja działań informacyjnych na temat pomocy i reagowania w sytuacji ujawnienia problemów w miejscu pracy i nauki, których przyczyną jest alkohol
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Działanie 2.1.3</b>	Poszerzanie i udoskonalanie oferty działań, upowszechnianie oraz wdrażanie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców, sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży oraz w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie realizowania działań i programów profilaktyczno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży we współpracy z rodzicami, opartych na równoległym oddziaływaniu na dzieci i rodziców, w dłuższych formach
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Upowszechnianie i wspieranie realizacji warsztatów umiejętności wychowawczych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wpieranie organizacji w placówkach pracujących z dziećmi i młodzieżą szkoleń obejmujących zagadnienia dotyczące skutecznych strategii profilaktycznych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Organizowanie spotkań, narad i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Działanie 2.1.4</b>	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie profilaktyki uniwersalnej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Działanie 2.1.5</b>	Finansowanie lub dofinansowanie realizacji programów w zakresie profilaktyki uniwersalnej, wybranych w drodze konkursów ofert
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

## Priorytet 2.2 Profilaktyka selektywna

<b>Działanie 2.2.1</b>	Poszerzanie i udoskonalanie oferty działań profilaktycznych, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej, adresowanych do dzieci, młodzieży z grup ryzyka oraz rodziców i wychowawców
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie programów profilaktyczno-edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych, wychowanków młodzieżowych ośrodków szkolno-wychowawczych, socjoterapeutycznych i innych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje pozarządowe, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie programów animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy i klubów młodzieżowych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje pozarządowe, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie projektów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w gminach nie posiadających wystarczających środków na te działania
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

<b>Działanie 2.2.2</b>	Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym
<b>Zakres interwencji</b>	Wsparcie gmin i organizacji pozarządowych w realizacji nowatorskich programów profilaktycznych i socjoterapeutycznych w środowisku szkolnym, rodzinnym i w grupach podwyższonego ryzyka, w tym w organizacji wypoczynku wakacyjnego dla dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Wsparcie samorządów lokalnych w podejmowaniu działań profilaktycznych na rzecz dzieci i młodzieży z grup ryzyka poprzez rozwój kultury fizycznej i sport
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie utworzenia oraz działalności w gminach wiejskich i małych miastach świetlic opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych oraz klubów młodzieżowych z programem pomocy psychologicznej, a także proponujących aktywne formy spędzania czasu wolnego
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie profilaktyki selektywnej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Działanie 2.2.3</b>	Finansowanie lub dofinansowanie realizacji programów w zakresie profilaktyki selektywnej, wybranych w drodze konkursów ofert
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

### **Priorytet 2.3 Profilaktyka wskazująca**

<b>Działanie 2.3.1</b>	Poszerzanie i udoskonalanie oferty działań
------------------------	--

	profilaktycznych, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki wskazującej, adresowanych do dzieci, młodzieży eksperymentujących z alkoholem oraz rodziców i wychowawców
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie programów profilaktycznych adresowanych do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi oraz działań edukacyjnych dla rodziców, opiekunów i wychowawców, zwiększających ich kompetencje w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, szkód wynikających z używania środków psychoaktywnych przez nie, w gminach nie posiadających wystarczających środków na te działania
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie realizacji programów opartych na strategii kształtowania umiejętności życiowych, angażowaniu młodych ludzi w konstruktywne aktywności
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie programów interwencyjnych skierowanych do młodych osób eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty
<b>Działanie 2.3.2</b>	Udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci eksperymentują z alkoholem
<b>Zakres interwencji</b>	Upowszechnianie programu ogólnopolskiego <i>Pomarańczowa Linia</i> – telefonu wsparcia dla rodziców dzieci upijających się oraz innych miejsc i form specjalistycznego wsparcia
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Zakres interwencji</b>	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie profilaktyki wskazującej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, inne podmioty

<b>Działanie 2.3.3</b>	Finansowanie lub dofinansowanie realizacji programów w zakresie profilaktyki wskazującej, wybranych w drodze konkursów ofert
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

### **Cel szczegółowy 3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa**

**Wnioski z diagnozy:** Znaczna część osób uzależnionych w chwili rozpoczynania leczenia nie akceptuje celu polegającego na zaprzestaniu picia alkoholu. Jest on również dla nich trudny do osiągnięcia. Dlatego innym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu. Badania i doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia osób uzależnionych dowodzą, że część pacjentów po pewnym czasie sama wybiera abstynencję. Ich leczenie jest wówczas znacznie bardziej efektywne niż w sytuacji, gdy uczestniczą w terapii, której cel został im narzucony. Programy ograniczania picia to oddziaływania indywidualne i/lub grupowe, nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce). Są kierowane do osób z rozpoznaniem łagodniejszej formy uzależnienia oraz do osób pijących alkohol szkodliwie.

Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych. Osoby te wymagają czasowego pobytu w warunkach chronionych (hostele, domy przejściowe, mieszkania chronione), gdzie mają zapewnioną opiekę psychologiczną, terapeutyczną oraz wsparcie pracownika socjalnego. W tym czasie muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie mieszkania i pracy).

W zakresie udzielanych świadczeń medycznych w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, najdłuższe kolejki oczekiwania na świadczenia (wg. stanu na luty 2020 rok) na terenie województwa występują w: poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (617 dni) oraz na oddziale dziennym terapii uzależnienia od alkoholu (145 dni). Wzrasta liczba oczekujących na świadczenia medyczne związane z leczeniem uzależnień od alkoholu i współuzależnienia. Niewątpliwie duży wpływ ma aktualna pandemia Covid-19 (która rozpoczęła się

w 2020 r.) i związane z nią obostrzenia, które wpływają na dobrostan psychiczny mieszkańców oraz skłonności do uzależnień, w tym zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

Najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu. W województwie pomorskim w 2018 r. współczynnik liczby leczonych na 100 tys. ludności w psychiatrycznych oddziałach całodobowych (chorych leczonych ogółem i po raz pierwszy) z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu wyniósł 157, w tym dla leczonych po raz pierwszy – 83. Najliczniejszą grupę stanowili mężczyźni.

<b>Wskaźnik rezultatu</b>	<b>Częstotliwość pomiaru</b>	<b>Źródło danych</b>
Liczba dofinansowanych programów terapeutycznych, programów pomocy psychologicznej, psychoedukacyjnej i rehabilitacyjnej, programów wspierających dzieci z FASD i ich opiekunów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie programów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób objętych programami	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba zrealizowanych działań informacyjnych i publikacji dotyczących programów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie remontów, adaptacji pomieszczeń i inwestycji sp zozów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie WOTU	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość udzielonych konsultacji przez WOTU	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość raportów statystycznych opracowanych przez WOTU	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

Ilość zrealizowanych badań przez WOTU	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość podjętych przez WOTU działań w zakresie koordynacji pracy zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa oraz współpracy z instytucjami zajmującymi się rozwiązywaniem problemów alkoholowych	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba dofinansowanych przedsięwzięć w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej oraz CIS	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie przedsięwzięć i CIS	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób objętych programami i działaniami w ramach CIS	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba dofinansowanych klubów i stowarzyszeń abstynenckich	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie klubów i stowarzyszeń abstynenckich	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób objętych działaniami klubów i stowarzyszeń abstynenckich w ramach udzielonego dofinansowania	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba podjętych działań standaryzacyjnych w zakresie działalności klubów abstynenckich	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba dofinansowanych miejsc wsparcia dziennego	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na dofinansowanie miejsc wsparcia dziennego	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

Liczba dzieci objętych działaniami w ramach udzielonego dofinansowania	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba wspartych działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących z dziećmi	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób objętych działaniami konsultacyjno-superwizyjnymi	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba zorganizowanych porad, seminariów i konferencji	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Wysokość środków finansowych przeznaczonych na narady, seminaria i konferencje	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość uczestników porad, seminariów i konferencji na temat ograniczania szkód zdrowotnych wynikających ze szkodliwego picia oraz uzależnienia od alkoholu	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba opracowywanych ramowych programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba podjętych działań w kierunku powstawania <i>Niebieskich pokoi</i> oraz punktów i CIS	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba podjętych działań informacyjnych o placówkach wsparcia	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba udzielonych konsultacji, wypromowanych dobrych praktyk w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba opublikowanych i rozpowszechnionych materiałów edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ



**Priorytet 3.1 Ograniczanie szkód zdrowotnych wynikających z picia  
szkodliwego i uzależnienia od alkoholu**

<b>Działanie 3.1.1</b>	Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń, w tym programów terapeutycznych, w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których samorząd województwa jest organem założycielskim, w realizacji programów terapeutycznych w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu, psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu oraz remontów i inwestycji, adaptacji pomieszczeń, w tym zakupów specjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie WOTU w: koordynacji pracy zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa i nadzorze merytorycznym nad nimi, udzielaniu konsultacji specjalistycznych dla zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa, działalności metodyczno-organizacyjnej w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących lecznictwa odwykowego na terenie województwa oraz ocenie tych danych, prowadzeniu badań w zakresie skuteczności terapii i wprowadzania nowych metod terapeutycznych, współpracy z placówkami zajmującymi się rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz grupami samopomocowymi
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

<b>Działanie 3.1.2</b>	Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie poszerzenia oferty leczenia uzależnienia od alkoholu o programy ograniczania picia alkoholu, programy terapii dla młodzieży uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem, programy pomocy psychologicznej dla osób doświadczających przemocy i stosujących przemoc oraz programy redukcji szkód; współdziałanie

	z instytucjami i ośrodkami leczenia uzależnień w tym zakresie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS

<b>Działanie 3.1.3</b>	Reedukacja osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z Pomorskim Ośrodkiem Ruchu Drogowego w zakresie realizacji kursów reedukacyjnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jst

### Priorytet 3.2 Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu

<b>Działanie 3.2.1</b>	Poszerzenie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem
<b>Zakres interwencji</b>	Wsparcie realizacji programów edukacyjno-terapeutycznych dla uzależnionych od alkoholu osadzonych w zakładach penitencjarnych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, sp zozy, instytucje i organizacje

<b>Działanie 3.2.2</b>	Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie centrów integracji społecznej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Wspieranie przedsięwzięć mających na celu reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, min. klubów integracji społecznej i klubów pracy
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jst, instytucje i organizacje

<b>Działanie 3.2.3</b>	Wspieranie działalności środowisk abstynenckich
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie organizacji pozarządowych w inicjowaniu przedsięwzięć wspomagających osoby uzależnione

	od środków psychoaktywnych w utrzymaniu abstynencji, w tym wspieranie działalności środowisk abstynenckich
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca w zakresie wdrażania procesu standaryzacji pracy stowarzyszeń abstynenckich
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jest, instytucje i organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca ze środowiskami abstynenckimi w zakresie zwiększenia kompetencji dotyczących udzielania wsparcia rodzinom i osobom z problemem alkoholowym, min. współorganizacja narad, konferencji, szkoleń
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jest, instytucje i organizacje

**Priorytet 3.3 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom dorosłym i dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym**

<b>Działanie 3.3.1</b>	Wspieranie istniejących miejsc wsparcia środowiskowego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (min. świetlic z programem socjoterapeutycznym, opiekuńczo-wychowawczym), w tym poprzez wdrażanie standardów udzielania pomocy, realizację działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących z dziećmi
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z instytucjami i podmiotami w zakresie wdrażania standardów udzielania pomocy w miejscach wsparcia środowiskowego
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jst, instytucje
<b>Zakres interwencji</b>	Wsparcie samorządów lokalnych w organizacji i prowadzeniu świetlic z programem socjoterapeutycznym, opiekuńczo-wychowawczym
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących z dziećmi
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jst, instytucje
<b>Działanie 3.3.2</b>	Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS) i Poalkoholowym

	Uszkodzeniem Płodu (FASD) oraz ich opiekunów
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z instytucjami w zakresie tworzenia systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z FAS i FASD oraz ich rodziców i opiekunów
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jst, instytucje

<b>Działanie 3.3.3</b>	Zwiększanie dostępności, rozszerzanie i wspieranie działań interwencyjnych, programów pomocy psychologicznej i psychoterapii dla członków rodzin z problemem alkoholowym
<b>Zakres interwencji</b>	Organizowanie regionalnych narad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, jst, podmioty zewnętrzne, organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie programów realizowanych przez organizacje pozarządowe w zakresie prowadzenia działań interwencyjnych oraz realizacji programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol szkodliwie lub uzależnionych i dla osób doświadczających przemocy w rodzinach alkoholowych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, organizacje
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie programów psychoterapii dla członków rodzin z problemem alkoholowym realizowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, których samorząd województwa jest organem założycielskim
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, sp zozy

**Priorytet 3.4 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie**

<b>Działanie 3.4.1</b>	Upowszechnianie i wspieranie działań interwencyjnych, programów i metod pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób doznających przemocy domowej: dorosłych i dzieci
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z instytucjami w zakresie opracowywania

	ramowych programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne
<b>Zakres interwencji</b>	Inicjowanie rozszerzenia oferty instytucji i organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie o programy ochrony osób jej doświadczających oraz wspieranie prowadzenia tych programów
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne
<b>Zakres interwencji</b>	Dofinansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których samorząd województwa jest organem założycielskim, w realizacji programów pomocy psychologicznej osobom doznającym przemocy domowej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS
<b>Zakres interwencji</b>	Rekomendowanie i wspieranie powstawania miejsc bezpiecznych przesłuchań przyjaznych dziecku doświadczającemu przemocy, bądź będącemu jej świadkiem, tzw. <i>Niebieskich Pokoi</i>
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne
<b>Zakres interwencji</b>	Wspieranie budowania sieci punktów i centrów interwencji kryzysowej
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne
<b>Zakres interwencji</b>	Opracowanie i dystrybucja wojewódzkiego informatora na temat placówek udzielających pomocy ofiarom przemocy w rodzinie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne

**Priorytet 3.5 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie**

<b>Działanie 3.5.1</b>	Upowszechnianie i wspieranie programów edukacyjno-korekcyjnych i psychologicznych dla sprawców przemocy domowej
<b>Zakres interwencji</b>	Inicjowanie rozszerzenia oferty instytucji i organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie o programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc w rodzinie oraz wspieranie prowadzenia tych

	programów
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne

<b>Działanie 3.5.2</b>	Upowszechnianie wytycznych do realizacji działań interwencyjnych, psychologicznych oraz oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie
<b>Zakres interwencji</b>	Współpraca z instytucjami w zakresie opracowywania ramowych programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne

#### **Cel szczegółowy 4 Monitorowanie rynku napojów alkoholowych**

**Wnioski z diagnozy:** GUS podaje, że w 2019 roku Polacy wypili rekordową ilość alkoholu - w przeliczeniu na czysty alkohol, statystyczny Polak wypił w 2019 roku 9,78 litrów. W porównaniu z 2018 rokiem spożycie zwiększyło się o 0,23 litra, co jest największym przyrostem od kilku lat. Jest to najwyższe spożycie alkoholu od 1993 r., czyli odkąd sięgają statystyki.

Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oceniana niżej. Napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki.

W 2019 roku w województwie pomorskim nastąpił spadek przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi o 12,50% oraz spadek liczby podejrzanych o 8,33% (sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych w wypadkach, kiedy jest to zabronione, w tym m.in. osobom, których zachowanie wskazuje na znajdowanie się w stanie nietrzeźwości, osobom do 18. roku życia, na kredyt lub pod zastaw albo bez wymaganego zezwolenia; niedopełnienie przez kierownika zakładu handlowego lub gastronomicznego obowiązku nadzoru, skutkujące dopuszczeniem do popełnienia wymienionego wyżej przestępstwa; złamanie zakazu reklamy lub promocji napojów alkoholowych lub informowanie o sponsorowaniu imprezy masowej wbrew ustawie; obrót hurtowy bez wymaganego zezwolenia lub wbrew jego warunkom).

<b>Wskaźnik rezultatu</b>	<b>Częstotliwość pomiaru</b>	<b>Źródło danych</b>
Ilość podjętych działań edukacyjnych na temat rynku napojów alkoholowych	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość podjętych konsultacji i działań w zakresie zmniejszenia dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość gmin wprowadzających ograniczenia ilości punktów sprzedaży napojów alkoholowych	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

#### **Priorytet 4.1 Zmniejszenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu**

<b>Działanie 4.1.1</b>	Współpraca z instytucjami w zakresie edukacji sprzedawców dotyczącej przeciwdziałaniu sprzedaży alkoholu nieletnim
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne
<b>Działanie 4.1.2</b>	Rekomendowanie samorządom gminnym ograniczania ilości punktów sprzedaży napojów alkoholowych
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje

#### **Priorytet 4.2 Zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych**

<b>Działanie 4.2.1</b>	Współpraca z samorządami lokalnymi i instytucjami w zakresie przestrzegania regulacji prawnych związanych z produkcją, dystrybucją, reklamą, promocją i spożywaniem napojów alkoholowych nieletnim
<b>Realizatorzy</b>	ROPS, instytucje, jst, organizacje, podmioty zewnętrzne

## 5. KLUCZOWI PARTNERZY

Kluczowymi partnerami realizacji działań stanowiących operacjonalizację Programu są w szczególności:

- jednostki samorządu terytorialnego;
- instytucje rynku pracy;
- instytucje pomocy i integracji społecznej;
- organizacje pozarządowe;
- instytucje edukacyjne;
- instytucje wymiaru sprawiedliwości;
- instytucje opieki zdrowotnej;
- instytucje pomocy społecznej;
- służby mundurowe;
- kościelne osoby prawne.

## 6. SYSTEM REALIZACJI, MONITOROWANIA ORAZ OCENY REALIZACJI

System finansowania przyjęty na potrzeby Programu zakłada, iż:

1. Uchwałą budżetową Samorządu Województwa Pomorskiego określa się wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu na dany rok.
2. Zadania Programu będą realizowane w miarę posiadanych środków finansowych oraz w formach określonych przepisami prawa.
3. Zarząd odrębnymi uchwałami określi metody i sposoby działań w ramach Programu, a także wysokość środków finansowych na poszczególne działania.
4. Źródła finansowania Programu:
  - środki Samorządu Województwa Pomorskiego;
  - środki administracji rządowej;
  - środki Unii Europejskiej;
  - inne źródła zewnętrzne.

Program będzie monitorowany w następujący sposób:

1. Zarząd Województwa Pomorskiego przedstawi Sejmikowi Województwa Pomorskiego raport z realizacji Programu do dnia 31 marca każdego roku w formie sprawozdań z wykonania budżetu.



2. Zarząd Województwa Pomorskiego przedstawi Wojewodzie Pomorskiemu roczną informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach w ramach Programu, w terminie do dnia 31 marca każdego roku, w celu weryfikacji zgodności celów i zadań Programu z celami operacyjnymi i zadaniami, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia i regionalną polityką zdrowotną.

Za opracowanie Programu odpowiedzialny jest ROPS oraz Pomorska Rada Ekspertów do Spraw Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Za realizację Programu odpowiedzialny jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.