

Załącznik
do Uchwały Nr 187/331/22
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 1 marca 2022 r.



**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH
ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA LATA 2022-2030**

GDAŃSK 2022

SPIS TREŚCI

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW	3
KLUCZOWE POJĘCIA	4
WPROWADZENIE	8
1. KOMPLEMENTARNOŚĆ PROGRAMU Z INNYMI DOKUMENTAMI	
STRATEGICZNYMI	9
2. DIAGNOZA	9
3. ANALIZA SWOT	51
4. CELE, PRIORYTETY I DZIAŁANIA	60
5. KLUCZOWI PARTNERZY	93
6. SYSTEM REALIZACJI, MONITOROWANIA ORAZ OCENY REALIZACJI.....	94

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

BDL	Bank Danych Lokalnych
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CINN	Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dawniej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii)
CIS	centrum integracji społecznej w województwie pomorskim
ESPAD	Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 roku „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”
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
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
JST	jednostki samorządu terytorialnego
KBPN	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
KCPU	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
KIS	klub integracji społecznej w województwie pomorskim
KWP	Komenda Wojewódzka Policji w Gdańsku
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	organizacje pozarządowe (non-governmental organization)
NSP	nowe substancje psychoaktywne
OPS	ośrodek pomocy społecznej / miejski ośrodek pomocy rodzinie w województwie pomorskim
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
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 do spraw 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 całą populację, 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. 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 350 g 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 piciem (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.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych – kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych, poznawczych i społecznych, wśród których używanie substancji psychoaktywnej (takiej jak alkohol, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze, NSP, tytoń) dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość; głównymi objawami uzależnienia są głód substancji (przymus, silne pragnienie), utrata kontroli nad używaniem substancji.

Uzależnienie behawioralne – zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, które wiążą się z odczuwaniem przymusu i brakiem kontroli nad wykonywaniem określonej czynności oraz kontynuowaniem jej mimo negatywnych konsekwencji dla jednostki oraz dla jej otoczenia; do tego typu zaburzeń zachowania zalicza się przede wszystkim: uzależnienie od hazardu, od komputera i internetu, od pracy, seksu, pornografii, zakupów.

Używanie eksperymentalne - dotyczy przeważnie osób młodych, próbujących wielu substancji wielokrotnie. Przyjmowanie odbywa się w grupie rówieśniczej w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań. Takie używanie najczęściej nie jest związane z ujemnymi następstwami medycznymi lub społecznymi.

Używanie ryzykowne – dotyczy ono zaburzeń zachowania powstałych w wyniku przyjęcia substancji psychoaktywnej, które mogą doprowadzić do powstania różnych szkód zdrowotnych. Zmiana sprawności psychofizycznej prowokuje powstawanie zagrażających sytuacji zarówno dla przyjmującego, jak i otoczenia (np. prowadzenie samochodu przez osobę, która paliła marihuanę).

Używanie szkodliwe – jest to takie używanie substancji psychoaktywnej, które już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne lub psychiczne ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od substancji psychoaktywnej.

Narkomania – stałe lub okresowe używanie, w celach innych niż medyczne, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich.

Środki odurzające - substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działające na ośrodkowy układ nerwowy, określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 roku w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, wydanego na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

Substancje psychotropowe – substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działające na ośrodkowy układ nerwowy, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 roku w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, wydanego na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

- aby uznać substancję za środek odurzający lub psychotropowy musi ona spełniać dwa warunki, po pierwsze – musi być odnotowana w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomani więc cechować się odpowiednim składem chemicznym, po drugie – musi zachować zdolność oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy, tj. być psychoaktywna.

NSP (nowe substancje psychotropowe) – tzw. „dopalacze” - każda substancja lub grupa substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca zagrożenie dla zdrowia lub życia porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający lub które naśladują działanie tych substancji.

Środki zastępcze – produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa.

Przemoc w rodzinie - jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

WPROWADZENIE

Podstawą prawną Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2030 jest art. 21 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469), art. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 1119, zm. Dz. U. z 2021 r. poz. 2469) oraz art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 2050, zm. Dz. U. z 2021 r. poz. 2469). Art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi, że 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 oraz przeciwdziałania narkomanii, stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Uchwalenie strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, a więc również wojewódzkiego programu, należy do kompetencji sejmiku województwa. Natomiast zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są do podejmowania działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii poprzez m.in. działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą, leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych oraz ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych. Art. 9 ust. 1 tejże ustawy stanowi, że cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia, są realizowane w ramach programu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. 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 roku.

Harmonogram prac nad projektem Programu określony został w załączniku do Uchwały Nr/...../22 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 2022 roku.

Program zawiera cele i priorytety działań województwa pomorskiego w obrębie profilaktyki uzależnień, począwszy od ukierunkowanej na całą populację 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 2022	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 2022 rok	Zakres przedmiotowy współpracy: współpraca samorządu z organizacjami pozarządowymi w roku 2022 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 2020 roku – 9,6 litrów). W porównaniu z 2018 rokiem, w 2019 roku spożycie zwiększyło się o 0,23 litra, co jest największym przyrostem od kilku lat. Jest to najwyższe spożycie alkoholu od 1993 roku, czyli odkąd sięgają statystyki. Według Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dawniej PARPA), liczbę osób uzależnionych w Polsce szacuje się na ok. 800000, natomiast osób pijących szkodliwie – na 2-2,5 mln. Do tego dochodzą kolejne 3 mln

osób żyjących w otoczeniu osoby uzależnionej, w tym 2 mln dorosłych i dzieci doświadcza przemocy domowej.¹

Opracowany przez PARPA w 2020 roku **Raport z badań kwestionariuszowych „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce”** pokazuje, że Polacy wypijają średnio 5 litrów czystego alkoholu w skali roku (w postaci piwa, wina i napojów spirytusowych), przy czym w grupie konsumentów rozpiętość znajduje się w przedziale pomiędzy 12 ml a 72 litry. Kobiety wypijają w ciągu roku niemal czterokrotnie mniej czystego alkoholu niż mężczyźni (średnia dla kobiet to 2,2 litra, a dla mężczyzn – 8,1 litra). Polacy będący konsumentami poszczególnych rodzajów alkoholu wypijają średnio 46 ml czystego alkoholu w piwie, 45 ml czystego alkoholu w winie i 102 ml czystego alkoholu w napojach spirytusowych w ciągu roku (2020). - Średnia ilość alkoholu została wyliczona na podstawie średniej zawartości czystego alkoholu w piwie (5%), winie (12%) i napojach spirytusowych (40%). Codziennie lub prawie codziennie alkohol pije niespełna 8% konsumentów, niemal co trzeci konsument spożywa alkohol co najmniej raz na tydzień, 3 na 10 osób – co najmniej raz na miesiąc i kolejnych 3 na 10 – rzadziej. Piwo jest konsumowane najczęściej, tzn. niemal 8% konsumentów alkoholu pije je codziennie lub prawie codziennie, 30% – co najmniej raz na tydzień. Wino i napoje spirytusowe są spożywane relatywnie rzadko – mniej niż 1% konsumentów wypija wino lub napoje spirytusowe codziennie lub prawie codziennie, a około 7% – co najmniej raz na tydzień. Znakomita większość konsumentów pije wino i napoje spirytusowe raz w miesiącu lub rzadziej. Mężczyźni piją niemal trzykrotnie częściej niż kobiety (średnia 106 dni versus 39 dni), przy czym różnica ta jest głównie związana z częstszym piciem przez mężczyzn piwa (średnio 98 dni w roku dla mężczyzn i 22 dni w roku dla kobiet). Kobiety piją istotnie częściej wino niż mężczyźni, a mężczyźni piją istotnie częściej napoje spirytusowe (różnice te są jednak niewielkie). Kobiety i mężczyźni różnią się pod względem średniej zawartości czystego alkoholu wypijanego w postaci piwa, wina i napojów spirytusowych. Mężczyźni wypijają średnio więcej czystego alkoholu w postaci piwa i napojów spirytusowych; w przypadku piwa różnice są dwukrotne (średnia dla mężczyzn to 49 ml, a dla kobiet – 24 ml), w przypadku napojów spirytusowych – niemal trzykrotne (średnia dla mężczyzn to 103 ml, a dla kobiet – 36 ml). Kobiety wypijają więcej czystego alkoholu w winie (18 ml w grupie mężczyzn i 33 ml – w grupie kobiet). Mężczyźni, w porównaniu z kobietami, częściej piją z każdego powodu, przy czym różnice te są umiarkowane dla picia: u siebie w domu, z przyjaciółmi czy kolegami i samotnie. Do najrzadziej wskazywanych okoliczności picia należą: picie na zewnątrz (czyli w parkach, na ulicach), samemu/samej, w pubie, barze (zarówno dla ogółu próby, jak i w podziale na płeć). Najczęstszym wymiarem ryzykownego picia u kobiet jest poczucie winy, a u mężczyzn – utrata pamięci. Można domniemywać, biorąc pod uwagę generalnie większe spożycie alkoholu wśród mężczyzn, że w tej grupie łatwiej o poważniejsze skutki tego spożycia niż w grupie kobiet. W tej ostatniej grupie zatem, jako pierwszoplanowe, pojawiają się skutki psychologiczne, w przeciwieństwie do grupy mężczyzn, którzy częściej odczuwają także skutki neurologiczne. Częstość wszystkich zachowań wskazujących na ryzykowne picie alkoholu: poczucie winy, utrata pamięci, zaniedbanie, picie do rana, jest większa u mężczyzn niż u kobiet, ale niezależnie od płci, większość osób doświadczała poszczególnych zachowań 1–2 razy (u kobiet od 57% do 86%; u mężczyzn od 52% do 73%).

¹ Strona internetowa PARPA, 14.01.2022 r. <http://parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>.

Częstość picia piwa, wina i napojów spirytusowych ma taką samą strukturę w grupach w podziale na wielkość miejscowości zamieszkania jak w ogólnej populacji – w każdej z grup najczęściej konsumowane jest piwo. Wielkość miejscowości zamieszkania nie różnicuje częstości picia żadnego z rodzajów alkoholu. Średnie spożycie czystego alkoholu w piwie i winie nie różni się istotnie statystycznie pomiędzy osobami zamieszkującymi miejscowości o różnej liczbie mieszkańców – średnio 37 ml w piwie, 26 ml w winie. Zaobserwowano niewielkie różnice w spożyciu czystego alkoholu w postaci napojów spirytusowych – w największych miejscowościach wypija się go nieco więcej niż w pozostałych.

W grupach wiekowych częstość picia piwa, wina i napojów spirytusowych ma taką samą strukturę, jak w ogólnej populacji – w każdej z grup najczęściej konsumowane jest piwo, przy czym grupa najmłodsza (18-34 lat) spożywa je nieco rzadziej niż 50–64-latkowie. Grupa najmłodsza spożywa także nieco rzadziej napoje spirytusowe w porównaniu z 50–64-latkami. Różnice te są jednak niewielkie. Grupa najmłodsza pije także mniej alkoholu ogólnie niż dwie kolejne grupy wiekowe (35-49 i 50-64 lat).

Do picia alkoholu w czasie ciąży przyznało się 7,1% badanych kobiet będących kiedykolwiek w ciąży. Picie alkoholu w czasie ciąży nie różniło się w grupie badanych kobiet ze względu na ich wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy zaangażowanie religijne. Ponadto te zmienne socjodemograficzne nie miały wpływu na częstotliwość czy rodzaj wypijanego alkoholu. Wśród kobiet, które potwierdziły rozmowy z lekarzem/ginekologiem na temat alkoholu, 58,6% zadeklarowało, że lekarz zalecał im niespożywanie alkoholu w czasie ciąży, a 44,8% wskazało, że zalecał abstynencję w czasie karmienia piersią.

Zdecydowana większość konsumentów alkoholu stwierdziła, że pandemia nie zmieniła ich dotychczasowego wzorca spożywania alkoholu (79,4%), 8,1% osób zadeklarowało, że w czasie pandemii piją więcej i taki sam odsetek konsumentów stwierdził, że w trakcie pandemii pije mniej alkoholu.

W badanej grupie największym poparciem cieszyło się stwierdzenie, że alkoholu nie powinny pić kobiety karmiące piersią (popierane przez 90,6% respondentów) i kobiety w ciąży (popierane przez 90,1% respondentów), edukacja i informacja powinny być najważniejszą strategią na rzecz ograniczania szkód wyrządzanych przez alkohol (popierane przez 90,4% respondentek i 84,7% respondentów).

Z badania „**Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną**” (Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD)² 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.

² Strona internetowa CINN 14.01.2022 r. <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>.

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 młodszej 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 młodszej 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 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 odurzenia się (6,6%), amfetamina (4,2%), ecstasy (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 odurzenia się (5,9%), ecstasy (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.

Okolo 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 zagrożony 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. 2-3 godzin (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 roku 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 roku przełamały wcześniejszy trend wzrostowy. Inne wskaźniki problemu marihuany i haszysz, 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 używania 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 roku znajduje swoją kontynuację. Inaczej jest w obszarze napojów alkoholowych – odsetki respondentów skłonnych wiązać duże ryzyko z pić w 2019 roku uległy zwiększeniu.

Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wykazuje od 2011 roku 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 roku potwierdziły skalę potrzeb w zakresie profilaktyki alkoholowej oraz tytoniowej adresowanej do dziewcząt.

Podobne wyniki prezentuje **badanie „Młodzież 2018”**³, 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 roku 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

³ Strona internetowa ORE 14.01.2022 r. <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2020/02/raport-mlodziez-2018.pdf>.

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 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 ecstasę, 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.

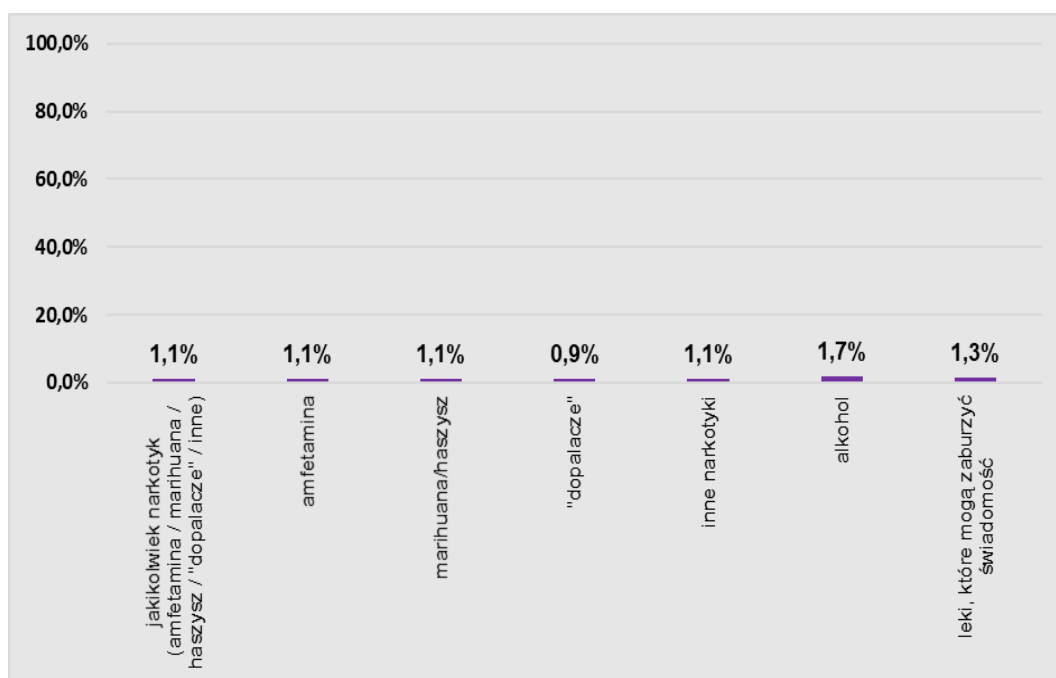
Wyniki badania na temat substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym, zrealizowanego przez Instytut Kantar Millward Brown S.A. oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii⁴ pokazują, że 8,3% dorosłych Polaków deklaruje, że zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 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% badanych 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 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

⁴ Strona internetowa CINN 14.01.2022 r. <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105923>.

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.

Wykres nr 1 Prowadzenie samochodu lub innych pojazdów mechanicznych pod wpływem środków zmieniających świadomość w ciągu ostatnich 12 miesięcy

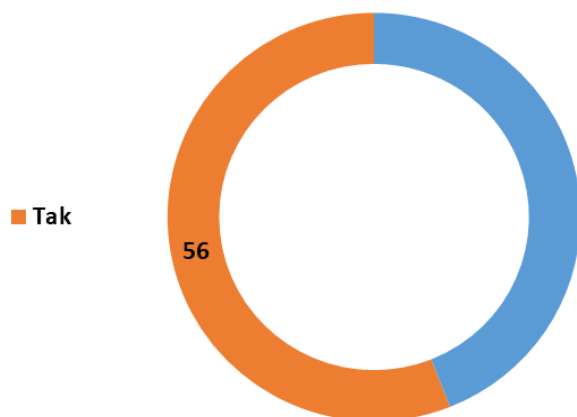


Na podstawie „**Ogólnopolskiej diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie**” (Raport Kantar Polska dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 2019 roku)⁵ można stwierdzić, że 30% respondentów potwierdza bycie sprawcą przemocy w rodzinie – jednokrotnym 9%, kilkakrotnym 17% i wielokrotnym 3%. Oznacza 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 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

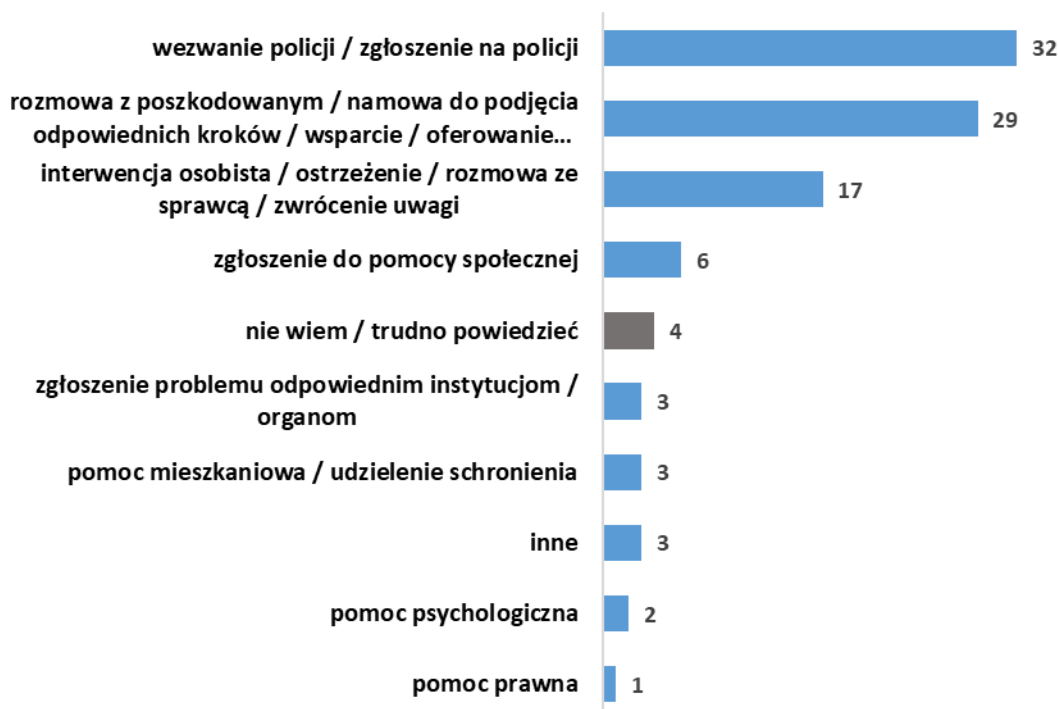
⁵ 14.01.2022 r. <https://static.im-g.pl/im/5/26198/m26198755,WYNIKI-BADANIA.pdf>.

o jednostkowych przypadkach – 13% powiedziało, że zna jedną taką rodzinę, bądź dwie. 56% osób, które przyznały, że znają w swoim otoczeniu rodziny, w których dochodzi do przemocy fizycznej, podjęło w związku z tym działania.

Wykres nr 2 Czy wiedząc, że występuje w tej rodzinie/tych rodzinach przemoc fizyczna, podjął Pan(i) jakieś działania? [N=507]



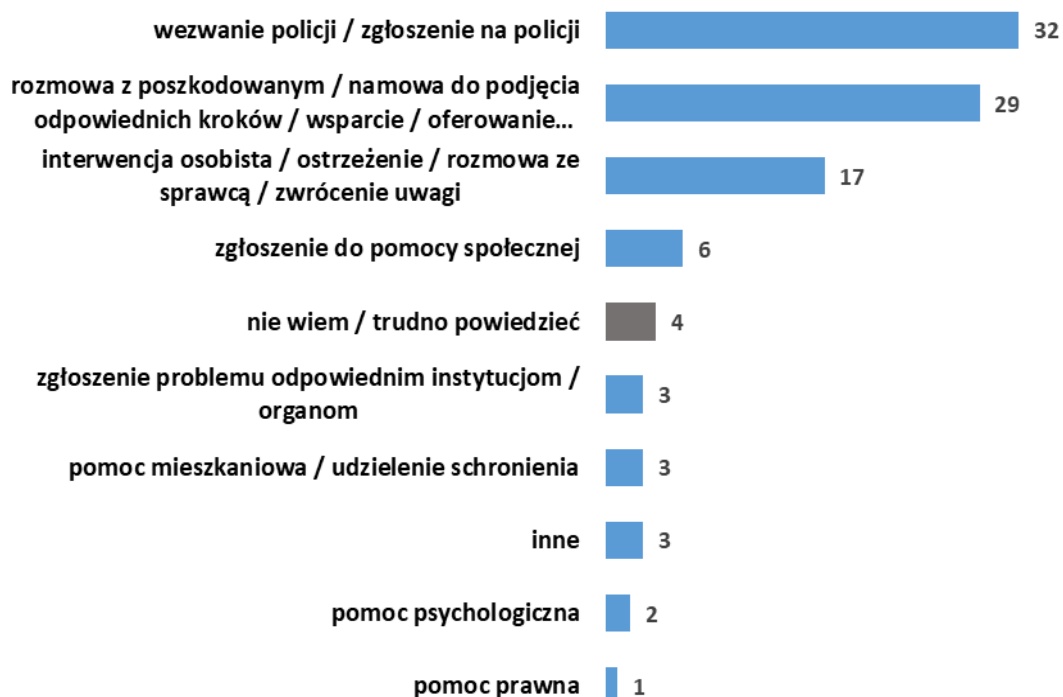
Wykres nr 3 Jakże to były działania? [N=284]



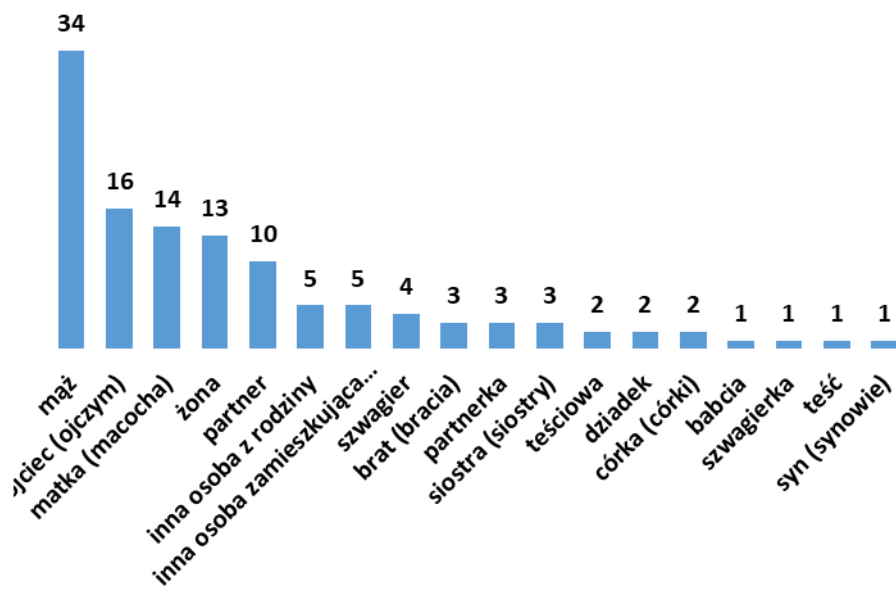
Przemocy najczęściej dopuszczają się członkowie najbliższej rodziny: ojciec, matka, mąż/partner i żona/partnerka, przy czym mężczyźni (ojcowie, mężowie, partnerzy w związkach nieformalnych) częściej niż kobiety (matki, żony, partnerki w związkach nieformalnych). Dostrzec można pewne różnice w zależności 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%).

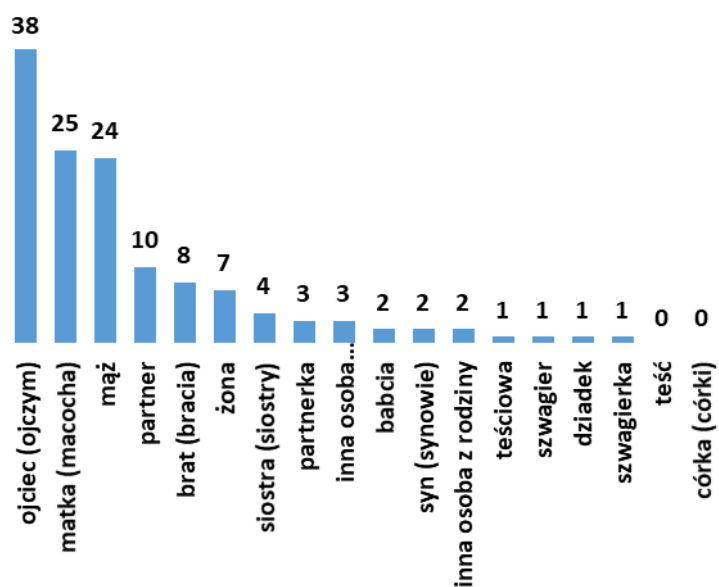
**Wykres nr 4 Kto się tak zachował? Kim był dla Pana(i) sprawca lub sprawcy?
Przemocy psychicznej**



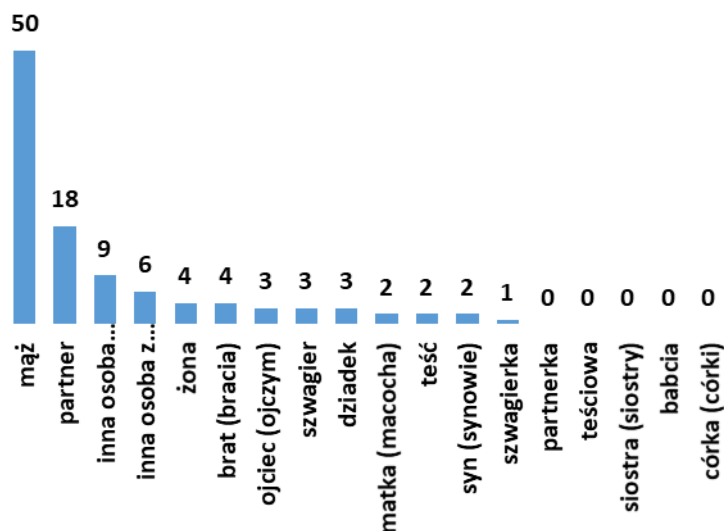
**Wykres nr 5 Kto się tak zachował? Kim był dla Pana(i) sprawca lub sprawcy?
Przemocy ekonomicznej**



**Wykres nr 6 Kto się tak zachował? Kim był dla Pana(i) sprawca lub sprawcy?
Przemocy fizycznej**



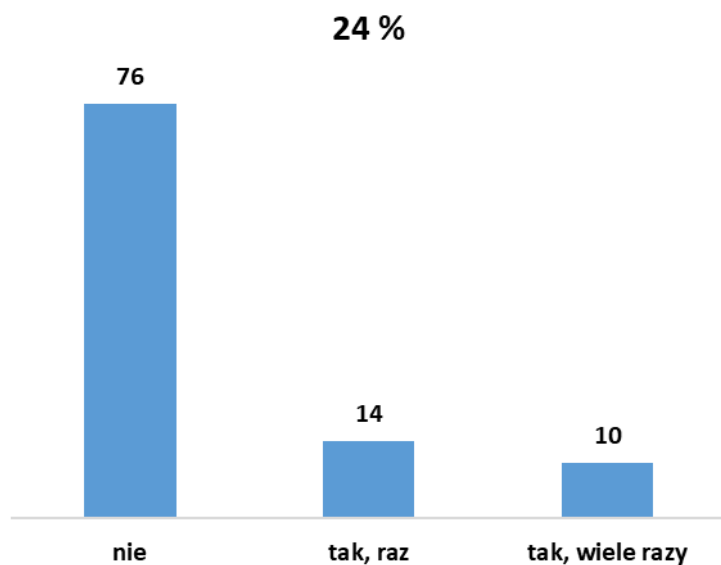
**Wykres nr 7 Kto się tak zachował? Kim był dla Pana(i) sprawca lub sprawcy?
Przemocy seksualnej**



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 zwracały 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.

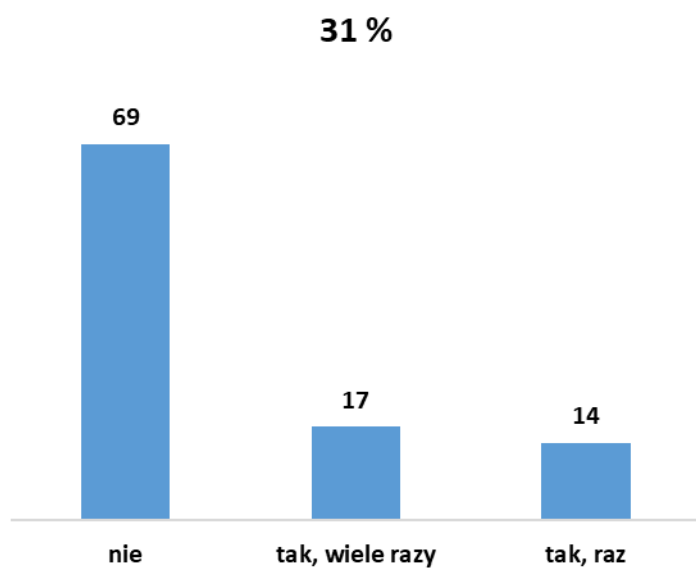
Wykres nr 8 Czy kiedykolwiek zwróciła(a) się Pan(i) o pomoc w związku z tą sytuacją/sytuacjami?

Przemoc psychiczna



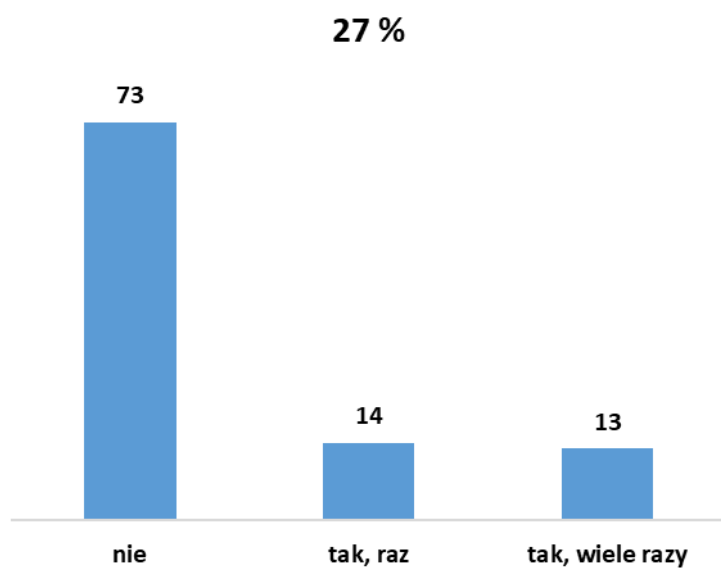
Wykres nr 9 Czy kiedykolwiek zwróciła(a) się Pan(i) o pomoc w związku z tą sytuacją/sytuacjami?

Przemoc ekonomiczna



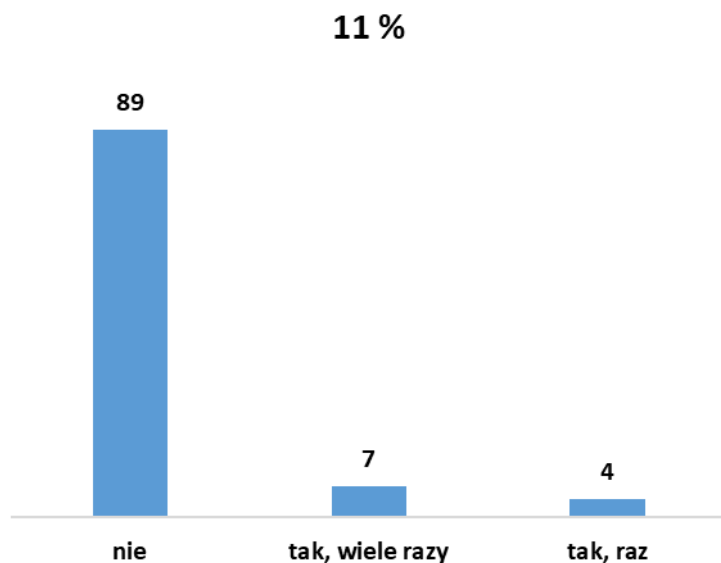
Wykres nr 10 Czy kiedykolwiek zwróciła(a) się Pan(i) o pomoc w związku z tą sytuacją/sytuacjami?

Przemoc fizyczna



Wykres nr 11 Czy kiedykolwiek zwróciła(a) się Pan(i) o pomoc w związku z tą sytuacją/sytuacjami?

Przemoc seksualna

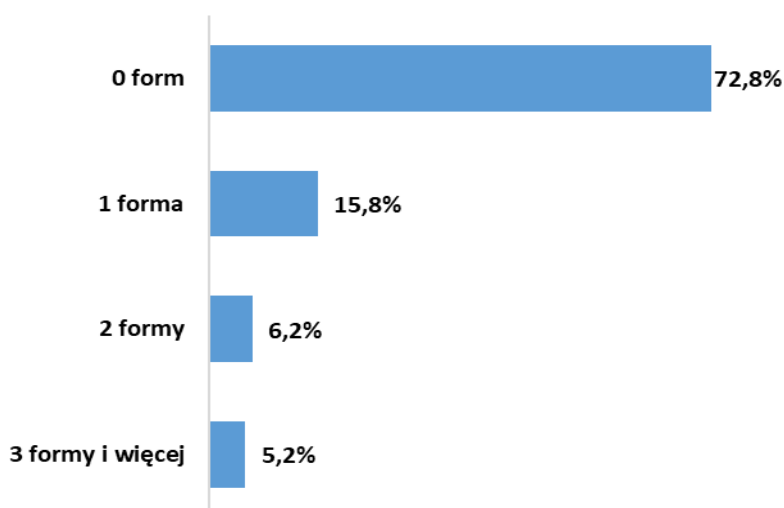


Ogólnie rzecz biorąc, kobiety doświadczają przemocy w rodzinie częściej niż mężczyźni (63% wobec 51%, gdy chodzi o dowolnego rodzaju przemoc). Doświadczanie przemocy w rodzinie nieznacznie częściej raportowane jest przez młodszych respondentów. Do bycia osobą doznającą przemocy najczęściej przyznają 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 żyjące bez partnera. Według ekspertów wpływ na to, czy ktoś będzie doświadczał 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.

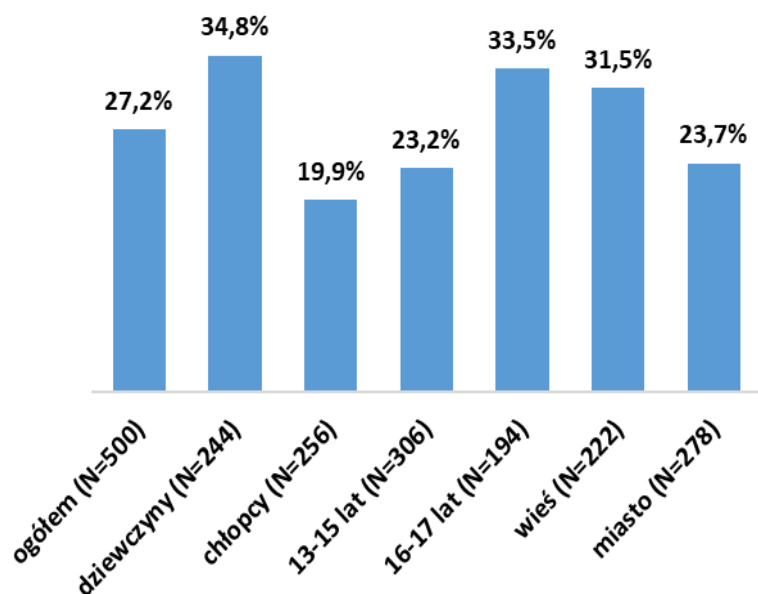
Dane z badania „**Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych**”⁶, zrealizowany w 2020 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że ponad co czwarty respondent (27,2%) w wieku 13-17 lat doświadczył w okresie od połowy marca do końca czerwca co najmniej jednej z badanych form krzywdzenia (fizycznej, psychicznej, bycia 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.

Wykres nr 12 Liczba doświadczonych form krzywdzenia. [N=500]

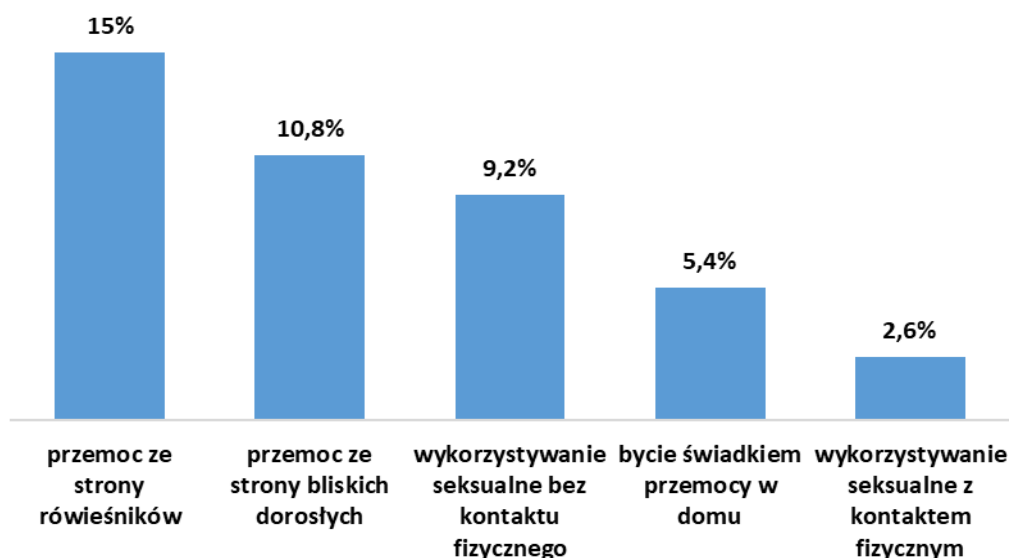


⁶ Strona internetowa Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę 14.01.2022 r.
https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d8595f528adea62/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf.

Wykres nr 13 Doświadczenie krzywdzenia w podziale na płeć, wiek i wielkość miejscowości



Wykres nr 14 Doświadczenie głównych kategorii krzywdzenia. N=500



Prawie co dziewięć badany (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 psychiczna. 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 dziewiąta 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%.

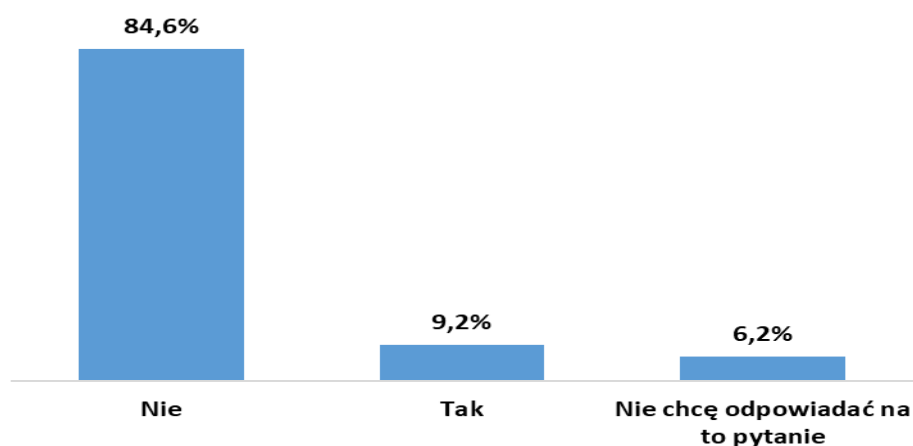
Wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym doświadczyło 2,6% nastolatków, zaś bez kontaktu fizycznego – 9,2%. Wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym istotnie częściej doświadczyli nastolatki mieszkający na wsi niż w mieście (4,5% vs. 1,1%). Natomiast wykorzystywania seksualnego bez 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 nr 1 Doświadczenie wykorzystywania seksualnego w podziale na formy. N=500

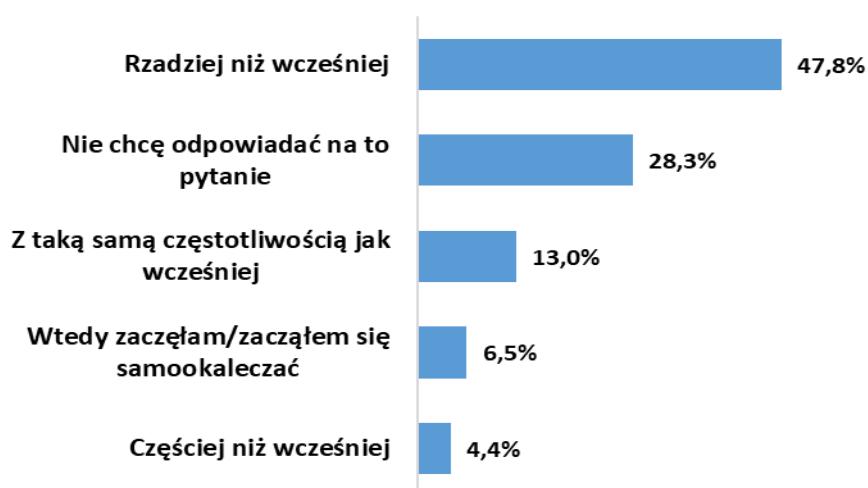
Kategoria	Forma	%
Wykorzystywanie seksualne bez kontaktu fizycznego (9,2%)	Ekshibicjonizm: otrzymywanie niechcianych nagich zdjęć	5,2%
	Słowna przemoc seksualna	4,6%
	Werbowanie w internecie do celów seksualnych	3,4%
Wykorzystywanie seksualne z kontaktem fizycznym (9,2%)	Niechciany dotyk ze strony dorosłego	1,8%
	Niechciany dotyk ze strony rówieśnika	1,2%
	Kontakt seksualny przed 15 r.ż. z osobą 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.

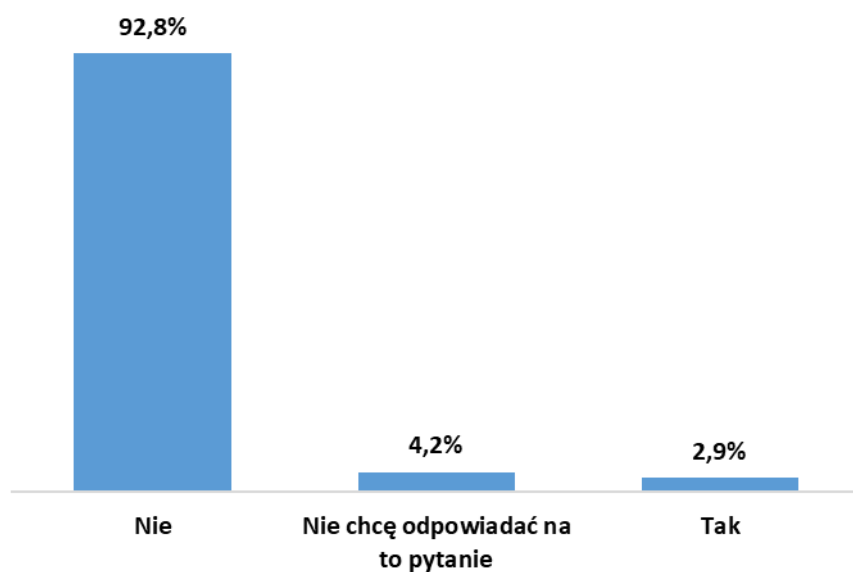
Wykres nr 15 Samookaleczenia. N=500 Czy kiedykolwiek specjalnie się zraniłeś/aś?



Wykres nr 16 Samookaleczenia w pierwszym okresie pandemii. N=46 Czy w pierwszym okresie pandemii samookaleczałeś/aś się?



Wykres nr 17 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”⁷, dokonana w 2019 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę pokazuje, że w 2018 roku sporządzonych zostało 93311 „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 51157 dzieci, w tym 1650 niepełnosprawnych (w porównaniu odpowiednio z 47883 i 1347 dzieci rok wcześniej). W 2018 roku na podstawie art. 12a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie odebrano 1130 dzieci (MRiPS, 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 roku do 12,4 tys. w 2018 roku (6143 – dziewczyny i 7261 – chłopcy). Zmienia się także proporcja ofiar małoletnich w stosunku do ogółu ofiar przemocy domowej – z 36% w 2006 roku do 14% w 2018 roku (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 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 (MRiPS, 2019). W 2018 roku Komenda Główna Policji odnotowała 41 przypadków zabójstw osób małoletnich, a w I połowie 2019 roku odnotowano 18 takich przypadków (KGP, 2019b). W 2017 roku stwierdzono również 1158 przestępstw z art. 200 k.k. (obcowanie płciowe z małoletnim poniżej 15 r.ż.). 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 roku 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 roku 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 22480 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 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

⁷ Strona internetowa Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę 14.01.2022 r. <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2019/analiza-polskiego-systemu-ochrony-dzieci-przed-krzywdzeniem-2019.html>.

lokalnych i 1011 kampanii społecznych oraz udzieliły pomocy 224251 osobom, w tym 65731 dzieciom (MRiPS, 2019).

Wg danych CSIOZ w 2018 roku 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 roku wyniosła 3,48 (MRiPS, 2019). Również realizacja obowiązku w ramach procedury „Niebieskie Karty” wymaga poprawy, gdyż w 2015 r. jedynie 623 przypadków było zgłoszonych przez sektor zdrowia (MRiPS, 2019).

Wg danych GUS na koniec 2018 roku 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 roku 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 roku aż 19,8% wychowanków instytucjonalnych form pieczy stanowiły dzieci do 10 roku życia.

W 2018 roku, 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 (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 roku 2013 – 1477, w roku 2015 – 2400. Według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w 2017 roku 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**”⁸, zrealizowanego w 2018 roku przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że najczęściej występującą dysfunkcją w rodzinach badanej 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

⁸ Strona internetowa Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę 14.01.2022 r.
<https://diagnozakrzywdzenia.pl/raport.pdf>.

(20%) – przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice. Świadcami 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 2022 roku**”,⁹ 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.

W Polsce 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców borykających się z problemami wynikającymi z picia. Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. Odsetek ten waha się od 11% wśród dzieci do 4. roku życia do prawie 15% w grupie wiekowej 13–17 lat. Dzieci te stanowią grupę ryzyka – ze względu na kumulację czynników ryzyka (obciążenia genetyczne, niekorzystne środowisko rozwoju, zaniedbania wychowawcze ze strony rodziców, normy oraz wzorce rodzinne i środowiskowe) są szczególnie narażone na podejmowanie zachowań ryzykownych, w tym wczesną inicjację alkoholową i ryzykowne spożywanie alkoholu. Bardzo istotną formą pomocy tej grupie dzieci jest włączenie ich w program realizowany w opiekuńczych i specjalistycznych (realizujących program socjoterapeutyczny) placówkach wsparcia dziennego oraz na zajęciach socjoterapeutycznych i rozwojowych, prowadzonych przez samorządy lokalne.

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w 2020 roku policjanci podjęli ponad 72 tys. interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”). 54% tych interwencji dotyczyło sytuacji, kiedy sprawca przemocy w rodzinie był w stanie nietrzeźwości. W 2020 roku członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w 2369 przypadkach podejrzenia przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym uruchomili procedurę „Niebieskie Karty”. Mimo iż jest to obowiązek ustawowy wynikający z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie tego rodzaju aktywność wykazało zaledwie 16% wszystkich gmin w Polsce. Z danych działającego na zlecenie PARPA Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie wynika, że tylko w okresie od kwietnia do października 2020 roku konsultanci tej placówki podjęli dwa razy więcej interwencji w porównaniu z analogicznym okresem w 2019 roku. Zarejestrowali także czterokrotnie – w porównaniu z poprzednim rokiem – wzrost liczby

⁹ Strona internetowa PARPA 14.01.2022 r.

<https://parpa.pl/images/file/Wersja%20ekranowa%202022.pdf>.

nadesłanych e-maili z prośbą o pomoc i poradę w związku z przemocą w rodzinie (2019 rok – 859 e-maili, 2020 rok – 2058 e-maili).

Z badań przeprowadzonych w kwietniu 2020 roku przez zespół pod kierownictwem dr. hab. J. Chodkiewicza, prof. UŁ z Zakładu Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego wynika, że połowa spośród osób, które zmieniły swój styl spożywania alkoholu w czasie pandemii COVID-19 to osoby, które zaczęły pić więcej. Były to osoby spożywające alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy już przed pandemią. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Millward Brown SMG/KRC wynika, że 90% osób stosujących przemoc wobec swoich bliskich wskazuje nadużywanie alkoholu jako „przyczynę” stosowania przez nich przemocy w rodzinie. I chociaż często jest to tylko usprawiedliwienie dla ich własnych zachowań, to część z nich ma nadzieję, że jeśli przestaną pić, będą w stanie zmienić sposób, w jaki traktują swoich bliskich i zaprzestaną krzywdzenia. 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.

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 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 UMWP¹⁰, 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 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 „**Analiza stanu i skuteczności pomocy społecznej za rok 2020**”¹¹

Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku liczba osób dotkniętych przemocą w rodzinie zmniejszyła się z 14240 w 2019 roku do 12526 w 2020 roku, ale też zmniejszyła się liczba osób (z 9090 do 9072) objętych pomocą w formie poradnictwa medycznego i psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego. Analiza danych przekazanych w sprawozdaniach przez samorządy gminne wskazuje na spadek z 4776 do 4161 liczby prowadzonych w 2020 roku procedur NK w stosunku do roku poprzedniego. Z danych uzyskanych za 2020 rok wynika, że wszystkie rodzaje przemocy zanotowały spadek. Jest to wynik sytuacji kiedy to z powodu przymusowej izolacji w domach, trudniej

¹⁰ Strona internetowa SWP 14.01.2022 r.

<https://www.rpo.pomorskie.eu/documents/10184/253200/Raport%20ko%C5%84cowy%20badania%20%E2%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>.

¹¹ Strona internetowa PUW 14.01.2022 r. <https://uwgdansk.bip.gov.pl/komunikaty-wps/ocena-stanu-i-skutecznosci-pomocy-spoecznej-wojewodztwa-pomorskiego-za-rok-2020.html>.

było ujawnić, zgłosić bezpośrednio innej osobie, nauczycielowi, policjantowi, pracownikowi socjalnemu fakt występowania przemocy w rodzinie.

Dominującą formą przemocy, jakiej doświadczają członkowie rodzin, jest nadal:

- przemoc psychiczna – 4 842 (spadek o 795)
- przemoc fizyczna – 3 593 (spadek o 690)
- ekonomiczna – 413 (spadek o 238)
- zaniedbywanie dzieci- 357 (spadek o 60)
- seksualna 142 (spadek o 75).

Nadal większość, bo aż 3209 (o 296 mniej), procedur wszczęli przedstawiciele policji, jednocześnie nastąpił spadek aktywności pracowników pomocy społecznej, którzy wszczęli o 184 procedury mniej (z 924 do 740) oraz spadek o 101 wszczętych procedur przez pracowników oświaty (z 247 do 146) i przez przedstawicieli GKRPA (z 31 do 19). Istotnym problemem w tym czasie był brak możliwości prowadzenia monitoringu bezpośrednio w środowisku osób zagrożonych przemocą domową, a kontakty telefoniczne nie odzwierciedlały rzeczywistej sytuacji. Dlatego funkcjonowanie rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty” było monitorowane nie tylko telefonicznie, a także za pomocą innych dostępnych środków komunikacji elektronicznej np. poprzez kontakt pedagoga lub psychologa szkolnego z uczniem w dzienniku elektronicznym. W przypadku gdy osoby z rodzin, w których była prowadzona procedura NK nie odbierały telefonów, sytuację w rodzinie sprawdzała policja, udając się do miejsca zamieszkania tych osób.

Dużym problemem, jaki się pojawił w czasie pandemii, był brak możliwości skorzystania przez osoby dotknięte problemem przemocy ze specjalistycznej pomocy, tj. brak możliwości udziału osób stosujących przemoc w programie korekcyjno-edukacyjnym, terapii dla osób uzależnionych od alkoholu, skorzystania z pomocy bezpośredniej psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Z informacji poszczególnych samorządów wynikało, że są przygotowane do zapewnienia schronienia osobom uwięzionym w przemoc w środowisku lokalnym np. w mieszkaniach chronionych lub lokalach gminnych, do dofinansowania wynajmu lokalu, wykupu miejsc w hotelach, stacjach lub znalezienia alternatywnego miejsca schronienia. Obecnie w 16 na 20 powiatów funkcjonuje 10 Punktów Interwencji Kryzysowej i 6 Ośrodków Interwencji Kryzysowej, posiadają one 29 miejsc całodobowego pobytu, ale czas dostępu (tylko 2 OIK czynne są 7 dni w tygodniu przez 24 godziny) i formy wsparcia nadal są niewystarczające. Zwiększyła się z 18 do 21 liczba Punktów Konsultacyjnych, które przyjęły 1113 osoby (w roku ubiegłym 1254) dotknięte przemocą w rodzinie, zwiększyła się z 22 do 32 liczba lokalnych telefonów zaufania, interwencyjnych lub informacyjnych (w tym tylko 3 są całodobowe), z których przeprowadzono jednak mniej rozmów, tylko 5998 (o 1035 mniej), w tym 4488 interwencyjnych (o 1618 mniej).

Funkcjonują 2 Domy dla matek z małoletnimi Dziećmi i kobiet w ciąży, które posiadają 40 miejsc, z których skorzystało 97 osób, w tym 39 kobiet i 58 dzieci, 2 Specjalistyczne Ośrodki Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie (SOW) z 23 miejscami pobytu całodobowego, z których skorzystało w ubiegłym roku 79 osób (zaś łącznie z innymi formami pomocy oferowanymi przez te placówki objętych wsparciem zostały 174 osoby). Programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc w rodzinie prowadzone były w 7 powiatach i 5 gminach (w większości ze środków własnych gminy) dla 110 osób (o 45 osób więcej w porównaniu z rokiem 2019), z czego 58 osób (o 13 osób więcej w porównaniu z rokiem 2019) je ukończyło. Programy terapeutyczne dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie prowadzone były przez 5 powiatów i 24 gminy (wzrost o 4), dla 327 osób, czyli o 49 osób więcej niż w roku 2019, z których 208 (wzrost 42) je

ukończyło. 14 edycji programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie realizowało 14 powiatów, które ukończyło 47 osób spośród 154, które je rozpoczęły. Z powodu epidemii zmniejszyła się ich liczba.

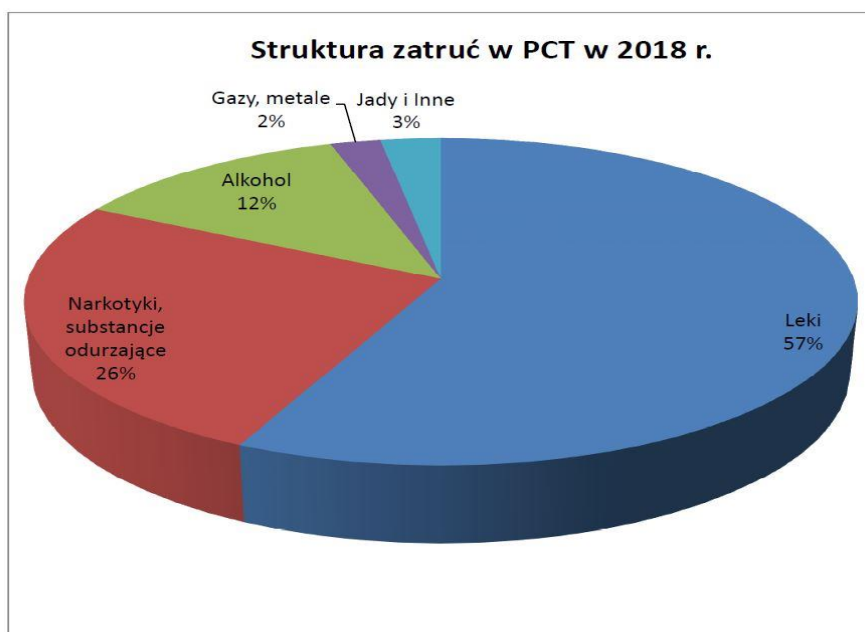
W 2020 roku w porównaniu z rokiem poprzednim zmalała liczba odebranych dzieci z 106 do 86 w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie, na podstawie procedury realizowanej przez pracowników socjalnych wraz z policjantem, pracownikiem ochrony zdrowia (art. 12a ustawy).

W 23 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).

Nie można nie zauważyć narastającego problemu, że dzieci często stają się ofiarami krzywdzenia fizycznego i emocjonalnego, zaniedbania oraz wykorzystywania seksualnego. Ich potrzeby i prawa ciągle nie są wystarczająco dostrzegane i respektowane. Analiza przekazywanych 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. W 2020 r. tylko 48 gmin i powiatów zadeklarowało, że opracowały diagnozę zjawiska, w trakcie kontroli często 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.

Statystyka PCT¹² pokazuje, że w 2018 roku w 12% przyczyną zatruc był alkohol, natomiast w 26% - narkotyki i substancje odurzające; najczęstsza przyczyna to leki – 57%.

Wykres nr 18 Struktura zatruc w PCT w 2018 r.

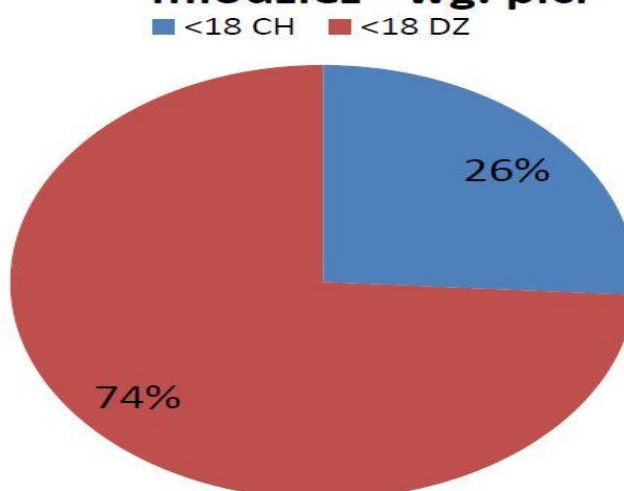


Zdecydowanie najliczniejszą grupę pacjentów leczonych w PCT stanowiła młodzież w wieku 12-18 lat.

¹² Strona internetowa PCT 14.01.2022 r. <http://www.pctox.pl/new/wp-content/uploads/2019/01/Dane-PCT-za-2018-r.pdf>.

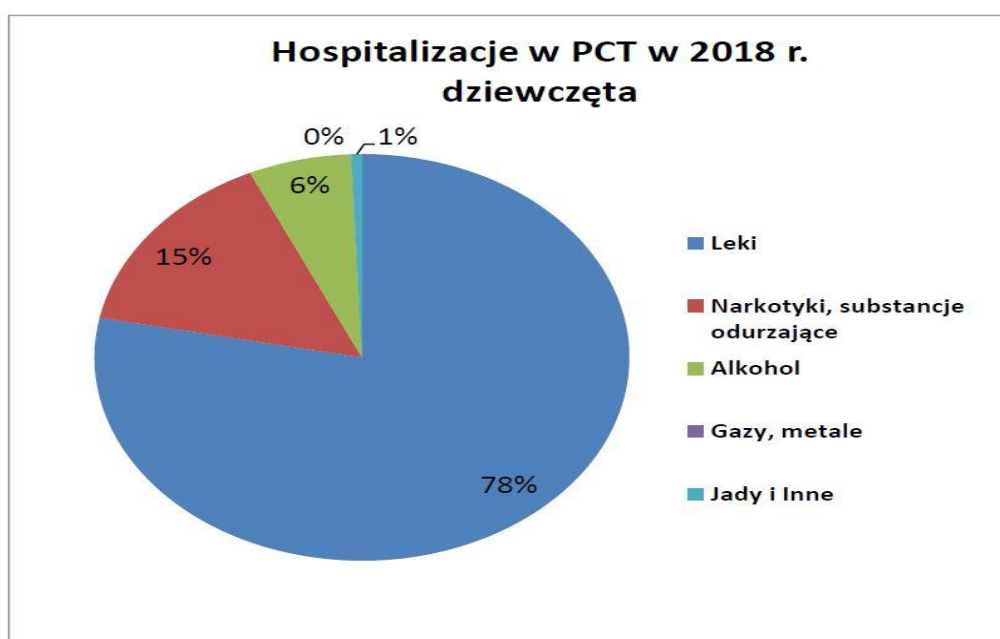
Wykres nr 19 Hospitalizacje w PCT w 2018 r. młodzież – wg. płci

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



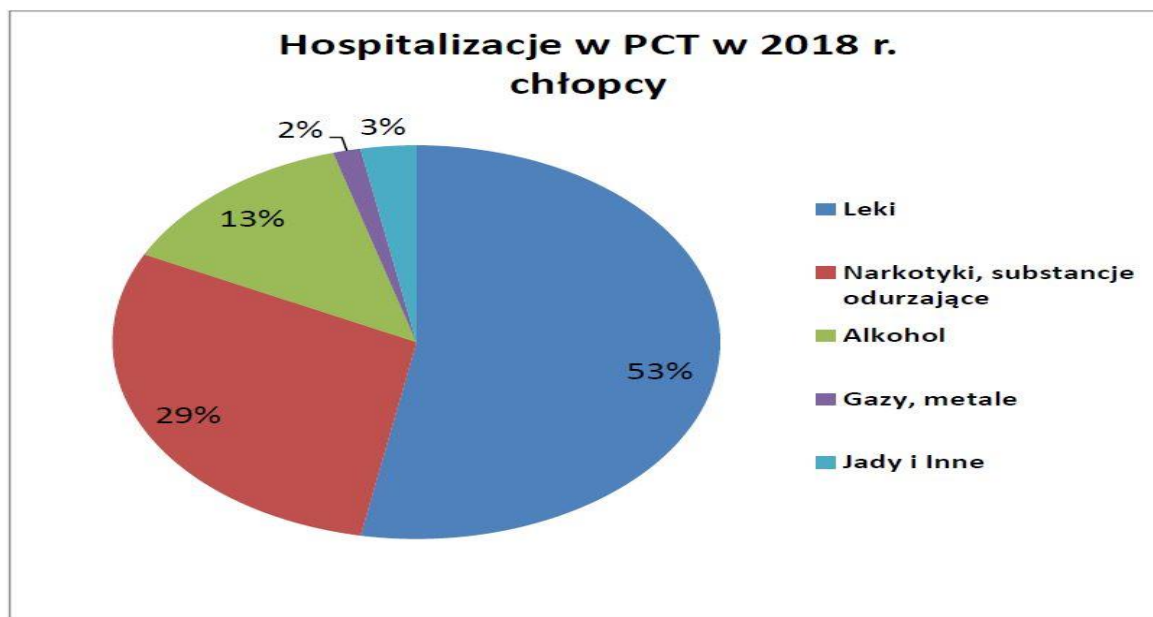
74% hospitalizacji dotyczyło dziewcząt poniżej 18 r.ż., a ich przyczyną w głównej mierze były leki (78%), w 15% narkotyki i substancje odurzające, a w 6% alkohol.

Wykres nr 20 Hospitalizacje w PCT w 2018 r. dziewczęta



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

Wykres nr 21 Hospitalizacje w PCT w 2018 r. chłopcy



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 2020 roku w województwie pomorskim policjanci ujawnili łącznie 3630 podejrzanych dorosłych w stanie nietrzeźwości, co stanowi 48,25%. W porównaniu do roku 2019 nastąpił wzrost udziału nietrzeźwych podejrzanych dorosłych wśród tych, u których zbadano stan trzeźwości, o 4,05 p.p. W 2020 roku policjanci ujawnili łącznie 324 małoletnich/nieletnich, znajdujących się pod wpływem alkoholu, co stanowi spadek w stosunku do roku 2019 o 30,32 p.p. W przypadku nieletnich, we wszystkich kategoriach czynów karalnych o znamionach przestępstw odnotowano 5 osób nietrzeźwych, co stanowi 4,39% przebadanych nieletnich. W 2020 roku w tej grupie nastąpił spadek udziału nietrzeźwych o 0,66 p.p. w stosunku do roku 2019.

W 2020 roku w stosunku do roku 2019 nastąpił wzrost przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: 286 vs 14 oraz wzrost liczby podejrzanych: 18 vs 11 (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).

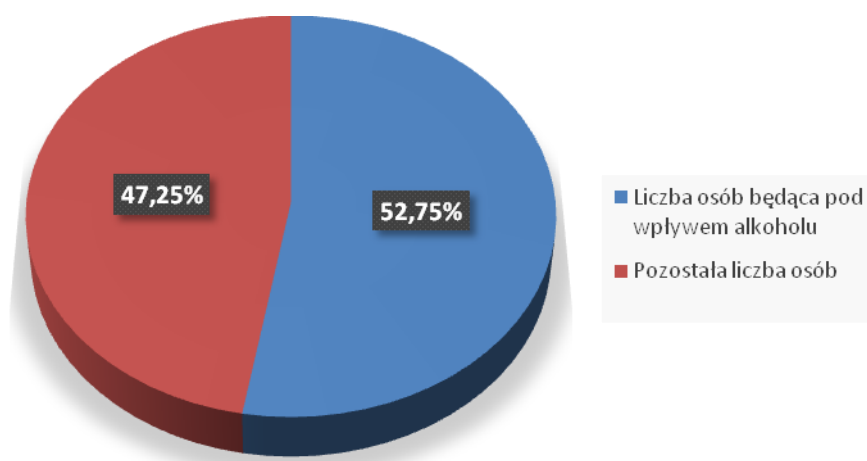
W 2020 roku policjanci ujawnili 5 przypadków rozpijania małoletniego, o 6 więcej niż w roku 2019. Zarejestrowano 6 podejrzanych. Biorąc pod uwagę pokrzywdzonych, w 2020 roku nastąpił ich spadek w stosunku do roku 2019, tj. z 8 do 2.

W 2020 roku policjanci ujawnili łącznie 26657 wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, z czego 18370 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 68,91% wszystkich ujawnionych wykroczeń z tej ustawy. W 2020 roku nastąpił spadek o 25,16 p.p. ujawnionych wszystkich wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości (...) w stosunku do roku 2019.

Znaczna część osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, działa będąc pod wpływem alkoholu. Osoby te, w liczbie 1822, stanowią 52,75% przypadków z ogólnej liczby 3454 osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc wobec bliskich.

Wykres nr 22 Osoby stosujące przemoc pod wpływem alkoholu



W 2020 roku ogólna liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu, spadła w stosunku do 2019 roku. Najliczniejszą grupę nadal stanowią mężczyźni, stanowiący 95,77% ogółu. Odnotowano 2 przypadki, 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)¹³. 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 roku) i związane z nią obostrzenia, które wpływają na dobrostan psychiczny mieszkańców oraz skłonności do uzależnień, w tym zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

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

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 mężczyźni¹⁴.

Wzrasta liczba zamachów samobójczych w województwie – 675 w 2019 roku (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 roku i 33 w 2016 roku.¹⁵ 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.

Leżące nad Bałtykiem województwo pomorskie to swoiste polskie okno na świat - miejsce, w którym krzyżują się ważne szlaki komunikacyjne Europy. Potencjalni inwestorzy znajdują tu dobrze rozwiniętą infrastrukturę i zaplecze badawcze, dzięki funkcjonującemu parkowi technologicznemu. Ponadto dzięki swoim walorom przyrodniczym obszar ten uważany jest - również przez obcokrajowców – za jedno z najatrakcyjniejszych miejsc do zamieszkania w Polsce. W roku 2019 województwo pomorskie zamieszkiwało 2333928 osób, tj. 6,1% ludności Polski (stan na 31 grudnia 2019 r.). Strategia przeciwdziałania narkomanii w województwie pomorskim oraz plan działania w zakresie narkotyków opiera się na podejściu holistycznym i dotyczy narkotyków, alkoholu, tytoniu, leków psychotropowych oraz uzależnień behawioralnych. Polityka antynarkotykowa zbudowana jest na dwóch filarach: jeden to zmniejszenie popytu na narkotyki oraz drugi filar to redukcja szkód, badania, współpraca i koordynacja działań.

Uzależnienie może być związane z wieloma substancjami i zachowaniami, jednak najbardziej powszechnym problemem w Polsce jest uzależnienie od alkoholu i narkotyków. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obecnie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom), liczbę osób uzależnionych w Polsce szacuje się na ok. 800000. Do tego dochodzą kolejne 3 miliony osób żyjących w otoczeniu osoby uzależnionej. W związku z tym, zakładając podobny udział osób potrzebujących wsparcia w związku z uzależnieniem od alkoholu (osoby pijące + rodzina) jak w całej Polsce (10%), przy liczbie ludności w województwie pomorskim wynoszącej 2,32 miliona to liczba osób potencjalnie potrzebujących wsparcia wyniesie 232 tysiące.¹⁶

Sytuacja rynku narkotykowego w Trójmieście i w województwie pomorskim zmieniła się po roku 1999. W roku 2012 liczbę osób uzależnionych oszacowano na poziomie 6 584. Szacunki dotyczące roku 2013 pokazują liczbę uzależnionych na poziomie 6 642 osób co skłania do stwierdzenia, iż po tendencji stabilizacji w latach 2009-2011 po raz kolejny spotykamy się z trendem ustabilizowania się liczby osób uzależnionych. Tendencja stabilizacyjna drugiej fali dotyczy lat 2012-2013, po której zanotowano kolejny nieznaczny wzrost do liczby 7 548 osób uzależnionych w roku 2017 oraz 7 635 użytkowników w roku 2018 co należy interpretować jako pojawienie się kolejnej tendencji stabilizacji używania narkotyków.

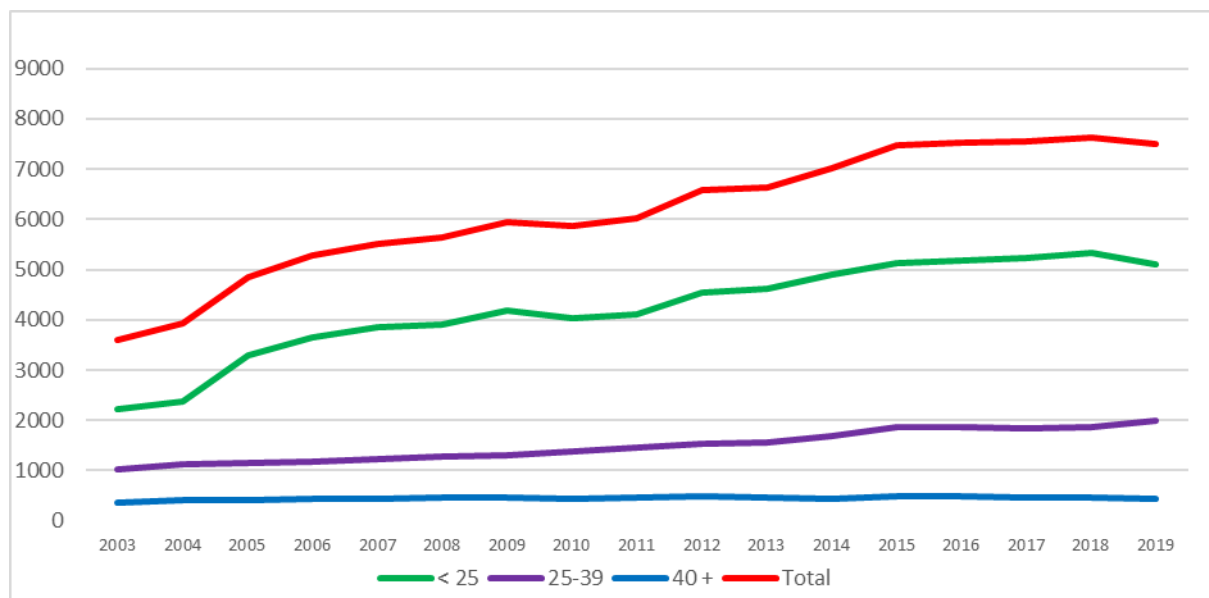
¹⁴ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński.

¹⁵ Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku.

¹⁶ Raport końcowy badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim”.

Ostatnie oszacowania dotyczące liczby narkomanów pokazują, iż w roku 2019 było 5039 osób w porównaniu do roku 2018 - 5328 osób używających substancje psychoaktywne poniżej 25-go roku życia, w grupie wiekowej 25-39 – 1935 w porównaniu do liczby 1856 osób w roku 2018 oraz starszych powyżej czterdziestego roku życia – 436 (451 osób w roku 2018). Oszacowanie liczby osób uzależnionych na przestrzeni ostatnich pięciu lat pokazuje wyraźny trend stabilizacji z występującym po raz pierwszy efektem zauważalnego trendu spadkowego. Przyczynia się do tego prowadzona polityka antynarkotykowa ostatnich lat oraz działania zmierzające do redukcji popytu na narkotyki prowadzone w woj. pomorskim.¹⁷

Wykres nr 23 Szacunkowa liczba narkomanów w województwie pomorskim



Źródło: Sękiewicz J. Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends, 2020.

Author of guidelines: Michael Stauffacher, P-PG/Epid (02) 01 Annex, Strasbourg, long term

Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców w woj. pomorskim narkomanów dożylnych (IVDU) chorych na AIDS kolejny raz wynosił 0.00 od roku 2016. Do roku 2016 gdzie utrzymał się na bardzo niskim poziomie i wynosił 0,04, uprzednio wyniósł 0,09 w roku 2015; we wcześniejszym roku 2014 wynosił 0,04 (najniższy poziom na przestrzeni ostatnich 15 lat) W woj. pomorskim częstotliwość nowych zakażeń wirusem HIV, wśród narkomanów dożylnych, jest obserwowana na bardzo niskim poziomie 2,43%. Ostatnie dane ze źródła PZH wskazują na utrzymujący się trend stabilizacji nowych zakażeń HIV wśród narkomanów dożylnych (IVDU) przy braku zakażeń w roku 2015 oraz dwóch nowych przypadkach w roku 2016 oraz ponownym braku zakażeń w roku 2017 i 2019 przy wysokim wzrostowym trendzie zakażeń w innych grupach (homoseksualnych oraz heteroseksualnych) z tendencją podwajania zakażeń. Zakażenia HIV i choroba AIDS wywarły duży wpływ na politykę antynarkotykową w województwie pomorskim. Wyraziło się to rozwojem bardziej aktywnych sposobów przyciągania narkomanów do leczenia lub eliminacji ryzykownych zachowań poprzez różnorodne metody edukacyjne i redukujące szkodliwość. Te formy to grupy terapeutyczne, leczenie methadonem oraz buphrenorfiną (w roku 2019 włączono do terapii levometadon), w poprzednich latach wymiana strzykawek, szkolenie profesjonalistów, akcje

¹⁷ Sękiewicz J. Raport Wojewódzki 2019. Monitorowanie Problemów Narkotyków i Narkomanii na Terenie Województwa Pomorskiego.

społeczne itp. Jednym z aspektów wyrażających tę tendencję jest ekspansja poszerzonego podejścia interdyscyplinarnego do edukacji, prewencji i dostępności pomocy.¹⁸

Wsparcie osób uzależnionych w zakresie eliminacji przyczyny uzależnienia odbywa się poza systemem pomocy społecznej (przede wszystkim w ramach ochrony zdrowia, wsparcia psychologicznego). **Analizę potrzeb i dostępności usług kierowanych do osób uzależnionych poprzedza analiza znaczenia tej grupy w ocenie jednostek samorządu terytorialnego oferujących usługi społeczne.**

Przeciętnie dla 43% badanych jednostek wyzwania związane z zaspokojeniem potrzeb tej grupy osób są kluczowe, a dla dalszych 49% – ważne, ale nie kluczowe. Jedynie dla 7% grupa ta jest stosunkowo mniej ważna.

Oznacza to, że problemy tej grupy osób – w ocenie przedstawicieli JST – są mniej istotne od problemów większości analizowanych grup (poza imigrantami). Potrzeby te jako kluczowe najczęściej oceniają przedstawiciele gmin wiejskich (49%), miejsko-wiejskich (40%) oraz miejskich (36,4%), w przeciwieństwie do miast na prawach powiatu, gdzie nigdy nie wskazano tej grupy jako kluczowej. Przedstawiciele Gdańska, Gdyni, Sopotu i Słupska jednomyślnie wskazywali jednak, że problemy te są ważne, lecz nie kluczowe. Problemy osób uzależnionych są stosunkowo mniej ważne dla przedstawicieli gmin miejsko-wiejskich (13,3%) oraz miejskich (9,1%). Przedstawiciele samorządu terytorialnego w większości (54%) spodziewają się, że w perspektywie 10–15 lat, problemy związane z zaspokojeniem potrzeb osób uzależnionych będą mniej więcej tak samo ważne, jak obecnie. Dla blisko 40% badanych problemy tej grupy osób będą jednak coraz ważniejsze, a tylko dla 6% będą one relatywnie mniej ważne. Na rosnącą wagę tych problemów najczęściej zwracają uwagę przedstawiciele gmin wiejskich (45%), a najrzadziej – miast na prawach powiatu (25% – 1 miasto). Dla 18% gmin miejskich te problemy będą relatywnie mniej ważne – jest to grupa badanych, która najczęściej wyrażała taką opinię.¹⁹

Odsetek osób którym udzielono pomocy i wsparcia z powodu uzależnień w systemie pomocy i integracji społecznej, w skali wszystkich beneficjentów jest niewielki. Mimo wszystko uwagę zwraca fakt, iż w ostatnich latach, przybywa osób i rodzin którym udzielono pomocy w formie różnych zasiłków czy pracy socjalnej z powodu narkomanii. W roku 2020 w całym województwie było w sumie 5 359 rodzin, którym udzielona wsparcia z powodu uzależnień.²⁰

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Raport końcowy badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim”.

²⁰ Sprawozdanie Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w województwie pomorskim 2020 r.

Tabela nr 2 Szczegóły dotyczące powodów udzielenia pomocy społecznej w latach 2018–2020 wraz ze wskazaniem różnic

Narkomania					
lata	2018	2019	2020	różnica 2018/2019	różnica % 2019/2020
liczba rodzin ogółem	328	328	351	23	7,0
liczba osób ogółem w rodzinach	486	443	472	29	6,5
Alkoholizm					
lata	2018	2019	2020	różnica 2018/2019	różnica % 2019/2020
liczba rodzin ogółem	5 739	5 332	5 008	-324	-6,1
liczba osób ogółem w rodzinach	8 992	8 059	7 315	-744	-9,2

Źródło: Sprawozdanie Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w województwie pomorskim 2020 r.

Analizując dane lokalne możemy zauważyć, że na terenie województwa w roku 2020 wzrosła liczba rodzin objętych wsparciem ośrodków pomocy społecznej z powodu diagnozowanych problemów z uzależnieniem o narkotyków. Jest to aż 7 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2018 i 2019. Jednocześnie pomimo objęcia wsparciem pomocy społecznej większej liczby rodzin dotkniętych problemem uzależnienia od narkotyków możemy zauważyć, że liczba osób bezpośrednio korzystających z tej pomocy nie jest większa niż w roku 2018. Województwo pomorskie jest piątym w kolejności województwem co do wielkości liczby rodzin i osób dotkniętych problemem uzależnienia, którym udzielono wsparcia w ramach pracy socjalnej i zasiłków ze środków z budżetu państwa w ramach działalności ośrodków pomocy społecznej. Jak wynika z danych przedstawionej przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej na 351 rodzin z terenu województwa pomorskiego 75 pochodzi ze wsi. Pozostałe 276 rodzin to rodziny zamieszkujące miasta.²¹

Grupą wiekową, która jest często brana pod uwagę w prowadzeniu działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii są osoby w wieku 15-34 lata, czyli młodzi dorośli. W przypadku tej grupy rozpowszechnienie używania narkotyków w ciągu ostatniego roku jest wyższe niż w całej populacji.

Według ostatniego **badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku** w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem z odsetkiem 12,1%. Do jej zażywania przyznało się 7,8% badanych w wieku 15-34 lata (2018 rok). Inny obraz sytuacji mamy w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież. Według **badania ESPAD** przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników marihuany i haszyszu wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat

²¹ Rozbicka-Stanisławska J. Raport wojewódzki. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa pomorskiego w roku 2020

znajduje się powyżej średniej europejskiej.

Największy odsetek osób, które podejmowały leczenie zgłaszały problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnień. Drugą substancją, z powodu której osoby podejmowały leczenie, jest amfetamina. Jest ona o wiele rzadziej używana w populacji generalnej. Do zażywania amfetaminy w ciągu ostatniego roku przyznało się 1,4% badanych (15-34 lata).²²

Dane dotyczące stosowania prawa mogą wyjaśnić tendencje w zakresie stosunku państwa do nielegalnego handlu narkotykami, względnej ich dostępności i zażywania nielegalnych narkotyków. Ocena dostępności była przedmiotem badania młodzieży w roku 2016 oraz w roku 2019.

W województwie pomorskim, w przypadku narkotyków nielegalnych ocena stopnia trudności dotarcia do poszczególnych substancji jest niższa niż w przypadku napojów alkoholowych i tytoniu. W ocenie badanych trudniej jest dotrzeć do leków uspokajających lub nasennych nieprzepisanych przez lekarza w roku 2019 (35,2%) niż w roku 2016 (42,2%), środków wziewnych (np. kleju) – 32,9% w roku 2019 i 38,3% w roku 2016 oraz łatwiej do marihuany lub haszysz – 44,8% w roku 2019 i 31,1% w roku 2016. Jako najłatwiej dostępne środki odurzające młodzież wskazuje te, które są dostępne w życiu codziennym i mają inne przeznaczenie (tj. leki i kleje). Dość rozpowszechnioną substancją jest również marihuana, która w ich ocenie uchodzi za lekki narkotyk i przez pewne grupy społeczne uważana jest za nieszkodliwą.

Nadal najtrudniejszymi do zdobycia dla młodzieży są substancje z grupy opiatów np. heroina. 35,4% w roku 2016 badanych uważa to za niemożliwe oraz 29,4% w roku 2019, a za bardzo trudne w roku 2016 20,7% w stosunku do 20,1% w roku 2019. Trudna do zdobycia jest amfetamina – 31,5% w roku 2016 badanych twierdzi, że jest to niemożliwe w stosunku do roku 2019 – 26,4% oraz 20,7% uważa za niezwykle trudne w roku 2016 i 30,8% w roku 2019. W przypadku LSD lub innych substancji halucynogennych – 31,1% badanych jest przekonanych, że ich zdobycie jest niemożliwe w roku 2016 oraz 26,4% w roku 2019, a 20,2%, że bardzo trudne w roku 2016 i 31,1% w roku 2019.

Trend z roku 2016 nadal utrzymywał się w roku 2019 na tym samym poziomie, gdzie około 30% uczniów było zdania, że dotarcie do nowych substancji (NPS - new psychoactive substances) byłoby dla nich niemożliwe, a 24,7% ocenia to zadanie jako bardzo trudne. Niemal połowa (46,3%) w roku 2016 i 41,8% w roku 2019 uczestniczących w badaniu osób nie wie, gdzie lub od kogo mogłaby kupić narkotyki. Jako dwa kluczowe źródła nabycia narkotyków młodzież wskazywała handlarzy i dealerów (25,8%) oraz swoich kolegów i znajomych (21,4%). Uczniowie osobiście znają osoby, które handlują narkotykami i potrafią je wskazać, a w razie potrzeby wiedzą, do kogo się zwrócić w celu ich nabycia. Ponad 17,3% jako miejsce, w którym można dokonać zakupu substancji psychoaktywnej wskazuje swoją najbliższą okolicę, a więc osiedle lub miejscowość, w której mieszka. Na taką możliwość wskazuje 20,9% uczniów pochodzących z miasta i 12,4% pochodzących z terenów wiejskich.

Aż 15% uczniów w roku 2016 wskazuje na szkołę jako miejsce, gdzie można spotkać osoby handlujące narkotykami oraz już tylko 8,2% w roku 2019. O tym, że narkotyki można nabyć na terenie szkoły jest przekonanych 14,1% licealistów, 21,3% uczniów techników oraz 27,2% uczniów zasadniczych szkół zawodowych. Na możliwość zakupu substancji psychoaktywnych w szkole wskazuje 8,7% uczniów szkół wiejskich i 15,3% uczęszczających do szkół miejskich.

²² Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019, KBPN.

Pierwszą substancję psychoaktywną, jaką zażyli uczniowie w większości przypadków dostali od starszego kolegi lub koleżanki albo od znajomego w swoim wieku lub młodszego (w roku 2016 odsetek wynosił 21,6% w stosunku do 22,1% w roku 2019). Inicjacja narkotykowa często miała miejsce podczas spotkania ze znajomymi, wspólnej imprezy, w czasie której młodzież wspólnie zażywała narkotyki (20,4%) w roku 2016 oraz 21,9% w roku 2019. Uczniowie uzyskują substancje psychoaktywne w większości od starszych znajomych, którzy równie często pomagają im kupić alkohol czy papierosy. Miejscem inicjacji narkotykowej często są spotkania ze znajomymi, podczas których dochodzi do używania narkotyków czy picia alkoholu.

Wychowawcy oraz pedagodzy i psychologowie szkolni zdają sobie sprawę z faktu, że większość substancji psychoaktywnych jest łatwo dostępna dla uczniów ich szkół. Młodzież szkolna nie ma większego problemu ze zdobyciem papierosów czy alkoholu. 98,4% nauczycieli objętych badaniem nie ma wątpliwości, że dotarcie przez uczniów do papierosów nie jest żadnym problemem (77,7% wychowawców ocenia je na bardzo łatwe, a 23,1% na dosyć łatwe). Nabycie piwa przez uczniów jest wg nauczycieli równie proste – 94,5% spośród nich uważa, że nie sprawiłoby to uczniom większej trudności. Najwięcej nauczycieli jest zdania, że uczniom najtrudniej byłoby uzyskać dostęp do wódki lub innego mocnego alkoholu – 17,6% uznało to za dość trudne, 2,9% za bardzo trudne a pojedyncze jednostki za niemożliwe. Niemniej 76,9% nauczycieli twierdzi jednak, że zdobycie przez nastolatków wódki nie byłoby dla nich dużym problemem.²³

Dane Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie potwierdzają wysokie wskaźniki podejrzeń zatruc z powodu NSP. Po rekordowym pod względem liczby zatruc roku 2015 (7206), w 2016 roku odnotowano spadek do 4369 przypadków. Podobny wynik zarejestrowano w 2017 roku. Dane z 2018 roku odnotowały niewielki spadek liczby prawdopodobnych zatruc z powodu NSP do 4260. Dane za okres od stycznia do listopada 2019 roku pokazują na spadek liczby zatruc z powodu NSP do 2178.²⁴

Z danych uzyskanych od Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego otrzymujemy informację, że w 2020 roku na terenie województwa pomorskiego nie funkcjonowały stacjonarne punkty sprzedaży, w których wprowadzano do obrotu środki zastępcze tzw. „dopalacze”. W 2020 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie województwa pomorskiego kontynuowały postępowania wobec osób fizycznych, które wpłynęły w latach ubiegłych. W ramach prowadzonych działań nadzorowych wydano 32 decyzje administracyjne, w tym 7 decyzji administracyjnych nakładających kary pieniężne na osoby fizyczne wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze w myśl art. 52 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na łączną kwotę 140 000,00 zł. W 2020 roku nie wpłynęły żadne nowe sprawy dotyczące wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych od innych organów i nie zabezpieczono żadnych środków zastępczych. W 2020 roku zanotowano 40 przypadków podejrzeń zatruc spowodowanych środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi. Analiza zgłoszeń z 2020 roku wykazała, że 90% podejrzeń zatruc dotyczyło mężczyzn, a 10% przypadków dotyczyło kobiet. Statystycznie najliczniejszą grupę stanowiły osoby w kategorii wiekowej:

- powyżej 30 lat – 50%,
- 25-29 lat – 25%,
- 19-24 lata – 12,5 %

²³ Sękiewicz J. Raport Wojewódzki 2019. Monitorowanie Problemów Narkotyków i Narkomanii na Terenie Województwa Pomorskiego.

²⁴ Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019, KBPN.

- 13-15 lat – 7,5%,
- 16-18 lat – 5%.

W roku 2020 nie odnotowano zatruć w najmłodszej grupie wiekowej 7-12 lat.²⁵

Zgony związane z narkotykami mogą stanowić wskaźnik bezpośredni (w przypadku śmiertelnego przedawkowania) lub pośredni (jako zgon w następstwie choroby lub wypadku związanego z narkotykami). Zgony stanowią ważny wskaźnik problemów związanych z narkotykami.

Wskaźnik śmiertelności na 100 tys. dla woj. pomorskiego jeszcze w 2018 roku wynosił 1,56. W roku 2019 było to już 1,07. W roku 2020 w województwie pomorskim nie zgłoszono przypadku śmiertelnego spowodowanego zażyciem środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej. Możemy zatem z pełnym przekonaniem zauważyć wyraźną tendencję spadkową.²⁶

W województwie pomorskim w proces przeciwdziałania narkomanii zaangażowane są publiczne oraz niepubliczne podmioty lecznicze oraz inne jednostki organizacyjne działające w sektorze ochrony zdrowia, a także szkoły oraz organizacje pozarządowe.

Na terenie województwa w 2019 roku funkcjonowało 46 poradni, w większości niepublicznych, które nastawione są na prowadzenie działalności dla osób uzależnionych bądź prowadzą inne działania, 5 ośrodków dla osób chorych na AIDS, 7 ośrodków leczenia uzależnień oraz system detoksykacji.

W wyniku współpracy z samorządami ROPS UMWP monitorował sprawozdania z realizacji Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii dotyczące m.in. gmin zaangażowanych w realizację zadań profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. W roku 2020 sprawozdania przesłały 83 gminy z czego 32% wspierało programy rekomendowane.

W kwestionariuszu ankiety za rok 2020 znalazło się dodatkowe pytanie do przedstawicieli gmin realizujących Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii: „Jakie główne problemy i wyzwania pojawiły się w 2020 roku w związku z pandemią COVID-19 w zakresie realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałaniu Uzależnieniom, w tym w zakresie narkomanii w ramach prowadzonych przez Państwa instytucję działań?”

Poniżej najczęściej otrzymane odpowiedzi:

- ograniczony kontakt z młodzieżą;
- zaplanowane działania nie zostały zrealizowane;
- brak zajęć profilaktycznych dla dzieci ;
- profilaktyka w ramach pogadarek online (z pedagogiem szkolnym) lub filmów edukacyjnych (profilaktycznych);
- programy rekomendowane nie są dostosowane do pracy zdalnej;
- wstrzymanie realizacji programów profilaktycznych;
- brak szkoleń dla nauczycieli;
- przesyłanie materiałów informacyjno–edukacyjnych;
- kampanie online;
- wstrzymanie działalności świetlic socjoterapeutycznych;
- zajęcia profilaktyczne odbywały się zdalnie.

²⁵ Rozbicka-Stanisławska J. Raport wojewódzki. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa pomorskiego w roku 2020.

²⁶ Tamże.

W ramach monitorowania sytuacji w obszarze pomocy osobom uzależnionym oraz prowadzenia działań profilaktycznych w trakcie pandemii COVID-19 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadziło dwie analizy sytuacji w 2020 roku.

Na początku pandemii, to jest w kwietniu i maju, zostały zrealizowane badania ankietowe wśród placówek leczniczych. Wyniki badania pokazały, że placówki leczenia oraz redukcji szkód w dużym stopniu odczuły wpływ pandemii COVID-19 na prowadzenie pomocy osobom uzależnionym. **Wyniki badania KBPN prowadzonego we współpracy z EMCDDA**

pokazały, że część placówek ograniczyła lub wręcz wstrzymała swoją działalność na początku pandemii COVID-19 to jest w marcu i kwietniu 2020 roku. Szczególnie dotyczyło to placówek stacjonarnych oraz dziennych, ale również placówki ambulatoryjne dotknięte zostały w dużym stopniu nową sytuacją. Programy redukcji szkód również w większości zamknęły swoje dzienne świetlice i znacznie ograniczyły działania prowadzone przez street workerów. Jednakże dość szybko większość z nich wprowadziła nowe metody pracy z osobami uzależnionymi przede wszystkim z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Zidentyfikowano szereg wyzwań, które mają wpływ na działanie placówek leczniczych w czasie pandemii COVID-19. Jest to przede wszystkim konieczność utrzymywania reżimu sanitarnego mającego na celu ochronę personelu i klientów, co wiązało się ze zmianą trybu pracy na zdalny w sytuacjach, kiedy jest to możliwe.

Nastąpiło zmniejszenie zakresu terapii rodzinnej ze względu na fakt, że nie do wszystkich placówek jest możliwe wprowadzanie rodzin z powodu ograniczeń związanych z przepisami sanitarnymi. Pacjenci mają bardzo utrudniony dojazd lub brak takiej możliwości z uwagi na zmiany w funkcjonowaniu transportu publicznego. W efekcie nastąpiło zmniejszenie dostępu do systemu leczenia.

Ponadto z powodu pandemii wprowadzono wiele nowych rozwiązań, aby zapewnić pomoc osobom uzależnionym, do których należało przede wszystkim przejście na terapię zdalną z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. W drugiej połowie roku sytuacja ustabilizowała się i zaczęto przywracać normalne formy funkcjonowania.

O trudnej sytuacji w placówkach świadczy także fakt, że 50% superwizji dotyczy terapeutów, a nie pacjentów, ponieważ specjaliści mają dużo problemów spowodowanych obecną sytuacją epidemiologiczną, są zmęczeni, przepracowani i zestresowani. Liczba osób leczonych w ośrodkach dziennych spadła o około 30% i ten typ leczenia został w największym stopniu dotknięty skutkami epidemii.

Kolejną kwestią utrudniającą pomoc z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych jest to, że terapia przez telefon bywa trudna ze względu na brak prywatności w domach pacjentów (trudno znaleźć odosobnione miejsce na spokojną rozmowę).²⁷

Z danych z raportu końcowego badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” wynika, że ponad 90% jednostek samorządu terytorialnego w województwie pomorskim zapewnia usługę pracy socjalnej osobom uzależnionym. Zdecydowana większość (81% wszystkich badanych) uważa, że zapewnia ją w stopniu wystarczającym. Usługę tę zapewniają wszystkie miasta na prawach powiatu, a najrzadziej jest ona oferowana w gminach miejskich. Żadna jednostka, które nie oferuje pracy socjalnej dla tej grupy osób, nie planuje jej wprowadzić w perspektywie kilku lat. Natomiast 63% jednostek ocenia, że usługi te nie są potrzebne dla tej grupy osób. Wśród 26 badanych organizacji pozarządowych, 62% oferuje usługę pracy socjalnej dla osób uzależnionych, a 35% nie oferuje takiej usługi (pozostali badani nie

²⁷ Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020, KBPN.

mieli zdania). Ponad 46% organizacji oferujących pracę socjalną jest zdania, że oferują tę usługę w stopniu wystarczającym.

W 69% jednostek samorządu terytorialnego oferowane są usługi terapii uzależnień. Przy czym większość (49% badanych), ocenia, że usługi te zapewniane są w stopniu wystarczającym, a 20%, że w niewystarczającym stopniu. Usługi te oferuje 100% 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%. Blisko 21% jednostek nieoferujących tej usługi planuje ją wprowadzić w perspektywie kilku lat, a 46% nie planuje, ale uważa, że są one potrzebne. Dla 21% jednostek usługi te nie są potrzebne – są to wyłącznie gminy wiejskie. Taką usługę zapewnia 38% organizacji pozarządowych, podczas gdy większość (58%) nie oferuje jej (pozostali nie mają zdania). Dla 19% organizacji usługa jest oferowana w stopniu wystarczającym.

W 2018 roku 1607 gmin w Polsce wspierało programy profilaktyki uniwersalnej (69% spośród tych, które nadesłały sprawozdanie w 2018 roku). W większym stopniu finansowane były działania edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży na temat zagrożeń wynikających z używania narkotyków i NSP. Tego typu działania prowadziło 1761 gmin (76%). W 2018 roku 210 gmin wspierało programy wczesnej interwencji i programy profilaktyki selektywnej adresowane do środowisk zagrożonych, a 109 gmin programy profilaktyki wskazującej.²⁸

Kampanie prewencyjne w województwie pomorskim skierowane są i winny być głównie do młodzieży, z powodu wieku, w którym rozpoczyna się zażywanie narkotyków. Działania podejmowane w szkołach są najczęstszą formą przeciwdziałania uzależnieniu od narkotyków. Programy profilaktyczne powinny być konstruowane tak, by przynosiły trwałe efekty, które dopasowane są do otaczającej rzeczywistości. W programach brane są również pod uwagę te grupy młodzieży, która nie uczęszcza do szkół. Są to działania skierowane do grup młodych ludzi mieszkających w blokowiskach i dzielnicach ubóstwa.

W województwie pomorskim dokonano w ostatnich latach znacznego postępu w dziedzinie tworzenia skutecznych programów edukacyjnych, które nie opierają się już wyłącznie na doraźnych działaniach, a raczej koncentrują się na kampaniach prozdrowotnych i szkoleniach w zakresie promowania właściwego stylu życia. Kładzie się nacisk by działania te pozwoliły na zbudowanie pewności siebie i wyrabianie w młodzieży umiejętności rozwiązywania problemów i właściwej komunikacji. W obecnych programach prawdziwe i rzetelne informacje są konieczne a nowe podejście do problemu narkotykowego nie ogranicza się już tylko do prowadzenia wykładów, oferuje natomiast nowe możliwości. Programy te uczą jak przeciwstawiać się presji wywieranej przez otoczenie i umieć przeciwdziałać namowom na palenie tytoniu, picie alkoholu i używanie narkotyków. Oddźwięk tych programów jest o wiele większy niż w przypadku działań prewencyjnych nakierowanych na rodzinę, media i społeczności lokalne, zmierzających do zniechęcenia do zażywania narkotyków.

W województwie pomorskim 90% gmin wspierało finansowo programy profilaktyki uniwersalnej. W ostatnich latach wspierano finansowo superwizje dla realizatorów działań profilaktycznych a także szkolenia z zakresu podnoszenia kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną. Wspierano programy kierowane do specyficznych grup odbiorców - matek z dziećmi, ofiar przemocy, sprawców przemocy, osób uzależnionych opuszczających jednostki penitencjarne, osób młodych.

²⁸ Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019, KBPN.

W roku 2019 w województwie pomorskim prowadzona była profilaktyka w 1054 szkołach. W roku szkolnym 2018/19 w szkołach podstawowych (łącznie ze specjalnymi) województwa pomorskiego uczyło się 199,1 tys. dzieci i młodzieży (o 14,5% więcej w porównaniu z poprzednim rokiem szkolnym). W miastach do szkół podstawowych uczęszczało 124,8 tys. dzieci i młodzieży (o 14,0% więcej w stosunku do poprzedniego roku szkolnego), natomiast na wsi uczyło się 74,3 tys. osób (o 15,5% więcej). Samorządy gminne, powiatowe i miejskie przeznaczyły w roku 2019 na profilaktykę narkomanii kwotę 10427 181 zł w porównaniu do roku 2018, gdzie przeznaczono kwotę 9328754 zł. W realizacji działań z zakresu NPZ, w roku 2019 oraz w latach poprzedzających analizę brały udział 1054 podmioty.²⁹

Z powyższych danych widać, iż w populacji całego kraju jak i województwa pomorskiego to właśnie profilaktyka uniwersalna jest najczęściej finansowana i realizowana.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz wyniki badania ESPAD należy przyjąć rozwiązanie polegające na postrzeganiu pedagogów i psychologów szkolnych, jako inspiratorów i koordynatorów działań profilaktycznych szkoły oraz opracowywanie szkolnych programów wychowawczych i profilaktyki, po dokonaniu bardzo dokładnej diagnozy sytuacji.

Na terenie województwa organizowano szkolenia i kursy zawodowe dla osób kończących terapię z powodu uzależnienia od narkotyków w ramach programu integracji społecznej. Wspierano również szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe osób prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków.

W województwie pomorskim istnieją liczne programy terapeutyczne. Wiele z nich koncentruje się na bardziej zindywidualizowanej terapii oraz na przygotowaniu pacjentów do samodzielnego życia po zakończeniu leczenia. Programy zastępcze, takie jak terapia metadonowa dla osób uzależnionych od opiatów została uruchomiona w Gdańsku w 2012 roku. Terapia uzależnień narkotykowych obejmuje poradnictwo, motywowanie, leczenie farmakologiczne, rehabilitację i integrację społeczną. Po raz pierwszy od roku 2016 programy hosteli są finansowane przez NFZ. Wiele programów leczenia uzależnień to programy, które są zindywidualizowane i dostosowane do sytuacji pacjenta oraz jego problemów. W wielu programach leczenie obejmuje także członków rodziny uzależnionych. W istniejących ośrodkach na terenie województwa pomorskiego osoby uzależnione od narkotyków uczą się właściwego sposobu życia. Środowiskiem, w którym jest wiele osób uzależnionych od narkotyków, są również więzienia położone na terenie województwa. W zakładach karnych prowadzone są programy zmierzające do ograniczenia popytu na narkotyki - oraz rozprzestrzeniania się wirusa HIV/AIDS – obejmują one leczenie i rehabilitację więźniów uzależnionych od narkotyków. Doświadczenia w prowadzeniu terapii osób uzależnionych pokazują, iż u różnych pacjentów skutkują różne metody leczenia. Powodzenie lub przegrana programów leczenia uzależnień od narkotyków zależy od wielu wewnętrznych i zewnętrznych czynników wpływających na uzależnionego. Programy w więzieniach są realizowane przez specjalistów zewnętrznych (specjaliści terapii uzależnień) wywodzących się z ośrodków terapii dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Programy te są finansowane przez Samorząd Województwa Pomorskiego.

W województwie pomorskim działa 7 stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień w tym tylko jeden publiczny, co dowodzi dominancy organizacji z obszaru NGO.

W celu zmniejszenia rozmiarów szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków oraz rozwiązywaniem problemów społecznych osób uzależnionych na terenie województwa

²⁹ Sękiewicz J. Raport Wojewódzki 2019. Monitorowanie Problemów Narkotyków i Narkomanii na Terenie Województwa Pomorskiego.

pomorskiego istnieje wiele podmiotów w sektorze publicznym, samorządowym oraz organizacji pozarządowych zajmujących problemami narkomanii oraz trzy punkty anonimowego testowania na obecność wirusa HIV w Gdańsku, Gdyni i w Słupsku w zakładach publicznej służby zdrowia. Na terenie województwa pracuje obecnie 38 edukatorów z certyfikatem RES Humanae. W realizacji programu profilaktyki HIV/AIDS w roku 2019 brały udział 42 podmioty.

Aby ułatwić osobom uzależnionym po zakończonej terapii ponowne funkcjonowanie w sferze prywatnej, społecznej i zawodowej istnieje szereg programów mających na celu zintegrowanie osób uzależnionych ze społeczeństwem. Dzięki stabilnej, jasnej i długofalowej polityce wspomniane podmioty wzajemnie współpracują i uzupełniają się tworząc spójny system działań z obszaru reintegracji i pomocy społecznej. Część osób korzysta z oferty centrum integracji społecznej, klubów integracji społecznej czy spółdzielni socjalnych, które kształcą umiejętności pozwalające na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych. W podmiotach ekonomii społecznej osoby po zakończeniu terapii nabywają umiejętności zawodowe oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowują się lub podwyższają kwalifikacje zawodowych. Uczą się planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym działaniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą. Inną umiejętnością jest uczenie się racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi. Na terenie województwa pomorskiego działa ponad sto podmiotów ekonomii społecznej.

Tabela nr 3 Dane o podmiotach ekonomii społecznej

	2018	2019	2020
centra integracji społecznej	22	23	22
kluby integracji społecznej	12	17	15
zakłady aktywności zawodowej	2	2	2
spółdzielnie socjalne	64	72	71

Źródło: Sprawozdanie Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w województwie pomorskim 2020 r.

Łącznie w zajęciach prowadzonych przez CIS i KIS w roku 2020 uczestniczyło i zakończyło udział 854 osób, z czego 17 osób to osoby uzależnione od narkotyków a 81 osób to osoby uzależnione od alkoholu.³⁰

Dokładna analiza problemu prowadzi do przyjęcia następujących wniosków:

1. Obserwuje się stabilizację użytkowników problemowych w populacji młodzieży oraz wyraźną stabilizację w pozostałych grupach wiekowych nadużywania substancji psychoaktywnych na podstawie analizowanych wskaźników.
2. Liczbę narkomanów w województwie ocenia się na poziomie powyżej siedmiu tysięcy z tendencją spadkową po okresie wyraźnej stabilizacji.
3. Najliczniejszą grupą konsumentów narkotyków są osoby do 30 roku życia.

³⁰ Sprawozdanie Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w województwie pomorskim 2020 r.

Badanie „**Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących od hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019**”³¹ pokazuje, że liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacujemy na ok. 27 tys. osób. Spośród wszystkich grających 32,8% Polaków gra bez ryzyka powstania problemów, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia 0,9% – poziomem umiarkowanym i tyle samo (0,9%) gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (zagrożenie patologicznym hazardem). W porównaniu z poprzednim badaniem przeprowadzonym w 2015 roku nastąpił spadek o blisko 20% grających patologicznie, spadła także częstość grania na pieniądze wśród ogółu Polaków, przy czym największe spadki częstości grania nastąpiły w przypadku gier na automatach. Liczba grających codziennie lub kilka razy w tygodniu spadła z 31,4% do 8,8%, co prawdopodobnie należy wiązać z efektem nowelizacji „ustawy hazardowej”, która miała miejsce w 2017 roku i ograniczyła możliwość uprawiania hazardu, między innymi grania na – powszechnie kiedyś dostępnych – automatach z tzw. niskimi wygranymi. Porównując cechy społeczno-demograficzne można najogólniej wnioskować, że częściej grają na pieniądze: mężczyźni niż kobiety, ludzie młodzi w wieku 18–34 lata, mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi, ludzie dobrze wykształceni niż słabo wykształceni, zarabiający lepiej niż zarabiający gorzej, ludzie oceniający swoją sytuację materialną jako dobrą niż ludzie oceniający ją jako złą.

W młodszej kohorcie (15-16-latkowie) uczniowie, których wg wyników testu przesiewowego można było zaliczyć do grona graczy problemowych, stanowili 1,3% badanych, zaś w starszej (17-18-latkowie) – 1,2%.

Problem z uzależnieniem od Internetu dotyczy obecnie 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od Internetu jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z Internetu. W liczbach bezwzględnych jest to – szacunkowo – ok. 465000 osób. Zagrożeni uzależnieniem lub już uzależnieni rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni.

Symptomy kompulsywnego kupowania w 2019 roku wykazywało 3,7% populacji Polaków w wieku powyżej 15 roku życia, co w liczbach bezwzględnych można oszacować na ponad milion osób. W stosunku do roku 2015 notuje się nieznaczny spadek liczby osób zagrożonych. Zjawisko kompulsywnego kupowania różnicuje przede wszystkim wiek – dotyczy ono w głównej mierze ludzi młodych. Podobnie jak we wcześniejszych badaniach, na kompulsywne zakupy bardziej narażone są kobiety niż mężczyźni. Wyniki badania wskazują także na współwystępowanie uzależnień behawioralnych – osoby przejawiające symptomy uzależnienia od zakupów częściej niż niezagrożeni wykazują także objawy innych problemów behawioralnych. Więcej niż jedna piąta z tej grupy, to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy; więcej niż co siódmy jest zagrożony uzależnieniem od Internetu.

W 2019 roku prawie jedna dziesiąta Polaków powyżej 15 roku życia (9,1%) miała problem z uzależnieniem od pracy. Zarówno uzależnienie, jak i zagrożenie uzależnieniem dotyka przede wszystkim młodych dorosłych, poniżej 35 roku życia. Zagrożeniu pracobolizmem sprzyja w szczególności praca na własny rachunek, natomiast czynnikiem zagrażającym w kontekście uzależnienia od pracy jest pełnienie funkcji kierowniczych, odpowiedzialność za pracę innych osób lub kierowanie projektami. Na poziomie ogólnym w badanej populacji

³¹ Strona internetowa KBPN 14.01.2022 r. <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880>.

Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracołozmem dotyka kobiety i mężczyzn w zbliżonym stopniu.

Wg publikacji „**Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów 2021**”³²

od pierwszych edycji badania obserwowany jest stały wzrost liczby godzin przeznaczanych przez młodzież na korzystanie z Internetu. Obecnie nastolatki spędzają w sieci średnio 4 godziny i 50 minut dziennie (2014 r. – 3 godziny 40 minut, 2018 r. – 4 godziny 12 minut). W dni wolne od zajęć szkolnych czas ten wydłuża się średnio do 6 godzin i 10 minut. Co szósty nastolatek w dni wolne (16,9%) intensywnie korzysta z Internetu w godzinach nocnych (po godzinie 22:00). Niektóre dzieci rozpoczynają samodzielne użytkowanie Internetu mając zaledwie 4 lata (4,6%). Co trzeci nastolatek (33,6%) ma objawy problemowego użytkowania Internetu (PUI), a trzech na stu osiąga bardzo wysokie wskaźniki problemów (3,2%). Wyniki w poszczególnych podskalach wskazują, że najsilniejszymi komponentami PUI są tolerancja (eskalacja częstości i/lub wielkości bodźca) oraz objawy somatyczne spowodowane użytkowaniem smartfona (ból w nadgarstku lub karku, zawroty głowy, pogorszenie wzroku, zmęczenie, niewyspanie). Co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać. Rodzice mają świadomość problemu, lecz nie mają dość dokładnego wglądu w to, jak bardzo smartfony i Internet stały się częścią życia ich dzieci.

Badanie „**Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat**”³³ przeprowadzone przez Akademię Pedagogiki Specjalnej w 2020 roku wykazało, że nieco ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzysta z urządzeń mobilnych takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop. Wiek dziecka jest skorelowany z korzystaniem z urządzeń mobilnych – im starsze dzieci, tym więcej z nich korzysta z urządzeń mobilnych. Średni wiek inicjacji używania urządzeń mobilnych to 2 lata i 2 miesiące. Dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez ponad 1 godzinę dziennie. Badania potwierdzają także sytuacje, w których dzieci mają dostęp do urządzeń mobilnych: rodzice najczęściej umożliwiają korzystanie dzieciom podczas podróży, posiłków i podczas toalety; traktują dostęp do urządzenia mobilnego jako nagrodę, oferują je dzieciom kiedy się nudzą, płaczą lub marudzą.

³² Strona internetowa NASK – Państwowy Instytut Badawczy 14.01.2022 r.
<https://thinkstat.pl/publikacje/nastolatki-3-0-raport-z-ogolnopolskiego-badania-uczniow-2021-r>.

³³ Strona internetowa KBPN 14.01.2022 r. kbpn.gov.pl.

Wnioski z diagnozy:

Zasadne jest ukierunkowanie działań na:

1. Włączanie się w ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień.
2. Rozpowszechnianie informacji z zakresu rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień, w tym informacji z danymi o dostępnej ofercie pomocy na terenie województwa.
3. Ograniczanie dostępności napojów alkoholowych dla nieletnich.
4. Profilaktykę używania e-papierosów przez młodzież.
5. Profilaktykę adresowaną do dziewcząt (tytoń, alkohol).
6. Wdrażanie programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności.
7. Edukację rodziców w kwestii ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież oraz w kwestii uzależnień behawioralnych.
8. 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 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.
9. Promowanie i udział w tworzeniu systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z FAS oraz dla ich rodziców i opiekunów.
10. Wspieranie działań służących poprawie opieki nad dziećmi z FASD i ich rodzinami m.in. poprzez upowszechnianie informacji, wspieranie szkoleń na temat FASD.
11. Promowanie wdrażania do podstawowej opieki zdrowotnej programów wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji (WRKI) wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.
12. Wspieranie 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.
13. Promowanie i wspieranie programów psychoedukacyjnych dla rodziców, kształtujących odpowiednie umiejętności wychowawcze.
14. Wypracowanie procedur postępowania w sytuacjach kryzysowych oraz zasad współpracy z rodzicami, procedur postępowania wszystkich pracowników szkoły w zakresie pomocy dzieciom i młodzieży, zagrożonych uzależnieniem, a także współpracy z różnymi instytucjami, w szczególności organizacjami pozarządowymi, wspierającymi działalność szkół i placówek w zakresie rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży.
15. Systematyczną ocenę efektów podejmowanych działań wychowawczych i zapobiegawczych.

16. 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.
17. Promowanie wdrażania programów profilaktyczno-interwencyjnych dla upijającej się młodzieży.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Dążenie do poprawy współpracy interdyscyplinarnej w zakresie identyfikacji i interwencji w sytuacjach przemocy wobec dzieci, większe zaangażowanie sektora ochrony zdrowia w tym zakresie.
22. Ciągłe podnoszenie kompetencji profesjonalistów z różnych instytucji i organizacji, w tym w szczególności pracowników mających za zadanie przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci.
23. 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.
24. 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.
25. Tworzenie rozwiązań zmierzających do wyrównywania szans rodzin i dzieci w najtrudniejszej sytuacji (m.in. rodzin monoparentalnych, rodzin osób z niepełnosprawnościami, wielodzietnych, uchodźczych, rodzin z obszarów wiejskich).
26. Promowanie dostępności i jakości usług terapii uzależnień w gminach wiejskich oraz realizowanych przez organizacje pozarządowe.
27. Promowanie dostępności i jakości usługi pogotowia socjalnego (izby wytrzeźwień) w gminach wiejskich oraz realizowanych przez organizacje pozarządowe.
28. Promowanie i wspieranie poszerzania ofert placówek leczenia uzależnień o programy nakierowane na ograniczenie spożywania alkoholu oraz finansowania szkoleń terapeutów w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów.
29. Promowanie i wspieranie poszerzania ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o terapię dla młodzieży używającej alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
30. 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.
31. 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 uzależnień.

32. 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.
33. Wspieranie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych oraz wzmożonych oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób bezdomnych.
34. Dotarcie do grup wysokiego ryzyka, co jest najważniejszym elementem ograniczenia popytu na narkotyki.
35. Rozwój leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
36. Dążenie do redukcji zachowań ryzykownych związanych z używaniem narkotyków dla podniesienia jakości życia osób uzależnionych należy nadal.
37. Sukcesywne zwiększanie oferty szkolnych zajęć pozalekcyjnych oraz działań alternatywnych, proponowanych przez szkoły oraz NGO w ramach prewencji używania narkotyków przez młodzież z uwzględnieniem teorii naukowych dotyczących czynników chroniących oraz czynników ryzyka w uzależnieniach.

3. ANALIZA SWOT

Mocne strony	Słabe strony
• Większość badanej młodzieży nigdy nie sięgała po substancje nielegalne. • Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. • Większość respondentów uważa, że alkoholu nie powinny pić kobiety karmiące piersią. • Usługi terapii uzależnień oferuje 100% polskich miast na prawach powiatu. • W opinii 100% mieszkańców miast na prawach powiatu usługi terapii uzależnień są zapewnione w sposób wystarczający. • Wszystkie gminy miejskie i miasta na prawach powiatu uważają, że usługa pogotowia socjalnego oferowana jest w sposób wystarczający. • Usługa grupy wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu jest dostępna we wszystkich miastach na prawach	• Wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. • Napoje alkoholowe są nadal najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. • Dość znaczne odsetki młodzieży sięgającej po alkohol w połączeniu z lekami - szczególne niebezpieczeństwo ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych, wzmacniane przez efekt możliwej interakcji między substancjami. • Tylko 61% gmin wiejskich oferuje usługi terapii uzależnień. • Jedynie 35% mieszkańców gmin wiejskich uważa, że usługi terapii uzależnień są zapewnione w sposób wystarczający. • Wszystkie gminy miejsko-wiejskie oferujące usługę pogotowia socjalnego, oceniają ją jako niewystarczającą. • W gminach wiejskich usługa grupy wsparcia dla osób uzależnionych

powiatu i w 91% gmin miejskich. • 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. • Kompetencje podmiotów działających w obszarze leczenia i rehabilitacji. • Dostęp do rekomendowanych programów profilaktycznych. • Rosnąca liczba gmin realizujących rekomendowane programy profilaktyczne. • Podejmowanie przez gminy uchwał dotyczących ograniczania sprzedaży alkoholu. • Ścisła współpraca GKRPA oraz ZI ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie. • Wysoka dostępność do placówek leczenia odwykowego i uzależnień. • Poprawa jakości usług świadczonych przez placówki leczenia odwykowego i uzależnień. • Realizacja przez samorządy gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych. <u>Okres pandemii – 2020 rok:</u> • Policjanci podjęli ponad 72 tys. interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”). • Członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w 2369 przypadkach podejrzenia przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym uruchomili procedurę „Niebieskie Karty”. • Samorządy lokalne w województwie są przygotowane do zapewnienia schronienia osobom uwięzonym w przemoc w środowisku lokalnym np. w mieszkaniach chronionych lub lokalach gminnych, do dofinansowania wynajmu lokalu, wykupu miejsc w hotelach, stancjach lub znalezienia alternatywnego miejsca schronienia. • Kompetencje oraz doświadczenie podmiotów działających w obszarze	od alkoholu oferowana jest przez 51% jednostek. • Wieloletnie zaszłości w leczeniu psychiatrycznym oraz brak wystarczającej liczby Centrów Zdrowia Psychicznego. • Niska świadomość wśród mieszkańców roli profilaktyki zdrowotnej, w tym stylu życia. • Dominuje praktyka dotycząca prowadzenia działań i rozwiązywania problemów wynikających z przemocy, która jest skoncentrowana na służbach pomocy społecznej i policji. • Najczęstszą przyczyną zatruc są leki. • Najliczniejszą grupę pacjentów leczonych z powodu zatruc stanowi młodzież w wieku 12-18 lat. • 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). • Co trzeci badany doznał ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a co piąty przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice. • Co piąty nastolatek w wieku 13–17 lat miał obciążające doświadczenie seksualne obejmujące przemoc seksualną, werbowania do celów seksualnych w internecie lub ekshibicjonizm. • W Polsce 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców borykających się z problemami wynikającymi z picia. Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. • Każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. • Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają
--	--

leczenia i rehabilitacji. • Dostęp do rekomendowanych programów profilaktycznych i przeszkoleni realizatorzy. • Wyspecjalizowana kadra psychologów oraz specjalistów terapii uzależnień. • Systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez kadrę pracującą z osobami uzależnionymi. • Współpraca z instytucjami zajmującymi się terapią, rehabilitacją i resocjalizacją osób uzależnionych. • Reintegracja społeczna osób uzależnionych od narkotyków. • Wyspecjalizowane organizacje pozarządowe. • Realizacja przez samorządy gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.	możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej z powodu bariery komunikacyjnej. • 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. • Najdłuższe kolejki oczekiwania na świadczenia na terenie województwa występują w: poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz na oddziale dziennym terapii uzależnienia od alkoholu. • Najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu. • Większość przypadków samobójstw jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne. • Brak koncepcji i zakresu oddziaływań profilaktycznych adresowanych głównie do dorosłych – przede wszystkim rodziców i nauczycieli. • Brak systemowego podejścia i współpracy między organizacjami w obszarze przygotowania nauczycieli do pracy profilaktycznej. • 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. • Niewystarczająca oferta programowa samorządów lokalnych, placówek oświatowych i organizacji pozarządowych zachęcających do życia w trzeźwości – brak innowacyjnych pomysłów i nowych partnerów.
--	--

	• Utrudniony powrót do życia społecznego i zawodowego po leczeniu odwykowym. • Brak ciągłości działań prowadzonych przez podmioty zatrudnienia socjalnego na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu z powodu ograniczonych środków finansowych. • Powszechna tolerancja społeczeństwa w zakresie sprzedaży alkoholu nieletnim, nietrzeźwym zwłaszcza na obszarach wiejskich. • Liberalizacja podejścia rodziców do spożywania alkoholu przez dzieci i młodzież. • Trudność oceny sytuacji – brak jednego konkretnego źródła diagnozy. • Obniżający się wiek osób sięgających po substancje psychoaktywne. • Rosnąca liczba osób eksperymentujących z narkotykami. • Niewystarczające działania profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży albo działania o niskiej skuteczności. • Brak koncepcji i zakresu oddziaływań profilaktycznych adresowanych głównie do dorosłych – przede wszystkim rodziców i nauczycieli. • Brak systemowego podejścia i współpracy między organizacjami w obszarze przygotowania nauczycieli do pracy profilaktycznej. • Brak opracowanego wspólnie zakresu kompetencji profilaktycznych wymaganych w stosunku do osób zajmujących się wychowaniem dzieci i młodzieży w szkołach i środowiskach pozaszkolnych. • Ograniczone środki finansowe na profilaktykę i promocję zdrowia. • Problem w dostępie do pomocy specjalistycznej dla grup specyficznych osób z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (osób starszych, dzieci i młodzieży, osób z podwójną diagnozą, osób z niepełnosprawnościami, osób z chorobami somatycznymi - brak
--	--

	systemowych rozwiązań w tym zakresie oraz brak wspólnie przyjętego kontinuum pomocy specjalistycznej). • Utrudniony powrót do życia społecznego i zawodowego po leczeniu odwykowym. • Brak ciągłości działań prowadzonych przez podmioty zatrudnienia socjalnego na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu z powodu ograniczonych środków finansowych. • Trudność oceny sytuacji – brak jednego konkretnego źródła diagnozy. • Co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać. • Średni wiek inicjacji używania urządzeń mobilnych to 2 lata i 2 miesiące. <u>Okres pandemii - od połowy marca do końca czerwca 2020 roku:</u> • 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). • 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. • Wykorzystywania seksualnego doświadczyło 10,2% respondentów. • Prawie co dziewiąty (10,8%) w wieku 13-17 lat doświadczył w okresie od połowy marca do końca czerwca przemocy ze strony bliskich dorosłych. • 1 na 20 badanych (5,4%) był świadkiem przemocy w domu. • W pierwszym okresie pandemii 2,9% respondentów w wieku 15-17 lat próbowało popełnić samobójstwo. • W 2017 roku stwierdzono 1158
--	--

	przestępstw z art. 200 k.k. (obcowanie płciowe z małoletnim poniżej 15. roku życia), wśród 611 podejrzanych zdecydowaną większość (97%) stanowili mężczyźni. <u>Okres pandemii – 2020 rok:</u> • Istotnym problemem w województwie był brak możliwości prowadzenia monitoringu bezpośrednio w środowisku osób zagrożonych przemocą domową, a kontakty telefoniczne nie odzwierciedlały rzeczywistej sytuacji. • Dużym problemem na Pomorzu był brak możliwości skorzystania przez osoby dotknięte problemem przemocy ze specjalistycznej pomocy, tj. brak możliwości udziału osób stosujących przemoc w programie korekcyjno-edukacyjnym, terapii dla osób uzależnionych od alkoholu, skorzystania z pomocy bezpośredniej psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego. • W województwie funkcjonują całodobowo tylko 3 lokalne telefony zaufania, interwencyjne lub informacyjne.
Szanse	Zagrożenia
• Picie alkoholu przez młodzież wykazuje kontynuację trendu spadkowego. • Zahamowanie trendu wzrostowego problemu używania przetworów konopi wśród młodzieży szkolnej. • Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wykazuje od 2011 roku trend spadkowy. • Zmniejszają się odsetki respondentów otrzymujących propozycje zakupu, otrzymania, bądź użycia dopalaczy, a także wysoko oceniających ich dostępność. • Rosną frakcje respondentów przypisujących duże ryzyko nawet eksperymentowaniu z „dopalaczami”. • Spadek udziału nietrzeźwych nieletnich podejrzanych o czyn karalny. • Spadek przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości	• Najwyższy przyrost spożycia alkoholu odkąd sięgają statystyki. • W obszarze napojów alkoholowych odsetki respondentów skłonnych wiązać duże ryzyko z piciem uległy zwiększeniu. • W obszarze oceny ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi obserwujemy trend spadkowy odsetków badanych przypisujących ich używaniu duże ryzyko. • Odnotowano wzrost używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. • Wzrost ujawnionych małoletnich/nieletnich, znajdujących się pod wpływem alkoholu. • Wzrost udziału nietrzeźwych dorosłych podejrzanych o czyn karalny. • Spadek liczby osób objętych pomocą

i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz spadek liczby podejrzanych. • Rozwój deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych oraz społecznych. • Można stwierdzić znaczny spadek hospitalizacji chłopców z powodu zatruc narkotyków i substancji odurzających. • 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. • Wprowadzenie nowych rozwiązań i regulacji prawnych (m.in. nowelizacje ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). • Stworzenie wieloaspektowej platformy badawczej dotyczącej trendów w prowadzeniu systemu badań i analiz. • Coraz powszechniejsze dostrzeganie problemu uzależnień od zróżnicowanych substancji psychoaktywnych. • Wzrost świadomości dzieci i młodzieży nt. zagrożeń wynikających z uzależnienia. • Wzrost świadomości wagi profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i postrehabilitacji. • Kontynuowanie, a także pogłębienie współpracy z instytucjami działającymi na rzecz osób uzależnionych (poradnie leczenia uzależnień i współuzależnienia, ośrodki rehabilitacyjno-readaptacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków, lokalne organizacje pozarządowe i trzeźwościowe). • Wprowadzenie nowych rozwiązań i regulacji prawnych (m.in. nowelizacje ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). • Potencjał organizacji pozarządowych. • Stworzenie wieloaspektowej platformy badawczej dotyczącej trendów w prowadzeniu systemu badań i analiz. • Nastąpił spadek o blisko 20% grających patologicznie, spadła także częstość grania na pieniądze wśród ogółu Polaków.	w formie poradnictwa medycznego i psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego. • Wzrost przypadków rozpijania małoletniego. • Nieznaczny wzrost liczby osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu. • Wzrost liczby osób dotkniętych przemocą w rodzinie. • Wzrost liczby odebranych dzieci w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka, w związku z przemocą w rodzinie. • Utrzymuje się tendencja do nierównomiernego prowadzenia działań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez gminy i powiaty naszego regionu. • Wzrasta liczba oczekujących na świadczenia medyczne związane z leczeniem uzależnień od alkoholu i współuzależnienia. • Wzrasta liczba zamachów samobójczych w województwie, a prawie połowa z nich kończy się zgonem. • Wskaźniki zamachów samobójczych dzieci i młodzieży z ostatnich 3 lat przewyższają wskaźniki dla kraju. • Brak wyraźnie określonej misji dla budowanej strategii, sprecyzowanych celów określających oczekiwane w określonym czasie rezultaty. • Brak opracowanych zasad kooperacji pomiędzy podmiotami zajmującymi się profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją i reintegracją osób uzależnionych. • Brak koncepcji w zakresie oddziaływań postrehabilitacyjnych i reintegracyjnych co zwiększa ryzyko nawrotów choroby. • Łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych, zarówno tych legalnych jak i nielegalnych. • Społeczna akceptacja zachowań i zjawisk powszechnie uznawanych za dysfunkcyjne.
--	---

Okres pandemii – 2020 rok:

- Zdecydowana większość konsumentów alkoholu stwierdziła, że pandemia nie zmieniła ich dotychczasowego wzorca spożywania alkoholu (79,4%), 8,1% osób zadeklarowało, że w czasie pandemii piją więcej i taki sam odsetek konsumentów stwierdził, że w trakcie pandemii pije mniej alkoholu.
- W województwie zwiększyła się liczba Punktów Konsultacyjnych oraz lokalnych telefonów zaufania, interwencyjnych lub informacyjnych.
- Na Pomorzu nastąpił wzrost ilości realizowanych programów terapeutycznych dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie oraz wzrost ilości osób w nich uczestniczących.
- W województwie zmalała liczba odebranych dzieci w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, w związku z przemocą w rodzinie.
- Na Pomorzu nastąpił spadek ujawnionych wszystkich wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

- Utrzymujący się niski poziom wiedzy społeczeństwa na temat uzależnień.
- Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do potrzeb.
- Pogłębianie się tendencji do negatywnych zachowań w społeczeństwie.
- Brak mechanizmów poprawiających efektywność wykorzystania zasobów.
- Niewydolność systemu spowodowana brakami kadrowymi.
- Brak systemowego wsparcia dla poprawy dostępności do świadczeń dla osób zagrożonych wykluczeniem.
- Brak opracowanych zasad kooperacji pomiędzy podmiotami zajmującymi się profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją i reintegracją osób uzależnionych
- Brak koncepcji w zakresie oddziaływań postrehabilitacyjnych i reintegracyjnych co zwiększa ryzyko nawrotów choroby.
- Stały wzrost liczby godzin przeznaczanych przez młodzież na korzystanie z Internetu.

Okres pandemii – 2020 rok:

- Tylko w okresie od kwietnia do października 2020 roku konsultanci Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie podjęli dwa razy więcej interwencji w porównaniu z analogicznym okresem w 2019 roku.
- Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie zarejestrowało także czterokrotnie – w porównaniu z poprzednim rokiem – wzrost liczby nadesłanych e-maili z prośbą o pomoc i poradę w związku z przemocą w rodzinie.
- Wszystkie rodzaje przemocy w województwie zanotowały spadek, jednak jest to efekt przymusowej izolacji w domach, kiedy trudniej było zgłosić fakt występowania przemocy w rodzinie.
- Nastąpił spadek wszczętych

	na Pomorzu procedur NK przez pracowników pomocy społecznej, pracowników oświaty i przez przedstawicieli GKRPA. • Punkty Konsultacyjne w województwie przyjęły mniej osób dotkniętych przemocą w rodzinie, a lokalne telefony zaufania, interwencyjne lub informacyjne przeprowadziły mniej rozmów. • Z powodu epidemii w województwie zmniejszyła się liczba edycji programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie. • Na Pomorzu nastąpił wzrost udziału nietrzeźwych podejrzanych dorosłych wśród tych, u których zbadano stan trzeźwości. • Nastąpił także wzrost przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w tym rozpijania małoletniego. • Spadła ogólna liczba osób w województwie wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, będących pod wpływem alkoholu, najliczniejszą grupę nadal stanowią mężczyźni.
--	---

4. CELE, PRIORYTETY I DZIAŁANIA

CEL GŁÓWNY OGRANICZENIE SKALI WYSTĘPOWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH, PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z UŻYWANIA ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH, ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH I NSP NA TERENIE WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO				
CEL SZCZEGÓŁOWY 1 Promocja zdrowia. Zadania na rzecz ograniczania stosowania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP	CEL SZCZEGÓŁOWY 2 Profilaktyka	CEL SZCZEGÓŁOWY 3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa	CEL SZCZEGÓŁOWY 4 Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, substancji psychotropowych, środków odurzających, i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych	CEL SZCZEGÓŁOWY 5 Monitorowanie rynku napojów alkoholowych
Priorytet 1.1 Edukacja zdrowotna	Priorytet 2.1 Profilaktyka uniwersalna	Priorytet 3.1 Ograniczanie szkód zdrowotnych wynikających ze szkodliwego używania środków psychoaktywnych i uzależnienia od tych środków	Priorytet 4.1 Realizacja badań ilościowych	Priorytet 5.1 Zmniejszenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu

Priorytet 1.2 Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną	Priorytet 2.2 Profilaktyka selektywna	Priorytet 3.2 Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu	Priorytet 4.2 Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych	Priorytet 5.2 Zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych
Priorytet 1.3 Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom	Priorytet 2.3 Profilaktyka wskazująca	Priorytet 3.3 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom dorosłym i dzieciom z rodzin z problemem wynikającym z używaniem środków psychoaktywnych		
		Priorytet 3.4 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym		
		Priorytet 3.5 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób		

		stosujących przemoc w rodzinie		
--	--	--------------------------------------	--	--

Cel szczegółowy 1

Promocja zdrowia.

Zadania na rzecz ograniczania stosowania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP

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; ciągle podnoszenie kompetencji profesjonalistów z różnych instytucji i organizacji, w tym w szczególności pracowników mających za zadanie przeciwdziałanie krzywdzeniu dzieci.

Obserwuje się stabilizację użytkowników problemowych w populacji młodzieży oraz wyraźną stabilizację w pozostałych grupach wiekowych nadużywania substancji psychoaktywnych.

Grupą wiekową, która jest często brana pod uwagę w prowadzeniu działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii są osoby w wieku 15-34 lata, czyli młodzi dorośli. W przypadku tej grupy rozpowszechnienie używania narkotyków w ciągu ostatniego roku jest wyższe niż w całej populacji.

Według ostatniego badania Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem z odsetkiem 12,1%. Do jej zażywania przyznało się 7,8% badanych w wieku 15-34 lata (2018 rok). Inny obraz sytuacji mamy w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież. Według badań ESPAD przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników marihuany i haszyszu wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat znajduje się powyżej średniej europejskiej.

Drugą substancją, z powodu której osoby podejmowały leczenie, jest amfetamina. Jest ona o wiele rzadziej używana w populacji generalnej.

W 69% jednostek samorządu terytorialnego oferowane są usługi terapii uzależnień. Przy czym większość (49% badanych) ocenia, że usługi te zapewniane są w stopniu wystarczającym, a 20%, że w niewystarczającym stopniu. Usługi te oferuje 100% miast na prawach powiatu, ale tylko 61% gmin wiejskich.

Istotnym problemem jest brak świadomości wagi problemu sięgania po substancje psychoaktywne przez młodzież szkolną wśród części wychowawców i nauczycieli. Grupa ta nie uważa, żeby picie alkoholu stanowiło duży problem w ich szkole – niemal 32% uważa, że sytuacje takie się nie zdarzają, a 54%, że dotyczą mniejszości uczniów. Jeszcze mniejszy odsetek wychowawców utożsamia uczniów swojej szkoły z sytuacjami nadużywania alkoholu. 53,2% wychowawców utrzymuje, że ten problem nie dotyczy uczniów, a 39%, że co najwyżej mniejszości. Nauczyciele nie dostrzegają wagi problemu.

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 uaktualnionych baz danych.	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba podejmowanych przedsięwzięć oraz zrealizowanych i dofinansowanych programów edukacyjnych w zakresie szkód zdrowotnych wywołanych środkami psychoaktywnymi 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

Działanie 1.1.1	Prowadzenie działań informacyjno–edukacyjnych, w tym realizacja badań społecznych dotyczących wzorów używania środków psychoaktywnych w województwie, kampanii edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości na temat zaburzeń i ryzyka szkód wynikających z tych środków dla konsumentów i ich otoczenia, w szczególności młodzieży, a także na temat pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia oraz na temat uzależnień behawioralnych
Zakres interwencji	Realizacja projektów badawczych mających na celu zdiagnozowanie stanu problemów uzależnień, w tym behawioralnych, na terenie województwa oraz monitorowanie postaw i zachowań społecznych wobec problemów związanych ze środkami psychoaktywnymi, dotyczących wzorców używania środków odurzających, zjawiska używania tych środków przez młodzież i picia alkoholu przez kobiety w ciąży
Realizatorzy	ROPS, firmy badawcze
Zakres interwencji	Organizacja regionalnych i udział w ogólnopolskich kampaniach informacyjno-edukacyjnych
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Współpraca z mediami oraz wymiana informacji z instytucjami odpowiedzialnymi za profilaktykę i rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnień w województwie
Realizatorzy	ROPS, media, instytucje
Zakres interwencji	Organizowanie i wspieranie działań służących promocji zdrowego stylu życia, z uwzględnieniem aktywności kulturalnej i sportowej dzieci i młodzieży
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje i instytucje
Działanie 1.1.2	Prowadzenie i wspieranie działań i programów edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z używania środków psychoaktywnych

	przez dzieci i młodzież oraz zwiększających ich kompetencje wychowawcze w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych
Zakres interwencji	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 używaniu środków odurzających i nadużywaniu Internetu
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty
Zakres interwencji	Organizacja regionalnych i udział w ogólnopolskich kampaniach profilaktyczno-edukacyjnych
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Udostępnianie i rozpowszechnianie materiałów informacyjnych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, instytucje, inne podmioty

Działanie 1.1.3	Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniami lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.1.4	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
Zakres interwencji	Badanie różnych aspektów sytuacji osób doświadczających przemocy w województwie
Realizatorzy	ROPS, firmy badawcze
Zakres interwencji	Organizacja regionalnych i udział w ogólnopolskich kampaniach informacyjno-edukacyjnych

Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Gromadzenie i utworzenie bazy danych o miejscach i formach pomocy dla osób doświadczających i stosujących przemoc
Realizatorzy	ROPS, instytucje i organizacje
Zakres interwencji	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
Realizatorzy	ROPS, instytucje i organizacje
Zakres interwencji	Współpraca z mediami oraz wymiana informacji z instytucjami odpowiedzialnymi za przeciwdziałanie przemocy w rodzinie w województwie
Realizatorzy	ROPS, media, instytucje

Priorytet 1.2 Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną

Działanie 1.2.1	Doskonalenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą dotyczących wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania substancji psychotropowych, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, NSP oraz umiejętności i podejmowania interwencji profilaktycznej
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty
Działanie 1.2.2	Wspieranie szkoleń na temat konstruowania programów profilaktycznych, opartych na podstawach naukowych Wspieranie szkoleń dla przedstawicieli samorządów lokalnych w obszarze profilaktyki, konstruowania gminnych programów profilaktycznych, realizacji działań zgodnych z rekomendacjami
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty
Działanie 1.2.3	Wspieranie szkoleń rozwijających umiejętności zawodowe realizatorów programów profilaktycznych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.2.4	Wspieranie szkoleń w zakresie profilaktyki uzależnień adresowanych w szczególności do pracowników pomocy społecznej, policji, straży miejskiej
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.2.5	Wspieranie superwizji pracy osób realizujących działania profilaktyczne
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.2.6	Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania środków psychoaktywnych, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
Zakres interwencji	Organizacja szkoleń m.in. dla gminnych pełnomocników do spraw profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień, koordynatorów gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, GKRPA oraz ZI
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Udzielanie wsparcia samorządom gminnym w zakresie lokalnej polityki wobec uzależnień, 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 wynikających z uzależnień w społecznościach lokalnych
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Wsparcie merytoryczne i pomoc finansowa samorządom gminnym w opracowaniu i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Udostępnianie i rozpowszechnianie wyników badań oraz materiałów informacyjnych i edukacyjnych

Realizatorzy	ROPS
---------------------	------

Działanie 1.2.7	Podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem uzależnień
Zakres interwencji	Organizowanie narad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem uzależnień
Realizatorzy	ROPS, organizacje, instytucje
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie w prowadzeniu supervizji i konsultacji dla wychowawców udzielających pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem uzależnień
Realizatorzy	ROPS, organizacje, instytucje
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności
Realizatorzy	ROPS

Działanie 1.2.8	Szkolenia i konferencje dla profesjonalistów, m.in. pracowników służby zdrowia, pracowników socjalnych, nauczycieli, pedagogów, pracowników świetlic z programem socjoterapeutycznym i opiekuńczo-wychowawczym nt. FASD
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Organizacja szkoleń i konferencji w zakresie FAS/FASD
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty

Działanie 1.2.9	Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Priorytet 1.3 Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom

Działanie 1.3.1	Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja)
Zakres interwencji	Wspieranie edukacji pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wdrażania metod wczesnej diagnozy i krótkich interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów
Realizatorzy	ROPS, instytucje, organizacje
Zakres interwencji	Rozpowszechnianie materiałów edukacyjnych do wykonywania badań przesiewowych wśród personelu medycznego oraz materiałów informacyjnych na temat problemów alkoholowych dla pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej
Realizatorzy	ROPS, instytucje, organizacje
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS, instytucje, organizacje

Działanie 1.3.2	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
Zakres interwencji	Dofinansowanie WOTU w zakresie inicjowania i realizacji działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach lecznictwa odwykowego, w organizowaniu staży, szkoleń, superwizji, konferencji i innych form kształcenia
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Współpraca z WOTU i innymi podmiotami w zakresie oceny zasobów i potrzeb systemu doskonalenia zawodowego, oceny dostępności i jakości świadczeń w lecznictwie odwykowym
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Rekomendowanie wprowadzenia do systemu kształcenia zawodowego szkoleń w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów oraz innych zalecanych szkoleń
Realizatorzy	ROPS, instytucje, organizacje
Działanie 1.3.3	Szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.3.4	Dofinansowanie szkoleń w zakresie specjalisty terapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, realizowanych zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.3.5	Dofinansowanie innych szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe osób prowadzących leczenie i rehabilitację w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 1.3.6	Dofinansowanie superwizji pracy terapeutów uzależnień
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

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.

W 2018 roku 1607 gmin w Polsce wspierało programy profilaktyki uniwersalnej (69% spośród tych, które nadesłały sprawozdanie w 2018 roku). W większym stopniu finansowane były działania edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży na temat zagrożeń wynikających z używania narkotyków i NSP. Tego typu działania prowadziło 1761

gmin (76%). W 2018 roku 210 gmin wspierało programy wczesnej interwencji i programy profilaktyki selektywnej, adresowane do środowisk zagrożonych, a 109 gmin programy profilaktyki wskazującej. W województwie pomorskim 90% gmin wspierało finansowo programy profilaktyki uniwersalnej. Z powyższych danych widać, iż w populacji całego kraju jak i województwa pomorskiego to właśnie profilaktyka uniwersalna jest najczęściej finansowana i realizowana.

Kampanie prewencyjne w województwie pomorskim skierowane są i winny być głównie do młodzieży, z powodu wieku, w którym rozpoczyna się zażywanie narkotyków. Działania podejmowane w szkołach są najczęstszą formą przeciwdziałania uzależnieniu od narkotyków. Programy profilaktyczne powinny być konstruowane tak by przynosiły trwałe efekty, które dopasowane są do otaczającej rzeczywistości. W programach brane są również pod uwagę te grupy młodzieży, która nie uczęszcza do szkół.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz wyniki badania ESPAD należy przyjąć rozwiązanie polegające na postrzeganiu pedagogów i psychologów szkolnych jako inspiratorów i koordynatorów działań profilaktycznych szkoły oraz opracowywanie szkolnych programów wychowawczych i profilaktyki, po dokonaniu bardzo dokładnej diagnozy sytuacji.

Należy nadal zwiększać ofertę szkolnych zajęć pozalekcyjnych oraz działań alternatywnych, proponowanych przez szkoły oraz NGO w ramach prewencji używania narkotyków przez młodzież z uwzględnieniem teorii naukowych dotyczących czynników chroniących oraz czynników ryzyka w uzależnieniach.

Wskaźnik rezultatu	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
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

Działanie 2.1.1	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 uzależnień i innych zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	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)
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie realizacji programów aktywizujących samorządy uczniowskie, grupy liderów, grupy młodzieżowe

Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Rozwój i wsparcie oferty pozaszkolnych zajęć dla dzieci i młodzieży
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 2.1.2	Prowadzenie i upowszechnienie programów profilaktycznych w zakresie problemów uzależnień wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie wdrażania kompleksowych rozwiązań w zakresie rozpoznawania sytuacji problemowych, adekwatnego reagowania przez kadrę kierowniczą, kierowanie na terapię
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Wspieranie działań edukacyjnych skierowanych do kadry, przygotowujących do podejmowania interwencji wobec uczniów i pracowników
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Wspieranie działań edukacyjnych skierowanych do uczniów i pracowników w zakresie wzorów używania substancji psychoaktywnych, szkód powodowanych przez te substancje, sposobów odmawiania picia alkoholu
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Realizacja działań informacyjnych na temat pomocy i reagowania w sytuacji ujawnienia problemów w miejscu pracy i nauki, których przyczyną są substancje psychoaktywne
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty

Działanie 2.1.3	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
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Upowszechnianie i wspieranie realizacji warsztatów umiejętności wychowawczych
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie organizacji szkoleń w placówkach pracujących z dziećmi i młodzieżą obejmujących zagadnienia dotyczące skutecznych strategii profilaktycznych
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Organizowanie spotkań, narad i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Działanie 2.1.4	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie profilaktyki uniwersalnej
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Działanie 2.1.5	Finansowanie lub dofinansowanie realizacji programów profilaktyki uniwersalnej, w tym w zakresie uzależnień behawioralnych, wybranych w drodze konkursów ofert
Realizatorzy	ROPS

Działanie 2.1.6	Koordinacja działań samorządów gmin i powiatów wspierających działania profilaktyczne szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, w szczególności obejmujące diagnozę problemu używania narkotyków na terenie szkoły i realizację adekwatnego do potrzeb programu profilaktycznego
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 2.1.7	Organizowanie szkoleń i konferencji uwzględniających nowatorskie podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz promujących ideę lokalnych strategii profilaktycznych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Priorytet 2.2 Profilaktyka selektywna

Działanie 2.2.1	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
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie programów profilaktyczno-edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, wychowanków młodzieżowych ośrodków szkolno-wychowawczych, socjoterapeutycznych i innych
Realizatorzy	ROPS, organizacje pozarządowe, inne podmioty
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie programów animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy i klubów młodzieżowych
Realizatorzy	ROPS, organizacje pozarządowe, inne podmioty
Zakres interwencji	Dofinansowanie programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem uzależnień, w gminach nie posiadających wystarczających środków na te działania

Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Wspieranie programów wczesnej interwencji, m.in. FreD Goes Net czy Szkolna Interwencja Profilaktyczna, adresowanych do młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie środków odurzających
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 2.2.2	Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem uzależnień
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Wsparcie samorządów lokalnych w podejmowaniu działań profilaktycznych na rzecz dzieci i młodzieży z grup ryzyka poprzez rozwój kultury fizycznej i sport
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	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
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk w zakresie profilaktyki selektywnej
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty

Działanie 2.2.3	Finansowanie lub dofinansowanie realizacji programów profilaktyki selektywnej, w tym w zakresie uzależnień behawioralnych, wybranych w drodze konkursów ofert
Realizatorzy	ROPS

Priorytet 2.3 Profilaktyka wskazująca

Działanie 2.3.1	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
Zakres interwencji	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 przez nie środków psychoaktywnych, w gminach nie posiadających wystarczających środków na te działania
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie realizacji programów opartych na strategii kształtowania umiejętności życiowych, angażowaniu młodych ludzi w konstruktywne aktywności
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie programów interwencyjnych skierowanych do młodych osób eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Działanie 2.3.2	Udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci eksperymentują z alkoholem
Zakres interwencji	Upowszechnianie programu ogólnopolskiego „Pomarańczowa Linia” – telefonu wsparcia dla rodziców dzieci upijających się oraz innych miejsc i form specjalistycznego wsparcia
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty
Zakres interwencji	Tworzenie i upowszechnianie bazy dobrych praktyk

	w zakresie profilaktyki wskazującej
Realizatorzy	ROPS, inne podmioty

Działanie 2.3.3	Finansowanie lub dofinansowanie realizacji programów profilaktyki wskazującej, w tym w zakresie uzależnień behawioralnych, wybranych w drodze konkursów ofert
Realizatorzy	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 roku) 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 roku.) 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 roku. 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.

Wsparcie osób uzależnionych w zakresie eliminacji przyczyny uzależnienia odbywa się poza systemem pomocy społecznej (przede wszystkim w ramach ochrony zdrowia, wsparcia psychologicznego).

Odsetek osób którym udzielono pomocy i wsparcia z powodu narkomanii w systemie pomocy i integracji społecznej, w skali wszystkich beneficjentów jest niewielki. Mimo wszystko uwagę zwraca fakt, iż w ostatnich latach przybywa osób i rodzin którym udzielono pomocy w formie różnych zasiłków czy pracy socjalnej z powodu narkomanii.

Zgodnie z art. 26 pkt 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, świadczenia w zakresie leczenia, rehabilitacji i reintegracji są udzielane osobie uzależnionej bezpłatnie, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków odbywa się na podstawie dostępu do sieci placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, które posiadają status publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podstawowym ogniwem pierwszej interwencji i pomocy psychologicznej są placówki ambulatoryjne, przede wszystkim poradnie profilaktyki i leczenia uzależnień. Placówki stacjonarne w większości zlokalizowane są poza obszarami miejskimi i realizują programy leczniczo-rehabilitacyjne, opierając się na modelu społeczności terapeutycznej.

Ponad 90% jednostek samorządu terytorialnego w województwie pomorskim zapewnia usługę pracy socjalnej osobom uzależnionym.

Na terenie województwa organizowano szkolenia i kursy zawodowe dla osób kończących terapię z powodu uzależnienia od narkotyków w ramach programu integracji społecznej. Wspierano również szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe osób prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków.

W województwie pomorskim istnieją liczne programy terapeutyczne. Wiele z nich koncentruje się na bardziej zindywidualizowanej terapii oraz na przygotowaniu pacjentów do samodzielnego życia po zakończeniu leczenia. Programy zastępcze, takie jak terapia metadonowa dla osób uzależnionych od opiatów została uruchomiona w Gdańsku w 2012 roku. Terapia uzależnień narkotykowych obejmuje poradnictwo, motywowanie, leczenie farmakologiczne, rehabilitację i integrację społeczną.

Aby ułatwić osobom uzależnionym po zakończonej terapii ponowne funkcjonowanie w sferze prywatnej, społecznej i zawodowej istnieje szereg programów mających na celu zintegrowanie osób uzależnionych ze społeczeństwem. Dzięki stabilnej, jasnej i długofalowej polityce wspomniane podmioty wzajemnie współpracują i uzupełniają się, tworząc spójny system działań z obszaru reintegracji i pomocy społecznej. Część osób korzysta z oferty centrum integracji społecznej, klubów integracji społecznej czy spółdzielni socjalnych, które kształcą umiejętności pozwalające na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych.

Wskaźnik rezultatu	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
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 ZOZ	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 leczenia 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 porady, 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 „Niebieskich pokoi” 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 ze szkodliwego używania środków psychoaktywnych i uzależnienia od tych środków

Działanie 3.1.1	Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń, w tym programów terapeutycznych, w zakresie leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych
Zakres interwencji	Dofinansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których samorząd województwa jest organem założycielskim, w realizacji programów terapeutycznych w zakresie leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych, psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają z używania tych środków oraz remontów i inwestycji, adaptacji pomieszczeń, w tym zakupów specjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Dofinansowanie WOTU w koordynacji pracy zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa i nadzorze merytorycznym nad nimi, udzielaniu konsultacji specjalistycznych dla zakładów leczenia 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
Realizatorzy	ROPS

Działanie 3.1.2	Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych, w tym o programy ograniczania picia alkoholu oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność
Zakres interwencji	Rekomendowanie poszerzenia oferty leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych o 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
Realizatorzy	ROPS

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

Działanie 3.1.4	Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi – HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwionośnych (HIV, HBV i HCV)
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 3.1.5	Rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 3.1.6	Rozwijanie dostępu do leczenia dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 3.1.7	Aktualizacja i upowszechnianie informacji o istniejących formach pomocy na terenie województwa pomorskiego na temat placówek świadczących usługi lecznicze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, ograniczania szkód zdrowotnych m.in. przez zakup, wydawanie materiałów informacyjno–edukacyjnych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 3.1.8	Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych programów dla osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, w tym programów dla osób uzależnionych w jednostkach penitencjarnych, programów skierowanych do specyficznych grup odbiorców (np. kobiet, matek z dziećmi, ofiar przemocy, sprawców przemocy) oraz wspieranie obozów i turnusów rehabilitacyjnych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Priorytet 3.2 Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od środków psychoaktywnych

Działanie 3.2.1	Poszerzenie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem
Zakres interwencji	Wsparcie realizacji programów edukacyjno-terapeutycznych dla uzależnionych od środków psychoaktywnych osadzonych w zakładach

	penitencjarnych
Realizatorzy	ROPS, SP ZOZ, instytucje i organizacje

Działanie 3.2.2	Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków psychoaktywnych lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia
Zakres interwencji	Dofinansowanie centrów integracji społecznej
Realizatorzy	ROPS
Zakres interwencji	Wspieranie przedsięwzięć mających na celu reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i ich rodzin, m.in. klubów integracji społecznej i klubów pracy
Realizatorzy	ROPS, JST, instytucje i organizacje

Działanie 3.2.3	Wspieranie działalności środowisk abstynenckich
Zakres interwencji	Dofinansowanie organizacji pozarządowych w inicjowaniu przedsięwzięć wspomagających osoby uzależnione od środków psychoaktywnych w utrzymaniu abstynencji, w tym wspieranie działalności środowisk abstynenckich
Realizatorzy	ROPS, organizacje
Zakres interwencji	Współpraca w zakresie wdrażania procesu standaryzacji pracy stowarzyszeń abstynenckich
Realizatorzy	ROPS, JST, instytucje i organizacje
Zakres interwencji	Współpraca ze środowiskami abstynenckimi w zakresie zwiększenia kompetencji dotyczących udzielania wsparcia rodzinom i osobom z problemem wynikającym z używania środków psychoaktywnych, min. współorganizacja narad, konferencji, szkoleń
Realizatorzy	ROPS, JST, instytucje i organizacje

Priorytet 3.3 Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy osobom dorosłym i dzieciom z rodzin z problemem wynikającym z używania środków psychoaktywnych

Działanie 3.3.1	Wspieranie istniejących miejsc wsparcia środowiskowego dla dzieci z rodzin z problemem wynikającym z używania środków psychoaktywnych (m.in. świetlic z programem socjoterapeutycznym, opiekuńczo-wychowawczym), w tym poprzez wdrażanie standardów udzielania pomocy, wspieranie działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących z dziećmi
Zakres interwencji	Współpraca z instytucjami i podmiotami w zakresie wdrażania standardów udzielania pomocy w miejscach wsparcia środowiskowego
Realizatorzy	ROPS, JST, instytucje
Zakres interwencji	Wsparcie samorządów lokalnych w organizacji i prowadzeniu świetlic z programem socjoterapeutycznym, opiekuńczo-wychowawczym
Realizatorzy	ROPS, instytucje
Zakres interwencji	Rekomendowanie i wspieranie działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących z dziećmi
Realizatorzy	ROPS, JST, instytucje
Działanie 3.3.2	Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS) i Poalkoholowym Uszkodzeniem Płodu (FASD) oraz ich opiekunów
Zakres interwencji	Współpraca z instytucjami w zakresie tworzenia systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z FAS i FASD oraz ich rodziców i opiekunów
Realizatorzy	ROPS, JST, instytucje

Działanie 3.3.3	Zwiększanie dostępności, rozszerzanie i wspieranie działań interwencyjnych, programów pomocy psychologicznej i psychoterapii dla członków rodzin z problemem uzależnień
Zakres interwencji	Organizowanie regionalnych narad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem uzależnień
Realizatorzy	ROPS, JST, podmioty zewnętrzne, organizacje
Zakres interwencji	Dofinansowanie programów realizowanych przez organizacje pozarządowe w zakresie prowadzenia działań interwencyjnych oraz realizacji programów pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla dorosłych członków rodzin osób używających środki psychoaktywne w sposób szkodliwy lub uzależnionych i dla osób doświadczających przemocy w rodzinach alkoholowych
Realizatorzy	ROPS, organizacje
Zakres interwencji	Dofinansowanie programów psychoterapii dla członków rodzin z problemem uzależnień realizowanych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, których samorząd województwa jest organem założycielskim
Realizatorzy	ROPS, SP ZOZ

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

Działanie 3.4.1	Upowszechnianie i wspieranie działań interwencyjnych, programów i metod pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla osób doznających przemocy domowej: dorosłych i dzieci
Zakres interwencji	Współpraca z instytucjami w zakresie opracowywania ramowych programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie
Realizatorzy	ROPS, instytucje, JST, organizacje, podmioty zewnętrzne
Zakres interwencji	Inicjowanie rozszerzenia oferty instytucji i organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy

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

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

Działanie 3.5.1	Upowszechnianie i wspieranie programów edukacyjno-korekcyjnych i psychologicznych dla sprawców przemocy domowej
Zakres interwencji	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

Realizatorzy	ROPS, instytucje, JST, organizacje, podmioty zewnętrzne
---------------------	---

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

Cel szczegółowy 4

Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, substancji psychotropowych, środków odurzających, i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych

Wskaźnik rezultatu	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Liczba zrealizowanych badań	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość środków finansowych przeznaczonych na realizację badań	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba zorganizowanych konferencji i seminariów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość środków finansowych przeznaczonych na zorganizowanie konferencji i seminariów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Liczba osób biorących udział w konferencji	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

Liczba opracowanych raportów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ
Ilość środków finansowych przeznaczonych na opracowanie raportów	Raz w roku	Sprawozdanie z wykonania budżetu i NPZ

Priorytet 4.1 Realizacja badań ilościowych

Działanie 4.1.1	Realizacja badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD, „Młodzież”), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 4.1.2	Analiza danych na temat aktywności JST w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i NSP
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 4.1.3	Organizowanie konferencji i seminariów metodologicznych służących poprawie jakości badań i diagnoz lokalnych i regionalnych
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Priorytet 4.2 Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych

Działanie 4.2.1	Udzielanie wsparcia merytorycznego wojewódzkiemu ekspertowi do spraw informacji o narkotykach i narkomanii
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 4.2.2	Organizowanie szkoleń i konferencji podnoszących kwalifikacje osób zaangażowanych w prowadzenie monitoringów na poziomie wojewódzkim oraz lokalnym
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Działanie 4.2.3	Opracowywanie całościowych raportów integrujących dane z różnych źródeł oraz zawierających wnioski i rekomendacje
Realizatorzy	ROPS, samorządy, organizacje, inne podmioty

Cel szczegółowy 5

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 roku, 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).

Wskaźnik rezultatu	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
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 5.1 Zmniejszenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu

Działanie 5.1.1	Współpraca z instytucjami w zakresie edukacji sprzedawców dotyczącej przeciwdziałaniu sprzedaży alkoholu nieletnim
Realizatorzy	ROPS, instytucje, JST, organizacje, podmioty zewnętrzne

Działanie 5.1.2	Rekomendowanie samorządom gminnym ograniczania ilości punktów sprzedaży napojów alkoholowych
Realizatorzy	ROPS, instytucje, JST, organizacje

Priorytet 5.2 Zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych

Działanie 5.2.1	Współpraca z samorządami lokalnymi i instytucjami w zakresie przestrzegania regulacji prawnych związanych z produkcją, dystrybucją, reklamą, promocją i spożywaniem napojów alkoholowych
Realizatorzy	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, że:

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 MZ 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.

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.