Podpisany przez:
Piotr Pietrucha; Gmina Nieport
dnia 24 lutego 2022 r.

UCHWAŁA NR LV/19/2022
RADY GMINY NIEPORĘT

z dnia 24 lutego 2022 r.

w sprawie przyjęcia Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r., poz. 1372), w związku z art. 4^1 ust. 1-5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r., poz. 1119 ze zm.), art. 10 ust. 1-2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.), art. 6 ust. 1 – 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249), w związku z art. 2 i 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469) oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r., poza. 642) – Cel operacyjny 2 - Profilaktyka uzależnień, Rada Gminy Nieporęt, uchwala co następuje:

§ 1. 1. Uchwala się „Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024", zwany dalej „Programem", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

2. Program stanowi integralną część Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Nieporęt na lata 2017-2025, uchwalonej odrębnie.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr XLIII/131/2021 Rady Gminy Nieporęt z dnia 25 listopada 2021 r. w sprawie przyjęcia Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na rok 2022.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Nieporęt.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wiceprzewodniczący Rady
Gminy Nieporęt

Piotr Pietrucha

Podpisany

Załącznik
do Uchwały Nr LV/19/2020 Rady Gminy Nieporęt
z dnia 24 lutego 2022 r. w sprawie przyjęcia Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024

Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024

Nieporęt – luty 2022 r.

ROZDZIAŁ I …….. 3
1. Podstawy prawne ……. 3
2. Wstęp…… 4
3. Diagnoza problemów alkoholowych i narkotycznych oraz uzależnień behawioralnych ….8

ROZDZIAŁ II ……27
1. Podejmowane działania …… 27
2. Zadania Programu ……. 28
3. Adresaci Programu …… 32
4. Rodzaj działań profilaktycznych w Gminie Nieporęt …….. 32
4.1. Rodzaje działań profilaktycznych …….. 33
4.2. Strategia oddziaływań profilaktycznych …… 34
4.3. Ewaluacja skuteczności programów profilaktycznych …….. 34
Rozdział III – Cele Programu i sposoby realizacji Programu …… 35
Rozdział IV – Zadania w zakresie realizacji Programu …… 41
Rozdział V – Realizatorzy Programu …… 46
Rozdział VI – Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA) 47
Rozdział VII – Zasady wynagradzania członków GKRPA ……... 48
Rozdział VIII – Zasady finansowania Programu …….. 49
Rozdział IX – Sposób kontroli realizacji Programu ……. 50

ROZDZIAŁ I

1. Podstawy prawne

Podstawę prawną realizacji Programu stanowią następujące akty prawne:
1. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 ze zm.).

2. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.);

3. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249);

4. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1372);

5. Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469).

6. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie rok 2022 (Uchwała nr 183 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2021 r., (MP. 2021 poz. 1204));

7. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2021-2025 (uchwała nr 449/218/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 30 marca 2021 r.);

8. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2021-2025 (Uchwała nr 522/221/21 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 13 kwietnia 2021 r.);

9. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r., poz. 1956);

10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 (rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Dz. U. z 2021 r., poz. 642);

11. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 458);

W swojej konstrukcji merytorycznej Program jest tożsamy z wytycznymi Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

2. Wstęp

Zdrowie jest jedną z tych wartości, która ma fundamentalne znaczenie dla jednostki, ale jest też wartością, która również traktowana jako dobro społeczne. To zdrowie w znacznym stopniu warunkuje wszelką aktywność ludzi. Zatem działania realizowane w obszarze ochrony zdrowia powinny być ukierunkowane zarówno na jednostkę, jak i na warunki całego społeczeństwa. Takie podejście jest niezmiernie istotne w problemie uzależnień, które mają szkodliwy wpływ nie tylko na zdrowie, ale również powodują liczne szkody w kontekście szeroko rozumianego życia społecznego.

Uzależnienie jest nabytym stanem zaburzenia zdrowia psychicznego i fizycznego, który charakteryzuje się okresowym lub stałym przymusem wykonywania określonej czynności lub zażywania psychoaktywnej substancji chemicznej.

Termin ten jest stosowany m.in. w odniesieniu do takich zaburzeń psychicznych, jak uzależnienie od alkoholu (alkoholizmu), od narkotyków (narkomanii), w tym Nowych Substancji Psychoaktywnych (NSP), leków (lekomanii), czy papierosów (nikotynizmu). W szerszym rozumieniu termin jest stosowany także w odniesieniu do wielu innych przymusowych zachowań (uzależnień behawioralnych), m.in. hazardu, zespołu uzależnienia od Internetu, zespołu uzależnienia od gier komputerowych, zespołu uzależnienia od telefonu komórkowego, zespołu uzależnienia od zakupów czy pracoholizmu, których specyfiką jest, m.in. utrata kontroli nad tymi zachowaniami czy czynnościami.

Zatem ustawodawca zdecydował się powierzyć gminom, poza zadaniami z zakresu uzależnień od substancji, również te dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym ze względu na ich rosnące rozpowszechnienie oraz wynikające z nich szkody zarówno zdrowotne, jak i społeczne.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) uznaje uzależnienia i nawyki zachowań za jeden z rodzajów zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowań i neurorozwojowych – nowa klasyfikacja psychiatryczna ICD-11, obowiązująca od dnia 1 stycznia 2022 r.

Wśród wielu problemów społecznych występujących w Polsce jako jeden z czołowych, wysuwają się problemy związane z uzależnieniami i ryzykownymi zachowaniami, które mają istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, zarówno jednostek, jak i ich rodzin, a ich konsekwencje dotyczą nie tylko jednostek ale i nas wszystkich.

Problemów uzależnień i ryzykownych zachowań doświadczamy zwłaszcza teraz kiedy od 2 lat na terenie Rzeczypospolitej Polskiej trwa stan epidemii SARS-CoV-2 ogłoszony w dniu 20 marca 2020 r. Choroba COVID-19 przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego, w tym zdrowia psychicznego, w Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej. Dorośli oraz dzieci i młodzież są w tym trudnym okresie szczególnie narażani na problem uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych, tj. ryzykownych zachowań. U dorosłych spowodowana pandemią izolacja i praca zdalna niejednokrotnie pogłębiła trwający problem uzależnienia, natomiast u dzieci i młodzieży trwająca na przestrzeni pandemii wielokrotna nauka zdalna spowodowała szereg uzależnień i ryzykownych zachowań, głównie od Internetu, komputera, gier komputerowych oraz szereg zaburzeń, m.in. trwających stanów lękowych i depresyjnych.

Ważnym jest minimalizowanie skutków alkoholizmu, narkomanii i uzależnień behawioralnych i zapobieganie, czyli edukowanie, uświadamianie, wskazywanie alternatywnych sposobów spędzenia wolnego czasu, radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, konfliktami oraz uczenie jak skutecznie bez używek, rozładowywać napięcie i rodzącą się agresję. Należy również wspierać młodych ludzi w kształtowaniu prawidłowych postaw osobowościowych, uczyć umiejętności mówienia "Nie" w sytuacjach, gdy młody człowiek jest poddany presji otoczenia.

Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024 określa gminną strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód zdrowotnych i społecznych mieszkańców gminy wynikających z nadużywania alkoholu, przeciwdziałania narkomanii, w tym NSP, a także szkód wynikających z uzależnień behawioralnych - idących nierzadko w parze z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych - m.in. hazardu, problemowego używania Internetu (PUI), zespołu uzależnienia od gier komputerowych, zespołu uzależnienia od telefonu komórkowego, zespołu uzależnienia od zakupów czy pracoholizmu.

Wytyczne Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom dot. realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wyraźnie wskazują, że pacjentami placówek uzależnienia od alkoholu są również osoby używające innych niż alkohol substancji psychoaktywnych (najczęściej łącznie z alkoholem), osoby mające rozpoznanie zaburzeń nawyków i popędów oraz członkowie rodzin dotkniętych tymi zaburzeniami.

Działająca do dnia 31 grudnia 2021 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wskazywała, że „choć osoby uzależnione stanowią większość pacjentów tych placówek, to jednak trzeba mieć świadomość, że używając określenia *uzależnienie*, ustawodawca nie zawsze desygnuje je do wąskiej kategorii osób mających nozologiczną diagnozę uzależnienia od alkoholu. Z różnorodności kategorii osób uzależnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu wynika konieczność poszerzania i uelastyczniania ofert pomocowych, bowiem w procesie diagnozowania są osoby z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zaburzeń nawyków i popędów, jak również innych zaburzeń psychicznych".

Wśród różnych zadań będących w kompetencji organu administracji samorządowej, te związane z uzależnieniami są jednymi z trudniejszych do rozwiązania. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów tego zjawiska, a także z kosztów społecznych i ekonomicznych, jakie ponoszą osoby indywidualne, jak również społeczeństwo.

Nadużywanie alkoholu i zażywanie narkotyków powodują wiele szkód społecznych, poprzez zakłócanie porządku publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie.

Program przedstawia zadania własne gminy wynikające z art. 4^1 ust. 1-5 *ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. z 2021 r., poz. 1119 ze zm.), art. 10 ust. 1-2 *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.), art. 6 ust. 1 i 2 *ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249), w związku z art. 2 i 4 *ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469) oraz Celu operacyjnego 2 -

Profilaktyka uzależnień *Narodowego Programu Zdrowia* na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r., poz. 642).

Zadania w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym wykonuje się przez prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo wychowawczych i socjoterapeutycznych, jak również poprzez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności poprzez tworzenie warunków reintegracji osób uzależnionych i współuzależnionych, zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób z grup ryzyka, zapobieganie negatywnym następstwom uzależnień i ryzykownych zachowań.

Program jest kierowany do wszystkich grup społecznych w jakikolwiek sposób związanych z problemem uzależnień i ryzykownych zachowań, bądź zagrożonych prawdopodobieństwem jego wystąpienia.

Inicjatywy realizowane w ramach Programu kierowane są głównie do dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych uwikłanych w problemy wynikające z nadużywania alkoholu, zażywania narkotyków, w tym NSP, a także uwikłanych w uzależnienia behawioralne.

Program jest kontynuacją i rozwinięciem działań podejmowanych przez Gminę w latach ubiegłych, uzupełniony o nowe potrzeby i zdobyte doświadczenia oraz nowe wytyczne w związku z nowelizacją ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2021 r., poz. 2469), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. i wprowadza kilka istotnych zmian do lokalnych systemów rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Nowe potrzeby oraz zdobyte doświadczenia potwierdzają, że działania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych należy prowadzić łącznie z działaniami zapobiegającymi zjawisku narkomanii oraz innym uzależnieniom, bowiem zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży najczęściej występują równocześnie, a przesłanki sięgania po alkohol, narkotyki, w tym NSP i inne substancje psychoaktywne, jak również mechanizm uzależnień behawioralnych są często identyczne. Dlatego istotą Programu jest przeciwdziałanie uzależnieniom, których patomechanizm jest podobny niezależnie od substancji czy czynności, która to uzależnienie wywołuje. Charakter podejmowanych działań w zakresie profilaktyki jest wspólny dla obu uzależnień. Różne rodzaje uzależnień mają ze sobą bardzo wiele wspólnego.

Bez względu na to, czy mowa np. o uzależnieniu od alkoholu, narkotyków czy papierosów, spotykamy się z takim samym lub podobnym przebiegiem, czynnikami ryzyka oraz czynnikami chroniącymi.

Głównym założeniem Programu jest ograniczenie występowania negatywnych zjawisk będących skutkiem nadużywania środków psychoaktywnych przez rozwój działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, wzrost społecznej świadomości związanej z tą tematyką oraz doskonalenie współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w realizację Programu począwszy od placówek oświatowo-wychowawczych, poprzez pomoc społeczną, służbę zdrowia, instytucje strzegące porządku publicznego i przestrzegania prawa, aż do organizacji pozarządowych, które poprzez swoje doświadczenie i zaangażowanie stanowią integralną część profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień i ryzykownych zachowań.

3. Diagnoza problemów alkoholowych i narkotycznych oraz uzależnień behawioralnych

1. Spożycie alkoholu w Polsce

Uzależnienie od alkoholu powoduje szereg groźnych dla zdrowia i życia powikłań. Choroba alkoholowa jest w rzeczywistości znana ludzkości od tysięcy lat i ma swoje podłoże w czynnikach biologicznych, np. genetycznych, psychologicznych, socjalnych oraz środowiskowych. W trakcie nadużywania napojów alkoholowych ujawniają się liczne objawy alkoholizmu, które mają całościowo degradujący charakter dla osoby alkoholika, a także jego otoczenia rodzinnego, gdzie bardzo często pojawia się przemoc domowa.

Niewątpliwie alkoholizm jest chorobą całej rodziny, a nie tylko jednego z członków rodziny. Objawy alkoholizmu jednego z członków rodziny są główną zasadą organizującą i nadającą kształt życiu rodzinnemu. Tak też w okresie początkowym rodzina, podobnie jak alkoholik, zaprzecza istnieniu problemu choroby alkoholowej. Nikt na tym etapie nie myśli o szukaniu jakiejkolwiek pomocy. Potem następują próby pozbycia się problemu, tzn. rodzina ogranicza kontakt z otoczeniem, chroni swój wizerunek zewnętrzny, mimo narastających nieporozumień, konfliktów i awantur. Kolejnym etapem uzależnienia od alkoholu jest faza chaosu - wiąże się ona z utratą nadziei na rozwiązanie problemu. U dzieci coraz bardziej widoczne stają się problemy emocjonalne, a współmałżonek toleruje picie, chroni i kryje

pijącego, stając się tym samym współuzależnionym. Wynika z tego, że cała energia rodziny koncentruje się głównie na próbach wpłynięcia na zachowania alkoholika i na przeciwdziałaniu im. Tym samym zaniedbuje się inne ważne sfery życia rodzinnego, a prawidłowe wychowywanie dzieci na skutek postępującego uzależnienia od alkoholu, właściwie staje się niemożliwe. Uzależnienie od alkoholu staje się osią spraw rodzinnych. Alkoholizm stopniowo zaczyna dominować w obszarze myślenia, kształtowania postaw oraz działań krewnych osoby pijącej.

Choroba alkoholowa w wymiarze interpersonalnym dotyka trwale najbliższych alkoholika i wyrządza im ogromne szkody. Osoby współuzależnione są najczęściej nieświadomymi pomocnikami w piciu i w największym stopniu przyczyniają się do decyzji o jego zaprzestaniu i zwróceniu się o pomoc, mającej na celu możliwe jak najszybsze rozpoznanie objawów alkoholizmu i rozpoczęcie specjalistycznego leczenia.

Znaczna część dzieci dojrzewa w masowej kulturze alkoholowej. Dzieci alkoholików są najbardziej bezbronne i poszkodowane, poza podatnością na uzależnienie od alkoholu przejawią w życiu dorosłym szereg charakterystycznych cech. Są dorosłymi dziećmi alkoholików (DDA). Analizując funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym z łatwością można dostrzec, iż w trudniejszej od partnerów osób pijących sytuacji są ich dzieci, które nie miały żadnego wpływu na funkcjonowanie systemu, w którym się znalazły. Mimo istniejących różnic indywidualnych można określić pewien charakterystyczny zbiór doświadczeń, którym te dzieci musiały sprostać. Należą do nich: poczucie braku oparcia i odrzucenia; trwanie w chaosie i braku możliwości przewidywania przyszłych zdarzeń; funkcjonowanie w ciągłym poczuciu zagrożenia, napięcia, wraz z doświadczaniem aktów przemocy również seksualnej; życie w systemie pozbawionym norm i wartości.

Przetrwanie w świecie przemocy pozbawionym reguł i wartości, bez możliwości uzyskania wsparcia, z koniecznością przejęcia obowiązków rodzica lub rodziców, wymaga wręcz natychmiastowego przystosowania się, czego efektem jest wypracowanie mechanizmów obronnych, pozwalających na poradzenie sobie z brutalną rzeczywistością. Warto zwrócić uwagę, iż dziecko w takich okolicznościach żyje w ciągłym stresie, z którym próbuje radzić sobie w pojedynkę, gdyż doświadczany wstyd uniemożliwia mu poszukiwanie pomocy na zewnątrz. Początkowo nadzieją na zmianę tej trudnej sytuacji jest osiągnięcie wieku dorosłego i usamodzielnienie się. W wielu jednak przypadkach problemy nie kończą się wraz z przekroczeniem dorosłości. Osoby, na których dzieciństwo spędzone w rodzinie alkoholowej

wywarło piętno, z którym trudno poradzić sobie w kolejnych etapach życia określamy mianem osób z syndromem DDA. Efektem doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym są pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu.

Nie wszystkie osoby wzrastające w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów syndromu DDA. Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywają trudności, skutecznie rozwiązują je bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech DDA może jednak przeszkadzać w codziennym życiu i wówczas wymaga psychoterapii.

Z rekomendacji PARPA wynika, że w Polsce jest około 600 tys. osób uzależnionych od alkoholu, a około 2,5 mln naszych rodaków pije nadmiernie i szkodliwie. W ośrodkach lecznictwa uzależnień, które mają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), w 2015 r. leczyło się około 354 tys. osób. Jednym z powodów uzależniania od alkoholu oraz nadmiernego i szkodliwego picia jest powszechne przyzwolenie dla picia alkoholu przy różnych okazjach.

Kultura picia w naszym kraju wcale nie upodobniła się do tej, jaka jest we Francji czy we Włoszech, polegającej na większym spożyciu wina niż mocnych alkoholi. W Polsce nadal bowiem dominuje spożycie wódki.

Średnia spożycia alkoholu w Polsce jest wyższa niż średnia europejska. Według danych WHO w Polsce na jednego mieszkańca przypadało w 2016 roku średnio 10,4 litra czystego alkoholu etylowego, co sprawia, że Polska znajduje się w czołówce europejskich państw pod względem spożycia alkoholu. Z ekspertyzy sporządzonej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wynika, że średnie spożycie alkoholu na jednego mieszkańca w Polsce wynosi 9,4 litra, natomiast w Warszawie jest wyższe od przeciętnego o 50% i wynosi średnio 13,3 litra. Polacy najczęściej piją piwo (56%) i wódkę (36%), rzadziej wino (8%), jednak w samej Warszawie większy jest udział w spożyciu win – jest to 25% całej konsumpcji.
W Polsce śmiertelność związana z konsumpcją alkoholu jest wyższa niż śmiertelność spowodowana takimi chorobami, jak gruźlica, HIV/AIDS i cukrzyca. Spośród wszystkich

zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu, najwięcej było skutkiem urazów (28,7%), chorób przewodu pokarmowego (21,3%), chorób sercowo-naczyniowych (19%), chorób zakaźnych (12,9%) i nowotworów (12,6%).

Jak podawała PARPA umieralność kobiet nadużywających alkoholu jest wyższa niż mężczyzn, przy czym główne jej przyczyny to: alkoholowe uszkodzenie wątroby, zapalenie trzustki, wypadki i przemoc, samobójstwa, nowotwory i choroby serca. Z szacunków PARPA wynika, że w Polsce może być nawet 1,5 mln kobiet uzależnionych od alkoholu lub tzw. pijących szkodliwie.

Wyraźny wzrost konsumpcji alkoholu widać wśród młodych Polek mieszkających w dużych miastach. Może to wynikać z aktywności kobiet, głównie tej zawodowej. Zauważalne jest, że Polki podejmują zadania obciążone dużym stresem oraz są poddane presji na sukces, zwłaszcza ten zawodowy.

2. **Alkohol, a młodzież w Polsce .**

Picie alkoholu w młodym wieku wpływa na rozwijający się mózg. Badania wykazały, że w mózgu nastolatka pijącego alkohol tworzy się znacznie mniej komórek mózgowych (mózg kształtuje się do około 25 roku życia) oraz można dostrzec zmiany w funkcjonowaniu neuroprzekaźników (połączeń komórkowych). Dlatego picie alkoholu w młodym wieku pogarsza umiejętności poznawcze, m.in. osłabia pamięć i zaburza koncentrację oraz upośledza funkcjonowanie społeczne. Picie alkoholu negatywnie wpływa na funkcjonowanie poszczególnych układów i organów w ciele człowieka. Szkody zdrowotne to jednak nie jedyne konsekwencje picia alkoholu w młodym wieku. Zaliczyć do nich należy także m.in. większe ryzyko uczestniczenia w wypadkach komunikacyjnych, stosowania przemocy lub doświadczenia jej z czyjejś strony, pogorszenia wyników szkolnych czy podejmowania zachowań przestępczych lub ryzykownych (np. przypadkowy seks, który rodzi niebezpieczeństwo zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową lub nieplanowanej ciąży). Młodzi zazwyczaj nie wiedzą, jak działa na nich alkohol, dlatego są bardziej narażeni na przedawkowanie alkoholu. Warto także pamiętać, że osoby, które zaczynają pić alkohol przed ukończeniem 15 roku życia, aż cztery razy częściej uzależniają się od alkoholu w dorosłości.

Z raportu „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną" przygotowanego

w 2019 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii, jak również z raportu Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) - Raport „Młodzież 2018" wynika, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Wspomniany w/w raport „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną" wyraźnie pokazuje, że chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 80,0% uczniów z grupy wiekowej 15-16 lat oraz 92,8% uczniów z grupy wiekowej 17-18 lat. Picie alkoholu jest na tyle powszechne, że w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem piło 46,7% uczniów w wieku 15-16 lat oraz 76,1% uczniów w wieku 17-18 lat. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 11,3% uczniów w wieku 16-16 lat oraz 18,8% uczniów w wieku 17-18 lat. W czasie całego życia nie upiło się tylko 66,7% uczniów w wieku 15-16 lat oraz 43,4% uczniów w wieku 17-18 lat. Od kilku lat poziom spożycia alkoholu wśród młodzieży utrzymuje się na podobnym poziomie. W 2018 roku (Raport „Młodzież 2018") uczniowie najczęściej sięgali po piwo (74% uczniów deklarowało jego spożycie w miesiącu poprzedzającym przeprowadzenie badania; w 1992 roku było to 49%), w drugiej kolejności – po wódkę i inne mocne alkohole (62%). Na trzecim miejscu było wino (43% badanych).
Po piwo częściej sięgają chłopcy niż dziewczęta. Jak podano w Raporcie „Młodzież 2018" - „najwięcej młodzieży, która nie pije piwa, jest w liceach ogólnokształcących (30%) i profilowanych zawodowych lub technicznych (34%). Najmniej uczniów niepijących piwa jest w szkołach zawodowych – 23%. Piwo jest także popularniejsze wśród uczniów uważających się za dwójkowych i trójkowych (79%) niż w grupie uczniów piątkowych i szóstkowych (64%)".
Czynnikiem wpływającym na spożycie piwa jest wykształcenie rodziców, przy czym wyższe wykształcenie matki i ojca oznacza niższy odsetek deklarujących picie piwa. Jednocześnie, sytuacja materialna rodzin nie jest czynnikiem różnicującym picie piwa, jest nim natomiast religia. Uczniowie, którzy uczestniczą w obrzędach religijnych kilka razy w tygodniu zdecydowanie rzadziej sięgają po piwo niż uczniowie niepraktykujący.
Drugim w kolejności alkoholem, po który sięga młodzież szkolna, jest wódka oraz inne mocne trunki. W badaniu z 1992 roku spożycie tychże deklarowało jedynie 28% uczniów. Z roku na rok pijących przybywało – w 2013 roku odnotowano najwyższy odsetek – 68%. W 2018 roku spożycie wódki i innych mocnych alkoholi spadło do poziomu 63%.
Zdecydowanie częściej po wódkę sięgają chłopcy niż dziewczęta. Częściej są to również uczniowie liceów i techników. Jak wskazano w Raporcie „Młodzież 2018" - „wódka jest

popularniejsza wśród uczniów uważających się za dwójkowych, trójkowych lub czwartkowych – 64% – niż w grupie badanych piątkowych i szóstkowych – 58%". W świetle badania nie ma jednak znaczenia wielkość miejscowości. Istotny jest natomiast status materialny rodziny. Z badań wynika, że osoby oceniające warunki materialne swojej rodziny jako dobre częściej piją wódkę i inne mocne alkohole, niż osoby oceniające je jako złe. Zależność jest również widoczna na tle wykształcenia rodziców – im jest ono wyższe, tym niższy odsetek sięgających po alkohol młodych.

Picie wina deklaruje 43% polskiej młodzieży, przy czym częściej sięgają po nie dziewczęta. Według danych Raportu „Młodzież 2018" – „najwyższy odsetek niepijących wina odnotowano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych – 67%. Jednocześnie po wino najczęściej sięgają badani z miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (61%). Wykształcenie rodziców przekłada się na spożycie trunku – uczniowie mający ojców i matki z wykształceniem podstawowym rzadziej piją wino".

W miesiącu poprzedzającym badanie co najmniej raz upiła się prawie połowa uczniów (44%). Przynajmniej 3 razy zdarzyło się to 13%. z nich. Częściej byli to chłopcy niż dziewczęta (50% chłopcy, 39% dziewczęta) oraz uczniowie zasadniczych szkół zawodowych niż licealiści (51% uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej, 44% licealiści; 43% uczniowie w technikach). Jak wskazano w w/w Raporcie „upija się więcej uczniów słabych (dwójkowych i trójkowych – 47%) niż tych, którzy uzyskują lepsze oceny (czwórkowi – 42%, piątkowi i szóstkowi – 40%)" Nie odnotowano związku między wykształceniem rodziców, a upijaniem się ich dzieci. Nie ma również różnicy w przypadku młodzieży z rodzin uboższych, a tych deklarujących dobrą sytuację materialną. Rzadziej upija się również młodzież w miastach powyżej 500 tys. ludności (41%).

3. **Spożycie alkoholu w Gminie Nieporęt.**

Z Diagnozy Problemów Społecznych na terenie Gminy Nieporęt przeprowadzonej w listopadzie 2017 roku wynika, iż wśród dorosłych mieszkańców Gminy Nieporęt codzienne spożycie alkoholu zadeklarowało 2% ankietowanych, spożycie alkoholu kilka razy w tygodniu zadeklarowało 25% ankietowanych, spożycie alkoholu kilka razy w miesiącu zadeklarowało 30% ankietowanych, spożycie alkoholu kilka razy w roku zadeklarowało 12% ankietowanych, natomiast, że nie pije alkoholu zadeklarowało 31% ankietowanych. Alkoholem po który najchętniej sięgali dorośli mieszkańcy Gminy Nieporęt jest piwo (46%),

kolejno: wino (30%), wódka (9%), likiery (6%), nalewki (11%) i inne (7%).
Z kolei Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie w Gminie Nieporęt na lata 2020-2023 wskazuje, iż na przestrzeni trzech lat w 2019 roku zwiększyła się liczba rodzin z problemem alkoholowym korzystających z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nieporęcie. Wynika to prawdopodobnie z powodu lepszego rozeznania środowisk przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Nieporęcie oraz Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nieporęcie.
Wracając do w/w Diagnozy Problemów Społecznych na terenie Gminy Nieporęt wśród ankietowanych były również dzieci i młodzież – uczniowie z terenu Gminy Nieporęt. W badaniu wzięło udział 303 uczniów, tj. 63% uczniów w wieku 13-15 lat, 34% uczniów w wieku 10-12 lat oraz 3% uczniów w wieku 16-17 lat.
W kwestii częstotliwości sięgania po napoje alkoholowe przez ankietowanych wynika, iż 65% ankietowanych uczniów przyznało, że nigdy w życiu nie sięgało po napoje alkoholowe, 13% uczniów sięgało po napoje alkoholowe 1-2 razy w życiu, 9% uczniów sięgało po napoje alkoholowe 3-5 razy w życiu, natomiast 3% uczniów sięgało po napoje alkoholowe 6-9 razy w życiu. Do picia alkoholu 10-19 razy w życiu przyznało się 3% uczniów, 20-39 razy 2% uczniów, a 40 razy i więcej alkohol piło 4% ankietowanych uczniów.
Z Diagnozy wynika, iż w przeciągu ostatnich 12 miesięcy 76% uczniów nie spożywało w ogóle alkoholu, 11% uczniów w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło 1-2 razy alkohol, 5% piło 3-5 razy, 6-9 razy piło 3% uczniów, 10-19 razy 3% uczniów, 20-39 razy 2% uczniów, zaś 40 i więcej razy piło 4 % ankietowanych uczniów.
Spożycie alkoholu w przeciągu ostatniego miesiąca zadeklarowało 11% ankietowanych uczniów, w tym 1-2 razy piło 6% uczniów, 3-5 razy 2% uczniów, 6-9 razy 1% uczniów, 10-19 razy 1% uczniów oraz 40 i więcej razy 1% uczniów. Dane te pokazują, iż uczniowie nadużywają alkohol, co jest bardzo niepokojące.
W kwestii spożywania przez uczniów rodzajów alkoholu poproszono uczniów o wskazanie ilości wódki wypitej podczas ostatniej sytuacji w której spożywali alkohol i 82% przyznało, że nie pije w ogóle wódki, a 7% uznało, iż ostatnim razem nie piło wódki. Osoby, które ostatnim razem spożywały ten alkohol deklarują, iż wypili: mniej niż jeden kieliszek (4%), 1-2 kieliszki (1%), 3-5 kieliszków (2%) oraz 6 lub więcej kieliszków (4%).
Celem sprawdzenia częstotliwości sięgania przez uczniów po wino poproszono ich o wskazanie ilości wypitego wina, podczas ostatniej sytuacji, kiedy pili alkohol i 82% uczniów nigdy nie piła wina, a 5% uczniów ostatnim razem nie spożywała tego alkoholu. Pozostali uczniowie przyznali, iż wypili mniej niż jeden kieliszek (9%), 1-2 kieliszki (2%), pół butelki

(1%) oraz butelkę lub więcej (1%). Kolejnym alkoholem po który sięgają uczniowie jest piwo. 73% uczniów przyznało, iż nigdy nie pili piwa. Mimo to ten alkohol jest najpopularniejszy wśród młodych ludzi. Uczniowie, którzy pili piwo kiedykolwiek deklarują, iż: ostatnim razem go nie pili (10%), wypili mniej niż jedną butelkę lub puszkę (11%), wypili 1-2 butelki/puszki (4%) oraz wypili 5 lub więcej butelek/puszek (2%). Zdecydowana większość uczniów przyznała, że nigdy nie wypiła więcej niż 5 drinków z rzędu. Osoby, którym się to zdarzyło najczęściej wskazują, że taka sytuacja miała miejsce raz (2%), 2 razy (2%), 3-5 razy (2%) oraz 10 i więcej razy (3%). Celem sprawdzenia częstotliwości upijania się przez uczniów, poproszono o wskazanie jak często zdarzyło im się upić jakimś napojem alkoholowym. Odpowiedzi udzielano w odniesieniu do trzech okresów: ciągu całego życia, ostatniego roku i ostatniego miesiąca. Wynika, że 85% uczniów przyznało, iż nigdy w życiu się nie upiło, 1-2 razy zdarzyło się to 8% ankietowanych, 3-5 razy 4% respondentów, 6-9 przytrafiło się to 1% osób, 10-19 razy 1% osób oraz 40 i więcej razy zdarzyło się to 2% uczniów. Analizując częstotliwość upijania się w przeciągu ostatniego roku można zauważyć, że znacznie więcej osób nie spożywało w tym czasie alkoholu – taką odpowiedź zadeklarowało 91% uczniów, 1-2 razy w roku upiło się 6% uczniów, 3-5 razy 1%, 6-9 razy 1%, a 40 i więcej razy 2% uczniów.

W przeciągu ostatniego miesiąca 4% uczniów upiło się napojem alkoholowym, z czego 2% z nich zdarzyło się to 1-2 razy w miesiącu, 3-5 razy 1% oraz 40 i więcej razy upił się 1% uczniów.

Celem pogłębienia informacji dotyczących przypadków upicia się przez uczniów poproszono ich o zaznaczenie na skali od 1 do 11 stopnia upicia alkoholem, gdzie 1 oznaczał lekki rausz, 10 – bardzo silne upicie, niemożność utrzymania się na nogach, a 11 – nigdy nie byłam/em pijana/y. Zdecydowana większość, bo aż 83% uczniów, tj. 250 osób przyznało, że nie zdarzyła im się nigdy sytuacja upicia alkoholem. Wśród osób, którym zdarzyło się upić alkoholem, większość oceniła stan swojego upojenia nisko, co oznacza, że nie wypijają oni jednorazowo dużo alkoholu. Jednak 2% uczniów oceniła stan swojego upojenia alkoholowego na 10 punktów, co oznacza bardzo silne upojenie. Jest to dość niepokojący fakt wskazujący na obecność problemu alkoholowego wśród młodzieży. Większość uczniów przyznało, że nie piła alkoholu (64%) lub też nie była nigdy pijana (23%).

Analizując problem alkoholowy z badań ogólnopolskich wynika, iż napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie

jak ma to miejsce wśród dorosłej części społeczeństwa. W przypadku młodzieży w Gminie Nieporęt zauważyć można niższy odsetek sięgania po alkohol w porównaniu do danych ogólnopolskich. Można również zauważyć, iż uczniowie Gminy Nieporęt rzadziej upija się alkoholem niż uczniowie w Polsce.

4. **Narkomania w Polsce.**

Z „Raportu o stanie narkomanii w Polsce" za rok 2019, który jest przygotowany głównie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) wynika, że używanie narkotyków jest o wiele mniej rozpowszechnione niż picie napojów alkoholowych. Według danych z badań populacyjnych odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w 2018 roku w Polsce jest 16 razy niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Używanie alkoholu w 2018 roku odnotowano na poziomie 89,7%, podczas gdy w przypadku narkotyków odsetek wyniósł 5,4% (dane osób w wieku 15-64 lata).

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 2018 roku było wyższe niż w całej populacji. Odsetek osób używających narkotyków w wieku 15-34 lata wyniósł 10,4%. Dla przykładu: Francja 22,6%, Włochy 21,0%, Czechy 20,7%. Polska zatem znajduje się w grupie krajów o niższych wskaźnikach.

Według badania KBPN 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.

Wśród osób, które podejmowały leczenie największy odsetek osób podało problem z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnień. Drugą substancją była amfetamina. Do zażywania amfetaminy w 2018 roku przyznało się 1,4% badanych w wieku 15-34 lata.

Z kolei kokaina nie ma wysokiego poziomu rozpowszechnienia w Polsce. Wyniki badań w populacji 15-34 lata pokazują, że odsetek użytkowników w 2018 roku wyniósł 0,5% (według danych dotyczących zgłaszalności do leczenia), natomiast tylko 2,2% osób podjęło leczenie z powodu uzależnienia od kokainy.

Z badań wynika, że poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany, w Polsce na tle Europy nie jest wysoki i wynosi 7,8%. Najwyższe wskaźniki odnotowano: Francja 21,8%, Włochy 20,9%, Czechy 19,3%, najniższe zaś: Węgry 3,5%, Cypr 4,3%.

Inny natomiast jest obraz w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież. Według badań ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs) przeprowadzonych w 2018 r. wśród młodzieży szkolnej odsetek marihuany i haszyszu wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat znajduje się powyżej średniej europejskiej, tj. na poziomie 24% w Polsce, natomiast dla innych krajów europejskich na poziomie 16%.
Pod koniec 2018 roku Fundacja CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej) oraz KBPN przeprowadziły ogólnopolskie badania młodzieży szkolnej na losowej próbie 80 dziennych szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki pokazały, że najczęściej zażywane przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich ”kiedykolwiek w życiu” przyznało się 38% badanych uczniów (w 2016 r. 42%). W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, zaś w 2016 r. 21%), natomiast w ciągu ostatnich 30 dni co dziesiąty uczeń (10%, w 2016 r. – 9%).

W kwestii leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza zażywanie kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 r. 19%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – co siódmy uczeń (14%, w 2016 r. 9%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co osiemnasty uczeń (6%, w 2016 r. 4%). Sięganie po te leki jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Na drugim miejscu pod względem rozpowszechniania używania narkotyków wśród uczniów jest amfetamina. Z raportu „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” przygotowanego w 2019 roku przez KBPN, PARPA oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii wynika, że w 219 roku w grupie uczniów 15-16 lat było to 4,2%. Wśród uczniów w wieku 17-18 lat jest to natomiast ectasy (5,1%). Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy w ciągu ostatnich 30 dni sięgnęli po NSP, czyli tzw. „dopalacze” wyniósł 2,5%, natomiast wśród uczniów w wieku 17-18 lat 2,2%.

Używanie narkotyków jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Rozpowszechnienie używania NSP (tzw. „dopalaczy"), jest niższe niż przetworów konopi. Wśród uczniów w wieku 15-16 lat używało ich 5,2%, natomiast wśród uczniów w wieku 17-18 lat 5,3% używało kiedykolwiek tej substancji. Skład chemiczny NSP nie jest znany. NSP powodują nieprzewidywalne reakcje psychofizyczne i wielowymiarowe szkody zdrowotne. Mają bardzo silny mechanizm uzależnienia psychicznego. Niosą ze sobą wysokie ryzyko śmierci i trwałych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Według danych Ośrodka Kontroli Zatruć w Warszawie ilość zatruć z powodu NSP po rekordowej ilości 7.206 osób w 2015 roku spadło do 2.178 zatruć w 2019 roku. Używanie NSP jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

5. Skala zjawiska uzależnienia od narkotyków w Gminie Nieporęt.

Z Diagnozy Problemów Społecznych na terenie Gminy Nieporęt przeprowadzonej w listopadzie 2017 roku wynika, iż do zażywania substancji psychoaktywnych przyznał się co czwarty dorosły ankietowany. Osoby, które sięgały po te substancje deklarowały, iż zażywały je kilka razy w miesiącu (17%), jedynie jednokrotnie – taką odpowiedź wskazało 6% badanych dorosłych osób, natomiast 1% ankietowanych zażywa narkotyki kilka razy w roku, a kolejny 1% zażywa te substancje 6 razy w tygodniu. Nie zażywa narkotyków 75% ankietowanych. Mieszkańcy, którzy mieli kontakt z narkotykami przyznali, iż zażywali marihuanę (100%) oraz amfetaminę (40%). Żaden z ankietowanych mieszkańców twierdzi, że nie sięgał po pozostałe substancje (dopalacze, sterydy, środki nasenne, ekstazy, grzyby halucynogenne, LSD, kokaina).
Skalę problemu narkotykowego oszacowano również wśród uczniów ze szkół Gminy Nieporęt. W badaniu wzięło udział 63% uczniów w wieku 13-15 lat, 34% uczniów w wieku 10-12 lat oraz 3% uczniów w wieku 16-17 lat.

Na początek zapytano ankietowanych uczniów czy kiedykolwiek słyszeli o którymś z następujących środków odurzających. Najwięcej uczniów kojarzy marihuanę lub haszysz (83%) oraz leki uspokajające lub nasenne (81%). W dalszej kolejności uczniowie wskazali znajomość: kokainy (80%), amfetaminy (78%), heroiny (76%), grzybów halucynogennych (76%), LSD (69%), polskiej kokainy – tzw. „kompot" (44%), ectasy (37%), cracka (29%), metadonu (28%), GHB (18%) i Relevinu (14%, Relevin to nieistniejący narkotyk, nazwa wymyślona na potrzeby badania). Uczniowie zostali zapytani czy kiedykolwiek chcieli spróbować któregoś z w/w środków i 10% odpowiedziało, że tak. Do zażywania marihuany lub

haszyszu w przeciągu całego życia przyznało się 6% uczniów, 2% z nich robiła to 1-2 razy, 10-19 razy 1%, a 40 i więcej razy 2% uczniów. W przeciągu ostatniego roku marihuanę lub haszysz zażywało 5% uczniów, w tym 2% robiła to raz lub dwa razy, 1% uczniów zażywało te substancje 20-39 razy i 1% 40 lub więcej razy. W ostatnim miesiącu po marihuanę lub haszysz sięgnęło 2% uczniów, w tym 1% miało z nią kontakt 1-2 razy, a kolejny 1% osób 40 i więcej razy. Szczególnie niepokojący jest fakt, iż 1% uczniów deklaruje, że sięga po marihuanę lub haszysz praktycznie codziennie, co wskazuje na uzależnienie od tej substancji.
W badaniu zapytano uczniów o kontakt z substancjami chemicznymi w celu odurzania. W przeciągu całego życia 17% uczniów miało z nimi kontakt, w tym 5% raz lub dwa razy, 2% uczniów 3-5 razy, 3% zażywało je 6-9 razy, kolejne 2% robiło to 10-19 razy oraz 20-39 razy, 4% uczniów sięgała po te substancje 40 lub więcej razy w przeciągu całego życia. W ostatnim roku kontakt z substancjami chemicznymi miało 11% uczniów, w tym 3% 1-2 razy, 1% 3-5 razy oraz 6-9 razy i 20-39 razy, a 4% uczniów miało kontakt z tymi substancjami 40 i więcej razy.

W ostatnim miesiącu 8% uczniów zażywało substancje chemiczne, w tym 3% robiło to raz lub dwa razy, po 1% 3-5 razy i 10-19 razy, 3% uczniów zażywało te substancje 40 i więcej razy, co pokazuje, że uczniowie ci mogą być uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Następnie poproszono uczniów o wskazanie substancji psychoaktywnych, które zdarzyło im się kiedykolwiek używać. Leki uspokajające lub nasenne zażywało 7% uczniów, w ciągu ostatniego roku brało je 1%, a w ostatnim miesiącu 4% uczniów.
Marihuanę lub haszysz 3% uczniów zażywała kiedykolwiek w życiu, 1% robiła to w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a kolejny 1% w przeciągu ostatniego miesiąca.
Do kontaktu z amfetaminą w przeciągu całego życia, 12 miesięcy i ostatniego miesiąca przyznało się 1% uczniów. Crack stosował 1% uczniów kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatniego roku i w ciągu ostatniego miesiąca. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku zażywania kokainy – kiedykolwiek w życiu kontakt z ta substancją miało 1% uczniów, a kolejny 1% w ciągu ostatniego roku i miesiąca.

Relevin, heroinę, metadon, ecstasy, GHB, „polską heroinę" – tzw. „kompot" oraz grzyby halucynogenne kiedykolwiek w życiu, ostatniego roku oraz w ciągu ostatniego miesiąca stosował 1% uczniów. Dane te pokazują, że uczniowie w przeciągu ostatniego miesiąca często sięgali po substancje psychoaktywne.

W dalszej części badania zapytano uczniów jak często zdarzało im się sięgać po następujące środki psychoaktywne: leki uspokajające lub nasenne, marihuana lub haszysz, LSD, amfetamina, crack, kokaina, Relevin, heroina, ectasy, GHB, metadon, grzyby halucynogenne, polska heroina – tzw. „kompot". Aż 2% uczniów przyznało, że 40 razy lub więcej sięgało po wszystkie substancje psychoaktywne. Jedynie leki uspokajające 4% uczniów zażywało 1-2 razy oraz 2-5 razy 2% uczniów. Po marihuanę lub haszysz sięgało 2% uczniów. Dane te pokazują, że uczniowie nie tylko eksperymentują z substancjami psychoaktywnymi, ale często zażywają je regularnie.

Z badania wynika, że pierwszym środkiem psychoaktywnym, który stosowali uczniowie były leki nasenne lub uspakajające bez zalecenia lekarza (5%), marihuana lub haszysz (4%), „polska heroina" (1%) oraz środek, którego uczniowie nie potrafili nazwać (1%). Analizując problem narkotykowy z badań ogólnopolskich wynika, iż nie przybiera on tak dużych rozmiarów jak problem alkoholowy. W przypadku uczniów ze szkół w Gminie Nieporęt problem narkotykowy również nie przybiera dużych rozmiarów. Co istotne, uczniowie Gminy Nieporęt rzadziej niż ich rówieśnicy w Polsce sięgają po substancje psychoaktywne.

6) Dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia i uwarunkowań uzależnień behawioralnych (czynniki ryzyka i czynniki chroniące) – skala ogólnopolska.
*z danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

6.1) Populacja 15+

a) Hazard

W 2019 roku osoby grające w czasie ostatnich 12 miesięcy na pieniądze stanowili 37,1% populacji osób w wieku powyżej 15 roku życia. W porównaniu do wyniku uzyskanego w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2015 roku, odsetek ten wzrósł o 2,9 punktu procentowego.

Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdrapki (16,3%), a dalej loterie lub konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (3,8%).

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).

Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacujemy na ok. 27 tys. osób. W poprzedniej edycji badania, w 2015 roku, liczbę grających patologicznie szacowano na 34.051 osób, co oznacza, że w ciągu tego okresu nastąpił spadek o blisko 20%. W porównaniu z poprzednim badaniem 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.

b) Internet

Trzy czwarte Polaków w wieku powyżej 15 roku życia deklaruje korzystanie z Internetu. W stosunku do pomiaru z 2012 roku nastąpił przyrost odsetka o prawie 13 punktów procentowych. Przeważająca większość korzystających z sieci (98,0%) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z Internetu.

Problem z uzależnieniem od Internetu (wymiennie bywa stosowane określenie „problemowe użytkowanie Internetu - PUI") 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. 465 000 osób. Zagrożeni uzależnieniem lub już uzależnieni rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni.

c) Zakupy

Poziom zagrożenia kompulsywnymi zakupami notuje się na podobnym poziomie, co w latach ubiegłych. 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.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 25-34 lata, choć w stosunku do poprzedniego pomiaru zjawisko kompulsywnego kupowania wyraźnie nasiliło się wśród ludzi bardzo młodych (15-17 lat). Podobnie jak we wcześniejszych badaniach, na kompulsywne zakupy bardziej narażone są kobiety niż mężczyźni. W grupie zagrożonych mężczyzn najwięcej jest chłopców w wieku od 15 do 17 lat, zaś w grupie kobiet – osób od 25 do 34 lat. 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.

d) Praca

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, w szczególności osoby w wieku 25-34 lata. Istotnym czynnikiem ryzyka są różne aspekty aktywności zawodowej. Zagrożeniu pracoholizmem 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.

Wyniki badania z 2019 roku, podobnie jak w poprzednich badaniach, wskazują, że na poziomie ogólnym w badanej populacji Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w zbliżonym stopniu.

6.2) Zjawisko uzależnień behawioralnych w grupie młodzieży szkolnej.

a) Granie w gry hazardowe

W gry hazardowe, czyli takie w których można wygrać lub przegrać pieniądze, chociaż raz, kiedykolwiek w życiu grało 18,2% badanych piętnasto-szesnastolatków oraz 21,4% siedemnasto-osiemnastolatków. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,5% uczniów z młodszej kohorty i 7,9% uczniów ze starszej kohorty. Porównanie wyników z 2019 r. z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy odsetków badanych, którzy grali w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu, oraz tych którzy robili to w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik grania w czasie ostatnich 30 dni w starszej kohorcie nie uległ zmianie, zaś w młodszej zmniejszył się dopiero w 2019 r. W obu badanych kohortach rozpowszechnienie grania w gry hazardowe jest większe wśród chłopców niż wśród dziewcząt. W młodszej kohorcie uczniowie, których wg wyników testu przesiewowego LIE/BET3 można było zaliczyć do grona graczy problemowych stanowili 1,3% badanych, zaś w starszej – 1,2%.

b) Media społecznościowe

W badaniu ESPAD zawarto też pytania dotyczące korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype oraz grania w gry na urządzeniach elektronicznych (komputer, smartfon, konsola, gry wideo). Analiza typowego dnia nauki szkolnej młodszej badanej grupy (15-16 lat) pokazuje najliczniejszą podgrupę 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 podgrupy badanych: podgrupa korzystająca ponad 6 godzin dziennie (26,4%) oraz korzystająca ok. 2-3 godzin (24,6%). W starszej grupie wiekowej, w typowym dniu nauki w szkole, 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%). Czas spędzamy w Internecie nie jest wskaźnikiem świadczącym o uzależnieniu natomiast jest sygnałem ostrzegawczym wymagającym analizy i monitorowania ze strony rodziców. Większa ilość czasu wolnego w

weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z mediów społecznościowych, zwłaszcza w przypadku młodszej grupy wiekowej.

Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype. W młodszej grupie 44,0% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, około 40,9% jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęca na tą aktywność za dużo czasu. Co szósty (17,4%) ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie rozkład odpowiedzi jest podobny - analogiczne odsetki wynoszą 46,4%, 35,9% oraz 13,4%.

c) Gry cyfrowe

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier wideo na urządzeniach elektronicznych, takich komputer, smartfon, konsola. W młodszej grupie 21,7% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tą aktywność za dużo czasu, 17,1% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,0% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są niższe, 14,0% uczniów uważa, że spędza za dużo czasu na graniu, takiego zdanie jest 16,5% ich rodziców, a 6% ma zły humor, gdy nie może grać.

d) Czas spędzany w Internecie

Od pierwszych edycji badania „Nastolatki 3.0" 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). Rodzice nie doszacowują czasu, jaki ich nastoletnie dzieci spędzają w Internecie, oraz nie kontrolują korzystania z sieci w godzinach nocnych. W opinii rodziców ich dzieci korzystają z sieci średnio 3 godziny i 38 minut. Jedynie 1,8% rodziców wskazuje, że ich dzieci korzystają z Internetu w czasie przeznaczonym na sen (po 22:00).

e) Inicjacja internetowa

Badania wskazują, że młodsi uczniowie rozpoczynają samodzielne korzystanie z Internetu (bez nadzoru rodziców) wcześniej niż ich starsi koledzy. Średnia inicjacji internetowej w szkole podstawowej wynosi 6 lat i 8 miesięcy. Uczniowie szkół średnich (17 l.) deklarują, iż zaczęli samodzielnie używać Internetu w wieku – 8 lat. W 2016 r. średnia ta wynosiła 9 lat 5 miesięcy. Niektóre dzieci rozpoczynają samodzielne użytkowanie Internetu mając zaledwie 4 lata (4,6%). Dzieci coraz wcześniej otrzymują własne urządzenia z dostępem do Internetu. Największy odsetek uczniów (40,7%) deklaruje, że pierwszy telefon z dostępem do Internetu otrzymało w wieku 9 -10 lat, jednak co piąty nastolatek wskazuje, że już w wieku 7 - 8 lat miał do dyspozycji telefon z dostępem do sieci (20,5%). Biorąc pod uwagę mobilność takiego urządzenia, można zakładać niekontrolowany dostęp do urządzeń cyfrowych umożliwiających łączenie się z Internetem nawet w grupie bardzo małych dzieci.

f) Problemowe użytkowanie Internetu (PUI)

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 (zjawisko mierzono testem E-SAPS18) 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). 64,1% badanych nastolatków przyznaje, że powinna mniej korzystać z telefonu. Prawie co trzeci nastolatek (29,8%) odczuwa potrzebę korzystania stale ze smartfona, a 50,2% podaje, że korzysta z telefonu dłużej niż zamierzała. 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. 37,9% młodych ludzi podejmuje zakończone niepowodzeniem próby ograniczania korzystania z telefonu, 26,1% z powodu używania go zaniedbuje zaplanowane czynności lub obowiązki. Kategorią nastolatków, która relatywnie najmocniej jest obciążona problematycznym użytkowaniem Internetu, są dziewczęta uczęszczające do szkoły ponadpodstawowej.

Co ciekawe, na rzecz możliwości dłuższego spędzania czasu w Internecie co trzeci nastolatek (30,6%) byłby gotów zrezygnować z udziału w nabożeństwie, a co piąty z odrabiania lekcji i nauki (23,2%). 27% byłoby w stanie zrezygnować z oglądania telewizji, 20,6% z

dodatkowych zajęć pozaszkolnych, 19,7% z wywiązywania się z obowiązków domowych, a 13,4% ze sportu i aktywności fizycznej.

Rodzice mają świadomość problemu, lecz nie mają dość dokładnego wglądu w to, jak bardzo smartfony i Internet stały się części życia ich dzieci. Czterech na pięciu rodziców wskazuje, że ich dziecko powinno mniej korzystać ze swojego telefonu/smartfona (79,6%), jednak większości przypadków rodzice nie doszacowują skali problemu w poszczególnych wskaźnikach PUI np.: tolerancja, wycofanie, objawy somatyczne. Przykładowo tylko 14,8% rodziców dostrzega, że ich dziecko ma problemy w funkcjonowaniu bez smartfona (przyznaje się do tego 31,0% nastolatków), a 26,2% zauważyło nieudane próby ograniczania korzystania z telefonu przez dziecko (takie próby podejmuje 37,9% nastolatków).

6.3) Korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci

W badaniach CBOS w 2019 roku po raz pierwszy uwzględniona została kwestia kontaktu małych dzieci z Internetem poprzez blok pytań adresowanych do rodziców bądź opiekunów dzieci w wieku 1-5 lat. Z deklaracji rodziców wynika, że z urządzeń mobilnych korzysta jedna trzecia dzieci między 12 a 23 miesiącem życia i blisko dwie trzecie dzieci mających od 2 do 5 lat. Wśród najmłodszych dzieci średni czas spędzany w ciągu dnia z mobilnym ekranem wynosi 44 minuty, a wśród starszych – 49 minut. Na ogół spędzają one czas z urządzeniami przenośnymi w towarzystwie rodziców lub innych osób dorosłych, w mniejszym stopniu same. Jak deklarują rodzice, treści, z którymi dzieci mają styczność poprzez mobilne ekrany, przeważnie są dostosowane do ich wieku, można jednak zauważyć, że najmłodsze dzieci (12-23 miesiące) około trzykrotnie częściej niż te starsze (2–5 lat) konsumują treści zróżnicowane, nie tylko takie, które są adresowane wyłącznie do dzieci. Najwięcej badanych mających dzieci poniżej 6 roku życia wykorzystuje urządzenia mobilne do zajęcia czasu nudzącym się podopiecznym. Rzadziej stosuje się je po to, aby dzieci uspokoić, a jeszcze rzadziej, by je za coś nagrodzić lub skłonić do zjedzenia posiłku. Rodzice dzieci w wieku od 2 do 5 lat wyraźnie częściej niż opiekunowie młodszych wprowadzają urządzenia przenośne w celu gratyfikacji oraz niwelowania nudy. Ta ostatnia motywacja – oferowania dzieciom smartfonów i tabletów jako sposobu na nudę – jest najsilniej skorelowana z czasem, jaki spędzają one przed mobilnymi ekranami.

Powyższe dane korespondują z badaniami pod nazwą „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania

z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat" przeprowadzonymi przez Akademię Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Badanie 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.

Większość dzieci korzysta z urządzeń mobilnych z dostępem do Internetu (75%). Dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez ponad 1 godzinę dziennie. Podobnie, jak w badaniu CBOS większość dzieci korzysta wyłącznie z treści adresowanych do dzieci (88%). 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.

ROZDZIAŁ II

1. Podejmowane działania

Program określa lokalną strategię w zakresie rozwiązywania problemów z obszaru uzależnień, w tym alkoholizmu, narkomanii i uzależnień behawioralnych i minimalizowania szkód zdrowotnych i ekonomicznych wynikających z uzależnień i innych zachowań społecznie nieakceptowalnych, których realizacja powinna przyczynić się do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego mieszkańców Gminy Nieporęt, właściwego wychowywania młodego pokolenia, a także zapewnienia ładu i zwiększenia poczucia bezpieczeństwa społeczności lokalnej, a w szczególności:

1) określa zadania i przyporządkowuje im działania formułowane w oparciu o dostępne zasoby;

2) wskazuje narzędzia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami;

3) wskazuje podmioty odpowiedzialne za realizację;

4) określa źródła ich finansowania.

2. Zadania Programu

Prowadzenie działań związanych z ograniczeniem występowania negatywnych zjawisk będących skutkiem nadużywania środków psychoaktywnych przez rozwój działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień, wzrost społecznej świadomości związanej z tą tematyką, integracja społeczna i zawodowa osób uzależnionych oraz doskonalenie współpracy między instytucjami zaangażowanymi w realizację Programu należy do zadań własnych gmin.

W szczególności zadania te obejmują:

1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;

2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;

3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących
w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;

4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;

5) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13^1 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;

6) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Odpowiadające zadaniom działania w ramach realizacji Programu, które przewiduje się w latach 2022-2024:

1) realizacja zadań Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (Rozdział VI);

2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, narkotykowe i inne uzależnienia pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;

3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii i uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych z programem profilaktycznym;

4) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie przeciwdziałaniu przemocy;

5) prowadzenie działań pracy środowiskowej w ramach działalności świetlic opiekuńczo-wychowawczych – placówek wsparcia dziennego wraz z dożywianiem dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;

6) dofinansowanie wypoczynku letniego w formie kolonii/obozów profilaktycznych z programem profilaktyczno-edukacyjnym dla dzieci i młodzieży z grupy wysokiego ryzyka (m.in. doznających przemocy; z rodzin w których występuje problem uzależnień; z rodzin niewydolnych wychowawczo; z rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej);

7) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, narkotykowych i innych uzależnień oraz przemocy w rodzinie;

8) dofinansowanie lub finansowanie uczestnictwa osób uzależnionych i współuzależnionych w programach terapeutycznych, m.in. w Ośrodku Apostolstwa Trzeźwości w Zakroczymiu.
9) prowadzenie doskonalenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, dotyczące wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków psychoaktywnych oraz umiejętności i podejmowania interwencji profilaktycznej;

10) kierowanie osób zajmujących się realizacją zadań z zakresu profilaktyki zachowań problemowych i rozwiazywania problemów uzależnień na szkolenia związane z podnoszeniem kwalifikacji;

11) przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez działania mające na celu integrację środowiska osób zagrożonych uzależnieniom, uzależnionych i współuzależnionych oraz działania o charakterze nauki konstruktywnego spędzania wolnego czasu;

12) dofinansowanie zajęć z elementami profilaktyki dla mieszkańców Gminy, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych, mających na celu właściwe zabezpieczenie czasu wolnego seniorów lub osób z dysfunkcjami zdrowotnymi, przeciwdziałających podejmowaniu zachowań problemowych i ryzykownych oraz przeciwdziałających ich wykluczeniu społecznemu;

13) dokonywanie zakupów oraz usług niezbędnych i związanych z realizacją zadań ujętych w Programie, w szczególności do realizacji zajęć profilaktyczno-edukacyjnych i socjoterapeutycznych;

14) finansowanie badań wykonywanych przez biegłych w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu lecznictwa wobec osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny (wnioski GKRPA o obowiązek podjęcia leczenia);

15) dystrybucja materiałów edukacyjnych, informacyjnych i profilaktycznych wśród określonych grup adresatów – młodzieży, sprzedawców napojów alkoholowych, nauczycieli, rodziców uczniów, pracowników służby zdrowia;

16) prowadzenie Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego, w ramach którego działać będą: Punkt Informacyjno-Konsultacyjny do Spraw Uzależnień oraz Punkt Pomocy Dziecku i Rodzinie;

17) prowadzenie działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym;

18) wspieranie działań Zespołu Interdyscyplinarnego Gminy Nieporęt.

Gmina Nieporęt tworzyć będzie zintegrowany system zarządzania profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnych, uwzględniając metodę zarządzania ryzykiem w oparciu o rozpoznaną misję profilaktyki. Misją tą jest profesjonalne, skuteczne i efektywne realizowanie zadań profilaktycznych wynikających z obowiązującego prawa oraz podejmowanych z własnej inicjatywy, które mają zapewnić stałą poprawę jakości życia wszystkich mieszkańców Gminy Nieporęt, rozumianą jako zaspokojenie potrzeb materialnych i bezpieczeństwa socjalnego.

Działania oparte będą również na wyznaczonej wizji profilaktyki zakładającej życie bez substancji psychoaktywnych, skutkujące podejmowaniem dojrzałych decyzji.

Misja i wizja przekładać się będą na przedstawione poniżej cele strategiczne, których osiągnięcie ma zapewnić efektywne i skuteczne rozwiązywanie problemów uzależnień w Gminie Nieporęt i podnoszenie jakości życia społecznego poszczególnych mieszkańców, jak i całej społeczności lokalnej:

1) zapobieganie powstawania problemów wynikających z nadużywania alkoholu, zażywania narkotyków, uzależnień behawioralnych i innych podejmowanych zachowań ryzykownych, szczególnie przez dzieci i młodzież;

2) niwelowanie zachowań problemowych i ryzykownych osób sięgających po środki psychoaktywne;

3) zmniejszanie skali problemów dotykających rodziny, wynikających z podejmowania różnych zachowań patologicznych (przede wszystkim przemocy w rodzinie, która stosowana jest szczególnie wobec słabszych członków rodziny);

4) zwiększenie umiejętności i zasobów społecznych niezbędnych do radzenia sobie z istniejącymi problemami życiowymi przez mieszkańców gminy;

5) promocja zdrowego stylu życia;

6) promocja pozytywnych treści społecznych i wartości życiowych;

7) rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu;

8) promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym poprzez, m.in. kształtowanie zachowań i stylu życia korzystnych dla zdrowia psychicznego;

9) działania wspierające ograniczenie dostępności alkoholu;

10) zwiększanie oraz poszerzanie oferty uniwersalnych programów profilaktycznych dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych;

11) zwiększenie aktywności społeczności lokalnej w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym;

12) dostarczanie pozytywnych wzorców spędzenia wolnego czasu i realizacji aspiracji życiowych;

13) edukacja psychologiczna i społeczna – informowanie o szkodliwości środków i substancji psychoaktywnych.

3. Adresaci Programu

Adresatami Programu są: dzieci i młodzież (w tym z rodzin dysfunkcyjnych), rodzice, osoby z problemami dyssocjalnymi, osoby wymagające wsparcia w problemach emocjonalnych, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, kadra pedagogiczna szkół i przedszkoli, pracownicy socjalni, psycholodzy, terapeuci, organizacje pozarządowe działające na rzecz rozwiązywania problemów uzależnień i przemocy w rodzinie, sprzedawcy napojów alkoholowych, pozostała społeczność lokalna.

4. Rodzaj działań profilaktycznych w Gminie Nieporęt

Działania profilaktyczne powinny uwzględniać:

1) czynniki ryzyka – skłaniające do zachowań problemowych, m.in. zaburzenia więzi (zwłaszcza uczuciowej) pomiędzy rodzicami i dziećmi, wysoki poziom konfliktów w rodzinie (w tym między rodzicami), zaburzenia w pełnieniu ról ojca i matki, brak dyscypliny i kontroli lub nadmierna kontrola i dyscyplina, tolerancja rodziców, wychowawców, społeczeństwa, np. sprzedawców napojów alkoholowych wobec zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, rodzice jako wzorce nieprawidłowych zachowań (picie, palenie, agresja, niewłaściwe

zachowania), dostępność narkotyków, w tym nowych substancji psychoaktywnych, wpływ reklamy alkoholu na świadomość dzieci i młodzieży;

2) czynniki chroniące przed zachowaniami problemowymi: silna, pozytywna więź emocjonalna z rodzicami, zainteresowanie nauką szkolną, regularne praktyki religijne, poszanowanie prawa, norm, wartości i autorytetów społecznych, przynależność do pozytywnej grupy.

4.1. Rodzaje działań profilaktycznych

Działania profilaktyczne obejmują:

1) profilaktykę uniwersalną - ukierunkowaną na całe populacje;

Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszenie lub wyeliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój. Głównym terenem działań jest szkoła. Realizatorzy to przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów, pedagogów.

2) profilaktykę selektywną – ukierunkowaną na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka;

Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych i/lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego.

Realizatorzy to przede wszystkim terapeuci, socjoterapeuci, doradcy rodzinni. Zajęcia odbywają się najczęściej w poradniach terapeutycznych w ramach profilaktycznych programów pracy środowiskowej, świetlicach profilaktycznych (są to działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin z problemem uzależnień).

3) profilaktykę wskazującą – ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka.

Są to działania nakierowane na osoby, u których można stwierdzić objawy problemów związanych z uzależnieniami lub inne zaburzenia zachowania, wynikające z czynników wewnętrznych (zaburzeń psychicznych) lub zewnętrznych (np. przemoc domowa, agresja w szkole). Celem jest przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego, minimalizacja szkód, umożliwienie osobie chorej powrotu do satysfakcjonującego życia wolnego od uzależnień i prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Realizatorzy to przede wszystkim psychologowie, psychoterapeuci, pracownicy socjalni i lekarze.

Profilaktyka realizowana w Gminie Nieporęt obejmuje profilaktykę:

1) uprzedzającą, która polega na przeciwdziałaniu niepożądanym zjawiskom, które jeszcze nie wystąpiły, ale których można się spodziewać;

2) objawową, która podejmowana jest z chwilą wystąpienia pierwszych objawów niepokojących zachowań.

4.2. Strategie oddziaływań profilaktycznych

Strategie oddziaływań profilaktycznych obejmują:

1) strategię interwencyjną (przeznaczona dla osób podejmujących zachowania problemowe);

2) strategię edukacyjną (na każdym poziomie zagrożeń);

3) strategię informacyjną (na każdym poziomie zagrożeń);

4) strategię alternatyw (na każdym poziomie zagrożeń).

4.3. Ewaluacja skuteczności programów profilaktycznych

Ewaluacja skuteczności programów profilaktycznych obejmuje dwa poziomy badań efektywności prowadzonych działań:

1) ewaluację procesu (jak zrealizowano program, czy udało się go zrealizować, kto brał w nim udział, ilu było uczestników, które elementy były dobrze przyjęte, które nie i dlaczego);

2) ewaluacje wyniku (czy zrealizowano cele zakładane w programie krótko i długoterminowe).

Rozdział III - Cele Programu i sposoby realizacji Programu

1. Celami Programu są:

1) pomoc terapeutyczno-rehabilitacyjna osobom uzależnionym , polegająca w szczególności na:

a) zwiększeniu dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych oraz zagrożonych uzależnieniem, a także członków ich rodzin,

b) wskazaniu procedury obowiązującej w zakresie orzekania o obowiązkowym poddaniu się leczeniu osób uzależnionych od alkoholu,

c) doposażaniu placówek i poprawie warunków świadczenia usług profilaktycznych – w zakresie podmiotów uczestniczących w realizacji Programu,

2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, narkomania i inne podejmowane zachowania ryzykowne – pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,

3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży przez:

a) podejmowanie działań na rzecz zwiększenia efektywności profilaktyki w szkołach i placówkach oświatowych oraz w placówkach opiekuńczo-wychowawczych,

b) realizację programów profilaktycznych,

c) ograniczenie rozmiaru ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży,

4) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13^1 i 15 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przez członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;

5) wspomaganie działalności instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów uzależnień od alkoholu, narkotyków oraz przemocy;

6) edukacja publiczna w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

1.1. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a, będzie realizowany w szczególności przez:
1) diagnozę dostępności do leczenia odwykowego dla pacjentów uzależnionych od alkoholu, narkotyków i członków ich rodzin;

2) zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej dla młodzieży i osób dorosłych nadużywających alkoholu, narkotyków, osobom uzależnionym behawioralnie podejmującym inne zachowania ryzykowne, w tym poprzez utworzenie i prowadzenie Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego;

3) podnoszenie umiejętności zawodowych przez pracowników ochrony zdrowia, nauczycieli, pedagogów, pracowników socjalnych, psychologów, terapeutów;

4) monitorowanie pracy Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego zajmującego się udzielaniem pomocy osobom uzależnionym i członkom ich rodzin oraz inicjowaniem działań dotyczących zobowiązania do leczenia odwykowego;

5) przygotowanie i wdrażanie pilotażowych programów leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, uzależnień behawioralnych, z dysfunkcjami rozwojowymi i intelektualnymi;

6) organizowanie i finansowanie Klubów Integracji Społecznej.

1.2. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b, będzie realizowany w szczególności przez określenie trybu zobowiązania do leczenia wobec osób uzależnionych od alkoholu:

1) prowadzenie działalności informacyjnej w powyższym zakresie;

2) podejmowanie działań zmierzających do zobowiązania osób uzależnionych do poddania się leczeniu zakładzie lecznictwa odwykowego.

1.3. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c, będzie realizowany w szczególności przez:

1) przeprowadzenie niezbędnych prac remontowych i modernizacyjnych;

2) zakup sprzętu i wyposażenia niezbędnego do funkcjonowania placówki (np. sprzęt RTV, AGD, komputery, sprzęt sportowy, meble, itp.);

3) ponoszenie kosztów eksploatacji lokali, w których prowadzone są ogniska opiekuńczo wychowawcze – placówki wsparcia dziennego oraz Punkt Informacyjno-Konsultacyjny (np. zakup energii, gazu, wody, wywóz nieczystości, usługi telekomunikacyjne, koszty ubezpieczenia, itp.).

1.4. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie realizowany w szczególności przez:

1) prowadzenie Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego,

2) zwiększenie dostępności ofert specjalistycznej pomocy psychologiczno-terapeutycznej dla osób uzależnionych oraz członków rodzin z problemem alkoholowym i narkomanii i innych uzależnień dotyczących:

a) osób współuzależnionych,

b) ofiar przemocy,

c) młodzieży i młodych dorosłych,

3) rozwijanie różnych form pomocy opiekuńczo-wychowawczej i socjoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka, w szczególności z rodzin alkoholowych (np. finansowanie lub dofinansowanie działalności świetlic środowiskowych, ognisk opiekuńczo-wychowawczych, świetlic szkolnych, zajęć pozalekcyjnych, finansowanie lub dofinansowanie obozów terapeutycznych z programem profilaktycznym, kolonii/obozów letnich i zimowych, itp.);

4) diagnozowanie zjawiska przemocy domowej na terenie Gminy;

5) podejmowanie działań w kierunku diagnozowania problemów i potrzeb, dotyczących dorosłych osób współuzależnionych oraz dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym i narkomanii i innych uzależnień;

6) organizację szkoleń, kursów zwiększających kompetencje w zakresie pomagania osobom z grup ryzyka.

1.5. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit a, będzie realizowany w szczególności przez:

1) zorganizowanie konferencji z udziałem specjalistów z zakresu profilaktyki, dyrektorów szkół i placówek oświatowych oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych realizujących programy profilaktyczne;

2) tworzenie wieloletnich programów działań profilaktycznych w szkołach i placówkach oświatowych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych;

3) wspomaganie nowatorskich i modelowych rozwiązań w zakresie profilaktyki proponowanych przez instytucje publiczne i organizacje pozarządowe.

1.6. Cel, o którym mowa w ust. 1 ust. 1 pkt 3 lit. b, będzie realizowany w szczególności przez:

1) działania profilaktyczne w szkołach i placówkach oświatowych oraz w placówkach opiekuńczo wychowawczych (np. finansowanie realizacji autorskich programów profilaktycznych, itp.),

2) prowadzenie programów terapeutycznych i socjoterapeutycznych skierowanych do grup ryzyka.

1.7. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit. c, będzie realizowany w szczególności przez:

1) organizację czasu wolnego i promowanie zdrowego stylu życia w świetlicach szkolnych, świetlicach środowiskowych, ogniskach wychowawczych, świetlicach socjoterapeutycznych, ośrodkach kultury, klubach młodzieżowych, obiektach i klubach sportowych, itp.;

2) wyjazdy letnie i śródroczne o charakterze profilaktycznym (np. kolonie/obozy, zimowiska, akcje „Lato na wsi", „Zima na wsi", obozy harcerskie, zielone szkoły, białe szkoły, itp.);

3) prowadzenie lokalnych kampanii informacyjno-edukacyjnych na rzecz ograniczenia możliwości zakupu, spożycia alkoholu i narkotyków przez nieletnich oraz współudział w ogólnopolskich kampaniach;

4) prowadzenie we współpracy z Komisariatem Policji w Nieporęcie i Strażą Gminną w Nieporęcie cyklicznych wizytacji/kontroli punktów sprzedaży i podawania napojów

alkoholowych z zakresu przestrzegania zakazu sprzedaży alkoholu osobom nieletnim i nietrzeźwym;

5) podejmowanie działań modelujących zmiany zachowań sprzedawców alkoholu, nastawionych na utrwalenie nawyku żądania od klientów wyglądających na nieletnich, okazania dokumentów stwierdzających wiek nabywcy;

6) działania profilaktyczne polegające na organizowaniu lokalnych imprez profilaktycznych, w tym warsztatów muzycznych, festynów lub imprez kulturalnych, sportowych (rajdy, wycieczki, itp.) i rekreacyjnych promujących zdrowy styl życia;

7) organizowanie badań, sondaży dla potrzeb tworzenia ekspertyz, opinii i diagnoz o zakresie lokalnym, pozwalających ocenić aktualny stan problemów uzależnień oraz efektywności prowadzonych działań;

8) kontynuacja realizacji programów profilaktycznych w szkołach, świetlicach, ogniskach profilaktyczno-wychowawczych, ośrodkach kultury i uruchamianie nowych programów;

9) edukacja społeczna na temat choroby alkoholowej i innych nałogów oraz ich skutków poprzez rozprowadzanie materiałów informacyjnych (broszury, ulotki, plakaty) wśród rodziców, nauczycieli i młodzieży szkolnej.

1.8. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, będzie realizowany w szczególności przez:

1) rozpoznanie zjawiska w zakresie nieprzestrzegania zakazu sprzedaży i podawania napojów alkoholowych:

a) osobom, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości,

b) osobom do lat 18,

c) na kredyt lub pod zastaw.

2) podejmowanie działań interwencyjnych skierowanych do przedsiębiorców i sprzedawców w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych,

3) monitorowanie przestrzegania zakazu promocji napojów alkoholowych podczas imprez, festynów i koncertów z udziałem dzieci i młodzieży.

1.9. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, będzie realizowany w szczególności przez:

1) zlecanie do realizacji zadań publicznych wynikających z Programu, w formie wspierania lub powierzenia ich wykonywania, udzielania dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zadania,

2) współpracę merytoryczną,

3) udzielanie rekomendacji,

4) wymianę informacji.

1.10. Cel, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, będzie realizowany w szczególności przez:

1) inicjowanie spotkań ze specjalistami w zakresie dziedziny uzależnień związanych z realizacją Programu w szczególności z zakresu:

a) edukacji na temat uzależnień i problemów z nimi związanych,

b) ograniczenia rozmiarów zjawiska picia alkoholu i zażywania narkotyków przez nieletnich,

c) pomocy terapeutycznej dla:

ca) osób uzależnionych,

cb) współuzależnionych,

cc) ofiar przemocy,

cd) sprawców przemocy,

ce) zagrożonych uzależnieniem,

d) przestrzegania zakazu sprzedaży i podawania alkoholu nietrzeźwym i nieletnim;

2) podjęcie działań dotyczących współpracy z innymi gminami w zakresie realizacji Programu;

3) finansowanie zakupu dla realizatorów Programu, specjalistycznej literatury, czasopism promujących zdrowy styl życia i rozwiązywanie problemów uzależnień (alkohol, narkomania, przemoc, uzależnienie behawioralne,itp.)

Rozdział IV - Zadania w zakresie realizacji Programu

1. Działaniami na rzecz zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, współuzależnionych od alkoholu, narkotyków i innych uzależnień i ich rodzin mogą być objęte następujące zadania:

1) dofinansowywanie lub finansowanie realizacji programów zdrowotnych obejmujących działania skierowane do osób uzależnionych i współuzależnionych, ofiar przemocy;

2) finansowanie badań wykonywanych przez biegłych w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu lecznictwa odwykowego wobec osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego i społecznego.
Zadanie to wynika z faktu kierowania przez GKRPA wniosków o obowiązek podjęcia leczenia przez mieszkańców Gminy nadużywających alkohol oraz burzących ład i porządek społeczny;

3) dofinansowanie wyjazdów dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych uzależnianiami na kolonie i obozy z programem profilaktycznym;

4) dofinansowanie i finansowanie uczestnictwa osób uzależnionych i współuzależnionych w programach terapeutycznych, w ośrodkach wspierających terapię, takich jak: Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości w Zakroczymiu, Maryjne Centrum Pomocy Rodzinie w Gietrzwałdzie i innych;

5) integracja środowiska osób zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych i współuzależnionych oraz działania o charakterze nauki konstruktywnego spędzania wolnego czasu, przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu.

2. Działaniami w zakresie udzielania rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, narkomania i uzależnienia behawioralne, pomocy psychospołecznej i prawnej, w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie mogą być objęte następujące zadania:

1. rozwijanie różnych form pomocy opiekuńczo-wychowawczej i socjoterapeutycznej dla dzieci z grup ryzyka;
2. zorganizowanie i finansowanie Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego, w tym: Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego do Spraw Uzależnień oraz Punktu Profilaktyki, Pomocy Dziecku i Rodzinie, zapewniającego wszystkim rodzicom, dzieciom i młodzieży dostęp do specjalistycznej pomocy i wsparcia;
3. podnoszenie kwalifikacji pedagogów szkolnych, nauczycieli, rodziców, pracowników socjalnych, policjantów, członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz innych osób realizujących Program - w zakresie uzyskania wiedzy na temat pomocy osobom uzależnionym oraz ofiarom przemocy domowej (np. finansowanie szkoleń, warsztatów, konferencji, itp.);
4. współpraca z Zespołem Interdyscyplinarnym Gminy Nieporęt oraz z Komisariatem Policji w Nieporęcie w celu poprawienia skuteczności interwencji wobec przemocy w rodzinie (procedura „Niebieska Karta");

5) podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie poprzez organizowanie i finansowanie szkoleń przedstawicieli służb podejmujących działania na rzecz rodzin uwikłanych w przemoc, w tym szkolenia z zakresu diagnozowania przemocy w rodzinie;

6) wspieranie działań Zespołu Interdyscyplinarnego Gminy Nieporęt;

7) prowadzenie rozmów motywacyjno-interwencyjnych, motywujących do podjęcia leczenia.

3. Działaniami na rzecz prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w

pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych mogą być objęte następujące zadania

1) finansowanie autorskich programów profilaktycznych dla szkół, ośrodków kultury, świetlic i innych placówek opiekuńczo-wychowawczych (np. „Żyj zdrowo, bezpiecznie, radośnie", „Pływam. Jestem zdrowy i bezpieczny");

2) wyposażenie szkół, ognisk profilaktyczno-wychowawczych - placówek wsparcia dziennego, świetlic, Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego i innych realizatorów Programu w specjalistyczną literaturę, materiały informacyjne i szkoleniowe, obejmujące problematykę profilaktyczną przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, przeciwdziałania przemocy oraz uzależnień behawioralnych;

3) współpraca z placówkami oświatowymi i kulturalnymi Gminy poprzez finansowanie i/lub współfinansowanie zajęć, zakup materiałów dydaktycznych, programów, warsztatów i przedstawień profilaktycznych;

4) organizowanie i/lub finansowanie/dofinansowanie kolonii i obozów (letnich i zimowych) z programem zajęć profilaktycznych organizowanych przez, m.in. szkoły, parafie, kluby sportowe, ośrodki kultury, drużyny harcerskie, ochotnicze straże pożarne;

5. finansowanie działalności placówek prowadzących działalność opiekuńczo – wychowawczą, wspartych programami profilaktycznymi (ognisk profilaktyczno-wychowawczych), w tym m.in. dożywianie dzieci, zakup paczek świątecznych, zakup sprzętu i wyposażenia;
6. udział w ogólnopolskich i lokalnych kampaniach społecznych na rzecz promowania zdrowego stylu życia (np. „Zachowaj Trzeźwy Umysł", „Sprawdź, czy Twoje picie jest bezpieczne", „Postaw na rodzinę", „Przeciw pijanym kierowcom", „Dopalacze - Powiedz Stop", „Reaguj na Przemoc", itp.);
7. działania profilaktyczne polegające na organizowaniu i/lub współfinansowaniu lokalnych imprez profilaktycznych o charakterze rozrywkowo-rekreacyjno-promocyjnym, m.in. warsztaty, festyny, turnieje (sportowe, kulturalne, rekreacyjne promujące zdrowy styl życia, itp.);
8. prowadzenie we współpracy z Komisariatem Policji w Nieporęcie i Strażą Gminną w Nieporęcie cyklicznych kontroli/wizytacji punktów sprzedaży napojów

alkoholowych (lokali gastronomicznych i sklepów) z zakresu przestrzegania zakazu sprzedaży alkoholu osobom nieletnim i nietrzeźwym;

9. wspieranie szkół, ośrodków kultury, ognisk profilaktyczno-wychowawczych w realizacji działań wychowawczych i zapobiegawczych, w szczególności ukierunkowanych na informowanie o uzależnieniach, w tym: alkoholizmie, narkomanii, uzależnieniach behawioralnych, przemocy i ich skutkach;
10. wspieranie i dofinansowywanie zewnętrznego i wewnątrzszkolnego doskonalenia nauczycieli w zakresie profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży oraz sposobu podejmowania wczesnej interwencji w sytuacji zagrożenia uzależnieniem, w szczególności w zakresie:

a) wyposażania nauczycieli w umiejętności rozpoznawania i diagnozowania zagrożeń związanych z uzależnieniami,

b) współpracy z rodzicami dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem,

c) rozwiązywania innych problemów dzieci i młodzieży,

d) prowadzenia działalności informacyjnej wśród dzieci i młodzieży szkolnej oraz rodziców na temat uzależnień, agresji i przemocy;

11) finansowanie koncertów i przedstawień profilaktycznych dla dzieci i młodzieży szkolnej, dla nauczycieli i rodziców obejmujących swą tematyką profilaktykę uzależnień;

12. organizowanie i finansowanie zajęć warsztatowych dla dzieci i młodzieży, mających na celu zapobieganie agresji, promowanie zdrowego stylu życia, profilaktykę uzależnień i unikanie zagrożeń, integrację grupy, kształtowanie zachowań asertywnych, tworzenie świata wartości, umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji;
13. zapewnienie dzieciom możliwości uczestniczenia w zajęciach pozalekcyjnych, kołach zainteresowań i szkolnych kołach sportowych organizowanych ze środków Gminy (np. zajęcia na basenie, zawody sportowe, dożywianie dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach profilaktycznych, zakup nagród, strojów sportowych, itp.);
14. wspieranie działalności uczniowskich klubów sportowych zapewniających dzieciom i młodzieży właściwą organizację czasu wolnego;
15. organizowanie czasu wolnego dzieci i młodzieży pozostającej w domach w czasie wakacji letnich i ferii zimowych, poprzez zapewnienie możliwości uczestniczenia w

różnych formach zainteresowań na terenie szkół i świetlic, klubów sportowych, boisk sportowych przy współpracy z Gminnym Ośrodkiem Kultury i innymi podmiotami realizującymi te zadania, po wcześniejszym złożeniu pisemnego zapotrzebowania na te zajęcia (w tym dożywianie w trakcie trwania wypoczynku oraz zakup nagród dla zwycięzców, itp.);

16. współorganizowanie i finansowanie gminnych (masowych) imprez sportowych mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia bez uzależnień (np. w tenisie stołowym, konkurencjach sprawnościowych, biegach przełajowych i na orientację);
17. organizowanie i finansowanie szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych, uczących asertywnego sposobu odmawiania sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim lub nietrzeźwym;
18. organizowanie i finansowanie wyjazdów profilaktycznych wspartych autorskimi programami profilaktycznymi dla osób niepełnosprawnych, zrzeszonych w Klubie Integracji Społecznej działającym przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nieporęcie;
19. finansowanie i/lub dofinansowywanie warsztatów, koncertów muzycznych i lokalnych imprez rekreacyjnych organizowanych dla mieszkańców Gminy (np. warsztaty GOSPEL, warsztaty z zakresu arteterapii - terapia przez sztukę, itp.)
20. doposażenie Biblioteki Gminnej w literaturę z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, narkotyków, uzależnień behawioralnych oraz przemocy;
21. uzupełnienie literatury fachowej z zakresu uzależnień znajdującej się w Punkcie Informacyjno-Konsultacyjnym oraz szkołach, świetlicach szkolnych, itp.;
22. doposażenie dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-terapeutycznych i socjoterapeutycznych, trenerów prowadzących zajęcia charytatywnie w odzież niezbędną do prawidłowego funkcjonowania podczas zajęć;
23. prowadzenie działań na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców oraz bezpieczeństwa ruchu drogowego (udział w kampaniach społecznych, zakup materiałów edukacyjnych, itp.).

4. W ramach działania na rzecz wspomagania działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych, narkomanii, uzależnień behawioralnych oraz przemocy w rodzinie będzie wspieranie działań podejmowanych i wykonywanych przez organizacje pozarządowe i inne działające w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień w środowisku lokalnym przez:

1) udzielanie dotacji,

2) współpracę merytoryczną,

3) udzielanie rekomendacji,

4) wymianę informacji,

5) wspieranie inicjatyw społeczności lokalnej w zakresie promowania zdrowego stylu życia,

6) działania mające na celu kontynuowanie strategii w zakresie umocnienia lokalnego systemu przeciwdziałania patologii społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem zjawisk alkoholizmu, narkomanii i przemocy,

7) doposażanie Komisariatu Policji w Nieporęcie w przenośne urządzenia do badania zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu, służące działaniom profilaktycznym wobec nietrzeźwych kierowców.

5. W ramach działalności w zakresie podejmowania interwencji w związku z naruszeniem przepisów art. 13^1 i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowania przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego realizowane będą następujące zadania:

1. podejmowanie działań interwencyjnych skierowanych do przedsiębiorców i sprzedawców w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych;

2. monitorowanie przestrzegania zakazu promocji napojów alkoholowych podczas imprez z udziałem dzieci i młodzieży oraz sygnalizowanie stwierdzonych nieprawidłowości w powyższym zakresie celem ich wyeliminowania.

Rozdział V - Realizatorzy Programu

Rozwiązywanie problemów alkoholowych, narkomanii, przeciwdziałania przemocy wymaga współdziałania szeregu instytucji, oświaty, policji, pomocy społecznej, służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, administracji, aby skutecznie przeciwdziałać przemocy związanej z nadużywaniem środków psychoaktywnych.

1. Realizatorem Programu jest Urząd Gminy Nieporęt, z zastrzeżeniem ust. 4.

2. W realizacji Programu uczestniczą:

1) Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Nieporęcie,

2) Punkt Informacyjno-Konsultacyjny w Nieporęcie,

3) Szkoły Podstawowe dla których organem prowadzącym jest Gmina Nieporęt,

4) Szkoły ponadpodstawowe, których uczniami są mieszkańcy Gminy Nieporęt,

5) Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nieporęcie,

6) Zespół Interdyscyplinarny Gminy Nieporęt,

7) Straż Gminna w Nieporęcie,

8) Gminny Ośrodek Kultury w Nieporęcie,

9) Centrum Rekreacji Nieporęt,

10) Parafie Gminy Nieporęt.

3. W realizacji Programu mogą uczestniczyć:

1) Komisariat Policji w Nieporęcie,

2) kluby sportowe oraz drużyny harcerskie Gminy Nieporęt,

3) Ochotnicze Straże Pożarne Gminy Nieporęt,

4) Sąd Rejonowy w Legionowie,

5) partnerzy zewnętrzni zapraszani do współpracy przez realizatora, w zależności od potrzeb, celu i rodzaju zadania.

4. Wykonawcami poszczególnych zadań Programu mogą być także inne podmioty, w tym organizacje pozarządowe, którym mogą być powierzane zadania – objęte Programem, na podstawie odrębnych przepisów.

Rozdział VI - Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA)

Komisja jest ciałem inicjującym, opiniującym i nadzorującym wykonanie Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Do zadań Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwanej dalej „Komisją", w zakresie realizacji Programu należy w szczególności:

1. inicjowanie działań w zakresie określonym w art. 4^1 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
2. podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddawania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego;
3. wydawanie opinii o zgodności lokalizacji punktów sprzedaży napojów alkoholowych z uchwałami Rady Gminy, o których mowa w art. 12 pkt 1-3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
4. współpraca z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Nieporęcie, Komisariatem Policji w Nieporęcie oraz z innymi realizatorami Programu, w zakresie działań związanych z realizacją Programu;
5. kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych;
6. wydawanie na wniosek Wójta lub z inicjatywy Komisji opinii w sprawach dotyczących realizacji Programu;
7. zakup i dystrybucja materiałów dla instytucji współpracujących z Komisją i realizujących Program;

8) współudział w opracowywaniu, nadzorowaniu i opiniowaniu Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Rozdział VII - Zasady wynagradzania członków GKRPA

1. Za wykonywanie zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, Narodowego Programu Zdrowia na lata 2022-2025 oraz realizację zadań wynikających z Programu członkowie Komisji otrzymują miesięczne zryczałtowane wynagrodzenie w wysokości:

1) Sekretarz Komisji – 20 % przeciętnego wynagrodzenia w trzecim kwartale roku poprzedzającego, ogłoszonego przez GUS w Monitorze Polskim;

2) Członkowie Komisji – 13 % przeciętnego wynagrodzenia w trzecim kwartale roku poprzedzającego, ogłoszonego przez GUS w Monitorze Polskim.

2. Członkowie Komisji w ramach otrzymywanego wynagrodzenia pracują uczestnicząc w posiedzeniach Komisji, zwoływanych przez Sekretarza Komisji, co najmniej raz w miesiącu.

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust.1, wypłacane jest za okresy miesięczne.

Obecność na posiedzeniach Komisji potwierdza się podpisem na liście obecności.

4. Podstawą do wypłaty wynagrodzeń dla członków Komisji za okres miesiąca jest sporządzona przez Sekretarza Komisji lista obecności członków na posiedzeniach Komisji, potwierdzona podpisami obecnych na posiedzeniu członków Komisji.

5. Dokumentację w powyższym zakresie Sekretarz Komisji przedkłada Wójtowi Gminy w terminie do dnia dziesiątego każdego miesiąca następującego po miesiącu, za który ustalane jest wynagrodzenie członka Komisji.

Rozdział VIII - Zasady finansowania Programu

1. Finansowanie realizacji zadań Programu dokonywane będzie z rocznych opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, wnoszonych przez prowadzące sprzedaż podmioty gospodarcze gromadzone na Funduszu Przeciwdziałania Alkoholizmowi – Dział 851, Rozdział 85154 oraz Funduszu Zwalczania Narkomanii – Dział 851, Rozdział 85153 oraz dodatkowo, w miarę potrzeb, z innych środków własnych Gminy.

2. Zadania realizowane w ramach Programu mogą być również finansowane z dotacji celowych Wojewody Mazowieckiego oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a także z darowizn, zapisów i innych wpływów od osób prawnych i fizycznych.

3. Wysokość środków finansowych na realizację programu w danym roku budżetowym określana będzie przez uchwałę budżetową na ten/dany rok.

4. Wszelkie zmiany w wysokości środków finansowych na realizację Programu dokonywane będą na podstawie uchwał Rady Gminy Nieporęt w sprawie zmian w budżecie Gminy Nieporęt na dany rok budżetowy.

Rozdział IX - Sposób kontroli realizacji Programu

1. Wójt sprawuje nadzór nad realizacją Programu i podejmuje niezbędne działania, zmierzające do osiągnięcia celów wyznaczonych w Programie.

2. Wójt zobowiązany jest do sporządzenia raportu z wykonania w danym roku Programu i efektów jego realizacji i przedłożenia go Radzie Gminy w terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.

3. Wójt sporządza, na podstawie opracowanej przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii ankiety, informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku wynikających z Gminnego Programu i przesyła ją do Biura, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

4. Wójt sporządza na podstawie ankiety opracowanej przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku, które wynikają z Programu, i przesyła ją do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

Uzasadnienie

do projektu uchwały w sprawie przyjęcia Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024

Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. wprowadziła kilka istotnych zmian dla lokalnych systemów rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii. Elementem nowego Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii stają się również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym (art. 2 i 4 tejże ustawy).

Ustawodawca zdecydował się powierzyć gminom, poza zadaniami z zakresu uzależnień od substancji, również te dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym ze względu na ich rosnące rozpowszechnienie oraz wynikające z nich szkody zarówno zdrowotne, jak i społeczne.
Termin „uzależnienia behawioralne" którym posłużył się ustawodawca, określa takie formy zachowań, które nie są związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, ale z wykonywaniem pewnych czynności (hazard, zakupy, granie w gry itp.), a ich specyfiką jest, m.in. utrata kontroli nad tymi zachowaniami czy czynnościami.

Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469), wprowadziła ponadto obowiązek, nie później niż do dnia 31 marca 2022 r. przyjęcia przez gminy nowych, gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, zawierających problematykę uzależnień behawioralnych.

Zgodnie z art. 2 tejże ustawy został wydłużony na okres do 4 lat czas, na jaki mogą być przyjmowane nowe gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Podstawę do uchwalenia przez Radę Gminy Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024, stanowi:
- art. 4^1 ust. 1-5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r., poz. 1119 ze zm.),
- art. 10 ust. 1-2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.),
- art. 6 ust. 1 – 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249),
- art. 2 i 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 2469).

- Cel operacyjny 2 – Profilaktyka uzależnień, Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642).

Zgodnie z art. 4^1 ust. 1 **ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi** do zadań własnych gminy należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu.

Zadania te w szczególności obejmują:

1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;

2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;

3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;

4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;

5) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13[1] i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;

6) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Z kolei zgodnie z art. 10 ust. 1 i 2 **ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii** (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.) przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących:

1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Natomiast art. 6 ust. 1 i 2 **ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy** w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249) określa wśród zadań własnych gminy w szczególności tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym m.in. prowadzenie poradnictwa i interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie w szczególności poprzez działania edukacyjne służące wzmocnieniu opiekuńczych i wychowawczych kompetencji rodziców w rodzinach zagrożonych przemocą w rodzinie.

Z kolei cel operacyjny 2 – Profilaktyka uzależnień **Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,** składa się z zadań służących realizacji w/w celu przez gminy:

1. W zakresie zintegrowanego przeciwdziałania uzależnieniom:

1) Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom,

2) Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu),

3) Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień,

4) Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,

5) Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin,

6) Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie,

7) Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich,

2. W zakresie uzależnienia od alkoholu:

1) Wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowe,

2) Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD,

3. W zakresie uzależnień od zachowań (uzależnienia behawioralne):

1) Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie kampanii społecznych, strony i poradni internetowej oraz telefonu zaufania,

4. W zakresie uzależnień od narkotyków:

1) Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP.

Realizacja zadań, o których mowa wyżej, jest prowadzona w postaci Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, stanowiącego część Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych, w Gminie Nieporęt, uchwalanego dotychczas corocznie przez Radę Gminy Nieporęt.

Przepisy do wymienionych ustaw stanowią, że źródłem finansowania Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii są opłaty z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

Gmina z racji dysponowania wiedzą o problemach swoich mieszkańców może przedsięwziąć środki zaradcze oraz naprawcze skierowane do społeczności. Działania te ujęte są w Gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024.

Zadania i cele określone w Programie inicjowane i realizowane są, m.in. przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych powołaną przez Wójta Gminy, w realizacji tych zadań uczestniczą także Urząd Gminy oraz gminne jednostki organizacyjne.

Program jest adresowany do całej społeczności mieszkańców Gminy Nieporęt, ze szczególnym uwzględnieniem osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, osób z uzależnieniem behawioralnym, osób współuzależnionych, osób z grup ryzyka, osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, dzieci i młodzieży, a także osób zajmujących się zawodowo problemami uzależnień i zachowań ryzykownych.

Gmina Nieporęt obejmuje 15 miejscowości – sołectw i liczy 14.432 mieszkańców (osoby zameldowane na pobyt stały oraz osoby zameldowane na pobyt czasowy), w tym 11.192 osób powyżej 18 roku życia (stan na dzień 31.01.2022 r.).

W Gminie Nieporęt funkcjonuje 6 publicznych szkół podstawowych, 1 niepubliczna szkoła podstawowa, 1 publiczne liceum ogólnokształcące (prowadzone przez Powiat Legionowski), 8 oddziałów przedszkolnych w szkołach publicznych, 4 przedszkola publiczne, 8 przedszkoli niepublicznych, 5 żłobków niepublicznych i 1 niepubliczny klub dziecięcy.

Ogółem do szkół publicznych i przedszkoli publicznych uczęszcza łącznie 2.148 dzieci (stan na 04.01.2022 r.), natomiast do niepublicznych przedszkoli i szkoły niepublicznej uczęszcza łącznie 386 dzieci (w tym przedszkole specjalne). W niepublicznych żłobkach jest 53 dzieci, natomiast w niepublicznym klubie dziecięcym jest 16 dzieci.
W publicznych szkołach i publicznych przedszkolach zatrudnionych jest łącznie 301 nauczycieli.

Głównym zadaniem Programu jest stworzenie warunków służących zmniejszeniu szkód społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem i nadużywaniem alkoholu, przeciwdziałaniu narkomanii, a także zmniejszeniu szkód społecznych i osobniczych wywołanych innymi uzależnieniami i ryzykownymi zachowaniami, jak również zapobieganiu marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób uzależnionych i współuzależnionych oraz osób z grup ryzyka, będących mieszkańcami Gminy Nieporęt, a także, co istotne prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.

Opracowanie Programu oparto na diagnozie środowiska lokalnego, na podstawie której określono uwarunkowania lokalne związane z problematyką stanowiącą przedmiot Programu.

Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024 został opracowany zgodnie z obligatoryjnymi zadaniami oraz potrzebami występującymi na terenie Gminy.

W świetle powyższego podjęcie uchwały w sprawie uchwalenia Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, na lata 2022-2024 uzasadnione jest obowiązującymi przepisami oraz rozeznanymi potrzebami.