

Projekt

z dnia 4 listopada 2020 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ WROCŁAWIA**

z dnia 2020 r.

w sprawie „Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na rok 2021”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713 i 1378) w związku z art. 4¹ ust. 2 i 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277 oraz z 2020 r. poz. 1492) oraz art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852, 1655 i 1818 oraz z 2020 r. poz. 322, 1337 i 1493), Rada Miejska Wrocławia uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na rok 2021”, zwany dalej Programem, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. 1. Program jest finansowany ze środków przeznaczonych na ten cel w budżecie Miasta.

2. Prezydent Wrocławia przedstawi Radzie Miejskiej Wrocławia informację o sposobie wydatkowania środków, o których mowa w ust. 1.

§ 3. Traci moc uchwała nr XV/431/19 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 21 listopada 2019 r. w sprawie „Gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na rok 2020” (Biuletyn Urzędowy Rady Miejskiej Wrocławia z 2020 r. poz. 413).

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Wrocławia.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Wrocławia

Załącznik do uchwały nr...
Rady Miejskiej Wrocławia
z dnia.....



GMINNY PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII DLA MIASTA WROCŁAWIA NA ROK 2021

SPIS TREŚCI

I. WSTĘP	4
II. ORGANIZACJA PROGRAMU	5
III. PODSTAWY PRAWNE.....	5
IV. DIAGNOZA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WE WROCŁAWIU.....	6
1. ŹRÓDŁA DANYCH <u>diagnozy</u> PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH.....	6
2. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA A CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH.....	8
<i>Sytuacja materialna.....</i>	<i>9</i>
<i>Bezrobocie.....</i>	<i>10</i>
<i>Przemoc w rodzinie.....</i>	<i>13</i>
3. DOSTĘPNOŚĆ NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH.....	17
4. SPOŻYWANIE NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH PRZEZ MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA NA PODSTAWIE RAPORTÓW Z BADAŃ SPOŁECZNYCH.	21
<i>Badanie młodzieży.....</i>	<i>21</i>
<i>Badanie osób dorosłych.....</i>	<i>22</i>
5. UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA NA PODSTAWIE RAPORTÓW Z BADAŃ SPOŁECZNYCH.....	29
<i>Badanie młodzieży.....</i>	<i>29</i>
<i>Dorośli.....</i>	<i>31</i>
6. STAN BEZPIECZEŃSTWA	34
<i>Działalność Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym.....</i>	<i>34</i>
<i>Miejsca występowania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.....</i>	<i>35</i>
7. WSPIERANIE PROGRAMÓW TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ DLA UZALEŻNIONYCH OD OPIATÓW ..	37
8. PROWADZENIE BEZPŁATNEGO TESTOWANIA HIV WRAZ Z PORADNICTWEM OKOŁOTESTOWYM	40
9. INSTYTUCJONALNE ZASOBY MIASTA W ZAKRESIE DZIAŁAŃ DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ	42
10. REKOMENDOWANE DZIAŁANIA	43
V. CEL I ZADANIA PROGRAMU	44
1. CEL GŁÓWNY	44
2. ZADANIA	44
VI. FINANSOWANIE PROGRAMU.....	44
VII. KOORDYNACJA I REALIZACJA PROGRAMU	44
VIII. MONITOROWANIE PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ W MIEŚCIE.....	45
IX. GMINNA KOMISJA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH	45
1. ZADANIA GMINNEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH.....	45
2. DZIAŁANIA KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH	46

3. ZASADY WYNAGRADZANIA CZŁONKÓW GMINNEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH	47
X. WYKAZ ZADAŃ REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU	48

I. WSTĘP

Realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia nakłada na samorządy gmin art. 7 ustawy o samorządzie gminnym, a zadania własne gminy wynikają bezpośrednio z art. 4¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonywane są poprzez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:

- tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje do powstrzymywania się od spożywania alkoholu;
- działalność wychowawczą i informacyjną;
- ograniczanie dostępności alkoholu;
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu;
- zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie;
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej.

Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii dotyczą w szczególności:

- działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i zapobiegawczej;
- leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych;
- ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych;
- nadzoru nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- zwalczania niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- nadzoru nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Szkodliwe używanie alkoholu oraz narkotyków powoduje szkody zdrowotne i społeczne takie jak: naruszenie zasad bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie.

Problemy związane z alkoholem oraz innymi substancjami psychoaktywnymi powodują także wysokie koszty ekonomiczne ponoszone przez państwo. Koniecznym staje się podejmowanie działań zmierzających do ograniczania popytu i podaży tych środków, oraz realizacja zadań mających na celu redukcję szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych. Szczególnie istotne jest, by działania te podejmowane były już na poziomie lokalnym.

Wszelkie działania redukujące tego typu szkody i zapobiegające powstawaniu problemów stanowią podstawę do przywracania równowagi zdrowotnej i społecznej osoby uzależnionej oraz innych współuzależnionych.

Zadania w zakresie redukcji szkód dotyczą wszystkich grup społecznych i stanowią usystematyzowany proces działań profilaktycznych i terapeutycznych. W procesie tym istotne miejsce zajmują edukacja zdrowotna i społeczna, które są realizowane w środowiskach dzieci i młodzieży najczęściej w formie programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania

II. ORGANIZACJA PROGRAMU

Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu, zwany dalej Programem, określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków.

Budowanie we Wrocławiu spójnej strategii przeciwdziałania problemom uzależnień, opiera się na systemowym i konsekwentnym wdrażaniu programów profilaktycznych i terapeutycznych realizowanych we współpracy z różnymi podmiotami prowadzącymi działania w tym zakresie. Działania te przedstawia niniejszy Program, uwzględniający rozwiązywanie problemów, które dotyczą uzależnień od napojów alkoholowych i środków psychoaktywnych, w tym również nowych substancji psychoaktywnych tzw. „dopalaczy”, a także przemocy związanej z uzależnieniem.

Sposoby realizacji zadań określonych w Programie dostosowane są do zdiagnozowanych potrzeb i możliwości ich realizowania w oparciu o posiadane zasoby instytucjonalne i osobowe.

Niniejszy program opracowany został w oparciu o obowiązujący stan prawny, tj. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. Przy opracowaniu niniejszego Programu uwzględnione zostały wskazówki wynikające z Rekomendacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wykorzystano także publikację Krajowego Biura ds. Zapobiegania Narkomanii pn. „Zasady tworzenia Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii” oraz diagnozę problemów lokalnych.

III. PODSTAWY PRAWNE

Obowiązek uchwalania niniejszego Programu wynika z art. 4¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu oraz z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

W realizacji zadań zawartych w Programie szczególne zastosowanie mają następujące akty prawne:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym,
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie ,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych,
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym,

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020.

IV. DIAGNOZA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WE WROCŁAWIU

1. Źródła danych diagnozy problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Informacje dotyczące diagnozy problemów uzależnień we Wrocławiu zostały opracowane na podstawie:

- Raportu z badania „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków”, zrealizowanego na zlecenie Gminy Wrocław przez Andrzej Turek Zakład Badawczo Consultingowy TUAN w roku 2016,
- Raportu z badań socjologicznych nad mieszkańcami miasta pn.: „Wrocławska Diagnoza Społeczna 2017”,
- Raportu z badań opinii społecznej na temat spożywania alkoholu w przestrzeni publicznej miasta Wrocławia z roku 2018,
- Raportu z badania „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, zrealizowanego na zlecenie Gminy Wrocław przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w roku 2019 według metodologii badań ESPAD,
- Raportu pn.: „Przeprowadzenie badań społecznych w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Wrocławia” zrealizowanego na zlecenie Gminy Wrocław przez Fundację Centrum Działań Profilaktycznych w roku 2019,
- Raportu z diagnozy problemów i pozytywnego potencjału młodzieży w ujęciu profilaktyki zintegrowanej dla klas VII i VIII czternastu szkół podstawowych w roku szkolnym 2019/2020 we Wrocławiu,
- Informacji dotyczących problematyki uzależnień, będących w posiadaniu Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia.

Wymienione wyżej badania i diagnozy realizowane są cyklicznie w okresie od 3 do 4 lat, co pozwala na systematyczne prowadzenie pogłębionych analiz problematyki uzależnień na obszarze Gminy. Ponadto do diagnozy pozyskano informacje od podmiotów współpracujących przy realizacji zadań określonych w Gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia, w tym:

- Komendy Miejskiej Policji;
- Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym;
- Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwanej dalej KRPA;

- Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie;
- Jednostek Urzędu Miejskiego Wrocławia;
- Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej;
- Podmiotów leczniczych;
- Organizacji pozarządowych.

W roku 2019 Gmina Wrocław zleciła badanie ilościowe wśród młodzieży Wrocławia w ramach „Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD”.

W maju i czerwcu oraz październiku 2019 r., w ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs”, zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat z Miasta Wrocławia. Badania ESPAD podjęto w 1995 r. z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) działającej przy Radzie Europy. Idea paneuropejskiej współpracy w badaniach szkolnych na temat używania substancji psychoaktywnych sprowadza się do uzgodnienia i wystandaryzowania metodologicznych warunków badań w różnych krajach tak, aby ich wyniki były maksymalnie porównywalne. Badania te przyjęły formę wieloletniego programu badawczego i są prowadzone, co cztery lata według tych samych technik, co umożliwia porównywalność w przestrzeni i czasie. Wrocław włączając się do tego projektu uzyskał możliwość śledzenia zarówno rozmiarów zjawiska, jaki jego trendów rozwojowych na szerokim tle sytuacji w Europie i w poszczególnych jej krajach. Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ułożonych zarówno po stronie popytu na substancje, jak ich podaży.

Problematyka badania ESPAD koncentrowała się na następujących obszarach:

- Rozpowszechnienie picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych,
- Wzory picia,
- Ocena dostępności narkotyków i napojów alkoholowych,
- Postawy wobec narkotyków i napojów alkoholowych,
- Rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem,
- Funkcje profilaktyczne rodziny, rozpowszechnienie używania dopalaczy i ocena ich dostępności.
- Rozpowszechnienie korzystania z Internetu, gier komputerowych oraz gier hazardowych.

Drugie badanie pn. „Przeprowadzenie badań społecznych w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Wrocławia”, przeprowadzone zostało techniką Mystery Shopping, w punktach działających na podstawie ważnych zezwoleń wydanych przez Dział Zezwoleń Urzędu Miejskiego Wrocławia. Badanie miało na celu weryfikację respektowania obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. W celu skutecznego ograniczania dostępności do alkoholu nieletnim oraz osobom pod wpływem alkoholu, zostały zorganizowane indywidualne oraz grupowe szkolenia dla właścicieli

lokali oraz ich pracowników, przypominające o zakazie sprzedaży napojów alkoholowych osobom niepełnoletnim i nietrzeźwym.

Badania społeczne zaplanowane na 2020 r. zostały zaniechane ze względu na panującą na świecie pandemię COVID-19¹.

2. Sytuacja demograficzna a czynniki sprzyjające uzależnieniu od alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

Wrocław (miasto na prawach powiatu) jest stolicą województwa dolnośląskiego. Położony nad rzeką Odrą jest miastem 12 wysp i 112 mostów. Powierzchnia miasta wynosi 293 km², a długość granic administracyjnych to 106,7 km.² Miasto podzielone jest na 5 dzielnic i 47 osiedli.³

Rys. 1. Mapa osiedli Wrocławia (stan na dzień 30 września 2019 r.)⁴



Na dzień 31 grudnia 2019 roku, we Wrocławiu mieszkało 611 453 osób, w tym 328 352 kobiety i 383 101 mężczyzn.

Struktura demograficzna przedstawia się następująco:

¹ COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) – ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Została po raz pierwszy rozpoznana i opisana w grudniu 2019 r., w środkowych Chinach. W Polsce pierwsze zachorowania odnotowano w marcu 2020 r.

² <https://bip.um.wroc.pl/artykuly/196/o-wroclawiu>

³ <https://www.tuwroclaw.com/dokumenty,dzielnice-miasta,doc4-146.html>

⁴ Źródło: Raport „Alfabetyczny wykaz nazw ulic, placów innych ciągów komunikacyjnych Wrocławia. Urząd Statystyczny we Wrocławiu. Wrocław 2019

- osoby w wieku produkcyjnym stanowią 56,59 % ogółu populacji i są dominującą grupą wiekową,
- osoby w wieku poprodukcyjnym to 25,16 % ogółu mieszkańców,
- osoby w wieku przedprodukcyjnym stanowią 18,25 % ogółu mieszkańców.

Dominującą grupą ze względu na płeć są kobiety - 53,70%, natomiast mężczyźni stanowią 46,30% populacji.⁵

W statystyce publicznej w bardzo ograniczonym stopniu są uwzględniani obcokrajowcy dłużej lub krócej mieszkający we Wrocławiu. Według ostrożnych szacunków stanowią oni obecnie ok. 10 % mieszkańców stolicy Dolnego Śląska. Ich proporcja w ostatnich latach miała tendencję rosnącą, co pozwala domniemywać, że będą oni w coraz większym stopniu wpływać na rzeczywistą strukturę demograficzną Wrocławia.⁶

Podstawowym miernikiem sytuacji społeczno-gospodarczej jest PKB na 1 mieszkańca. Dane z roku 2017 wskazują, że PKB Wrocławia na 1 mieszkańca wynosi 86 968 zł. Stolice Dolnego Śląska wyprzedziły jedynie Warszawa (153 500 zł) oraz Poznań (103 359 zł). Według rankingu GaWC (tworzonego przez Globalization and World Cities Research Network), klasyfikującego pozycję miast w światowej gospodarce na podstawie znaczenia sektora zaawansowanych usług biznesowych, Wrocław jest w grupie gamma razem z takimi miastami, jak Ottawa, Kolonia czy San Antonio. Tylko trzy polskie miasta zostały sklasyfikowane z tym rankingiem – Wrocław, Warszawa, Poznań.⁷

Szacuje się, że we Wrocławiu liczącym ok. 611,5 tys. mieszkańców, szkodliwie pije ok. 40 tys. osób, natomiast uzależnionych od alkoholu jest ok. 12 tys. osób.⁸ Programy profilaktyczne i terapeutyczne przygotowywane są ze szczególnym uwzględnieniem tej grupy mieszkańców.

Sytuacja materialna.

Osoby uzależnione najczęściej charakteryzują się niezaradnością życiową, brakiem umiejętności w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz w wychowaniu dzieci, co skutkuje koniecznością korzystania z pomocy instytucji. Przedmiotem działania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu jest m.in. umożliwianie osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia, zapobieganie powstawaniu takich sytuacji, a także umacnianie rodzin.⁹

Z danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu wynika, że w latach 2015 - 2019 liczba rodzin objętych pomocą materialną MOPS sukcesywnie się zmniejsza.

⁵ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Wydział Spraw Obywatelskich UM Wrocławia.

⁶ Raport o stanie Gminy 2019.

⁷ Raport o stanie Gminy 2019.

⁸ Analiza na podstawie wyliczeń PARPA: <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty>

⁹ Regulamin Organizacyjny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej z 1 lipca 2019 r.

Dotyczy to rodzin korzystających z pomocy materialnej MOPS z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu, przez co najmniej jednego z członków rodziny. W 2015 r. liczba ta wynosiła 448 rodzin, a w roku 2019 zmniejszyła się do 313. W przypadku rodzin korzystających z pomocy materialnej MOPS z powodu uzależnienia od narkotyków, przez co najmniej jednego z członków rodziny liczba ta kształtuje się na podobnym poziomie. Liczba rodzin z problemem alkoholowym w stosunku do liczby rodzin korzystających z pomocy MOPS w roku 2019 stanowi 4,5%.

Natomiast odsetek rodzin z problemem uzależnienia od narkotyków stanowi aktualnie około 1,2 % ogólnej liczby rodzin korzystających z pomocy.

Tabela nr 1. Liczba rodzin z problemem alkoholowym i narkotykowym korzystających z pomocy MOPS w latach 2015-2019¹⁰.

Rok	Liczba rodzin objęta pomocą materialną MOPS	Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej MOPS z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu, przez co najmniej jednego z członków rodziny	Liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej MOPS z powodu uzależnienia od innych środków psychoaktywnych (narkotyków), przez co najmniej jednego z członków rodziny
2015	8.337	448	86
2016	7.993	374	88
2017	7.911	282	79
2018	7.154	353	78
2019	6.909	313	82

Bezrobocie¹¹

W ewidencji powiatowych urzędów pracy województwa dolnośląskiego w lipcu 2020 r. odnotowano 69 833 osoby bezrobotne (stopa bezrobocia w roku 2020 - 5,7 %, w roku 2019- 4,7). Było to o 12 547 osób więcej niż w lipcu 2019 r., co oznacza blisko 22 % wzrost w stosunku do roku poprzedniego. W rankingu pod względem wielkości bezrobocia rejestrowanego województwo dolnośląskie znajduje się na szóstym miejscu w kraju za: wielkopolskim, śląskim, mazowiecki, małopolskim i pomorskim. Sytuacja wzrostu bezrobocia we Wrocławiu utrzymuje się od kilku miesięcy, przecząc występującemu od lat

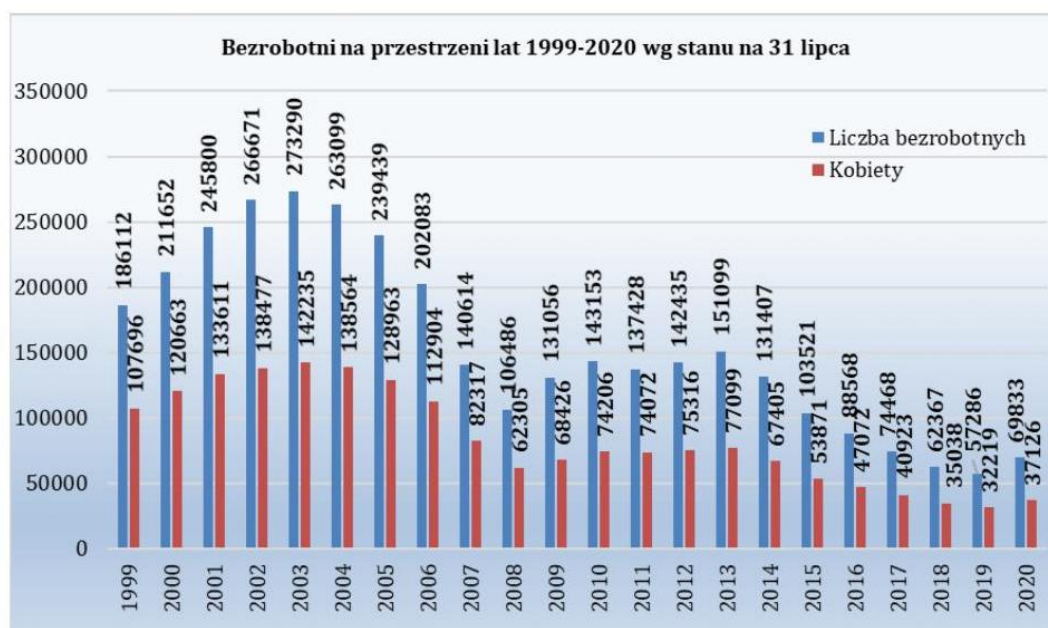
¹⁰ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na rok 2021” przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu.

¹¹ <http://wroclaw.praca.gov.pl/informacja-miesieczna-na-temat-bezrobocia-we-wroclawiu>

zjawisku sezonowości tj. z początkiem i końcem roku bezrobocie wzrasta, natomiast latem sytuacja ożywia się. Tak wysoka dynamika wzrostu bezrobocia w ostatnim czasie może mieć związek z występującą w Polsce pandemią COVID-19. W analizowanym okresie w powiatowych urzędach pracy było zarejestrowanych 37 126 kobiet, które stanowiły 53,2% całej populacji bezrobotnych oraz 32 707 mężczyzn, tj. 46,8% ogółu bezrobotnych.

Liczba bezrobotnych kobiet jest wyższa niż mężczyzn, co spowodowane jest m.in. trudniejszym powrotem do pracy, szczególnie po przerwie, jakim jest urlop macierzyński lub wychowawczy. W trudnej sytuacji są również kobiety poszukujące pracy po raz pierwszy, stanowią one ponad 61,5% wszystkich osób dotychczas niepracujących.

Rys.2. Bezrobotni na przestrzeni lat 1999-2020 wg stanu na 31 lipca 2020 r. ¹²



W lipcu 2020 r. największą liczbę bezrobotnych pozostających w ewidencji powiatowych urzędów pracy na terenie Dolnego Śląska odnotowano w mieście Wrocław tj. 9 300 osób. Stopa bezrobocia osiągnęła wartość 2,4 %.

Bezrobotni mieszkający we Wrocławiu stanowią 13,3 % ogółu bezrobotnych w województwie dolnośląskim.¹³

¹² Informacja o sytuacji na rynku pracy w województwie dolnośląskim w lipcu 2020 r. Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy. <http://www.dwup.pl/Statystyki-rynku-pracy/Aktualna-statystyka>

¹³ Informacja o sytuacji na rynku pracy w województwie dolnośląskim w lipcu 2020 r. Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy. <http://www.dwup.pl/Statystyki-rynku-pracy/Aktualna-statystyka>

zajęć prowadzonych przez Centrum jest przywrócenie zdolności do świadczenia pracy i motywacji do podjęcia zatrudnienia.¹⁶

Przemoc w rodzinie

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. w art. 18 i 71 wskazuje, że instytucja rodziny jest objęta szczególną ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej, a jej dobro państwo ma obowiązek uwzględnić w swojej polityce społecznej, zwłaszcza poprzez udzielanie szczególnej pomocy rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji społecznej. Przepis art. 33 Konstytucji wskazuje ponadto, że kobieta i mężczyzna w Rzeczypospolitej Polskiej mają równe prawa w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym, zaś zgodnie z art. 72 Konstytucji, Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka, a każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją. Nie budzi wątpliwości fakt, że zadaniem państwa jest, zatem ochrona rodziny przed zagrożeniami płynącymi z zewnątrz i wewnątrz, w tym zwłaszcza przed przemocą ze strony osób najbliższych.¹⁷

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.¹⁸, *przemoc w rodzinie to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.*¹⁹

Najczęściej wyróżnia się przemoc: fizyczną, psychiczną, seksualną czy ekonomiczną. Przemoc w rodzinie jest jednym z podstawowych zagrożeń zarówno dla rodzin rozumianych, jako instytucja, podlegająca ochronie i opiece państwa, jak i dla ich poszczególnych członków. Statystycznie, większość ofiar przemocy w rodzinie stanowią kobiety, a w dalszej kolejności kategorii osób, których płeć nie jest uwzględniona: małoletni, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami. Bardzo często ofiarami przemocy w rodzinie są też dzieci – świadkowie.

Zjawisko przemocy dosyć często wiąże się z problemem alkoholowym występującym w rodzinach. Według danych statystycznych Policji większość sprawców fizycznego lub psychicznego znęcania się nad członkami rodziny działa pod wpływem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych. Alkohol osłabia kontrolę nad zachowaniem i zwiększa prawdopodobieństwo reagowania złością i gniewem na trudności oraz niepowodzenia życiowe. Uzależnienie od alkoholu nie zwalnia z odpowiedzialności za swoje czyny, mimo że sprawcy często wykorzystują fakt bycia nietrzeźwym, jako czynnik usprawiedliwiający ich zachowanie.

¹⁶ Wrocławskie Centrum Integracji <http://www.wci.wroclaw.pl/>

¹⁷ Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020. Warszawa 2014. Załącznik do uchwały nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r.

¹⁸ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U.2020 poz.218)

¹⁹ Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020. Warszawa 2014/. Załącznik do uchwały nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r.

W 2019 r. powstał Raport Kantar Polska pn.: „Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie”, zlecony przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wyniki badania wskazują, że według Polaków przemoc w rodzinie jest zjawiskiem stosunkowo częstym, bowiem co jedenasta osoba biorąca udział w badaniu (9%) sądzi, że przemoc psychiczna jest najbardziej rozpowszechniona i dotyczy niemal każdego gospodarstwa domowego, a kolejne 25% jest zdania, że dotyczy dużej części tj. ponad połowy. Z drugiej strony, co dziesiąta osoba uważa, że przemoc psychiczna jest zjawiskiem, które występuje bardzo rzadko (8%) lub wcale (2%).

Przemoc fizyczną, jako zjawisko, co najmniej częste postrzega 24% ankietowanych, a jako bardzo rzadkie lub w ogóle niewystępujące 15%.

Co trzeci badany przyznaje, że w dzieciństwie doświadczył przemocy psychicznej oraz fizycznej. Do doświadczenia w dzieciństwie przemocy ekonomicznej i seksualnej respondenci przyznają się rzadziej (odpowiednio 9% i 4%).

Kobiety częściej doświadczały przemocy psychicznej i emocjonalnej. Natomiast doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie dotyczy przede wszystkim mężczyzn. Przemoc doznawana w dzieciństwie silnie wpływa na jej występowanie w dorosłym życiu, czy w roli osoby doznającej przemocy czy stosującej przemoc. Eksperci są zgodni, że takie doświadczenia powodują, iż pewne zachowania traktujemy, jako normalne a jako dorośli często nie umiemy inaczej rozwiązywać konfliktów. Niemal, co czwarty badany był w dzieciństwie świadkiem przemocy psychicznej w swoim domu. Taki sam odsetek badanych (23%) to osoby, w których domach w dzieciństwie występowała przemoc fizyczna. Najczęściej występującym doświadczeniem z dzieciństwa było stałe narzucanie swojego zdania, wydawanie rozkazów, które zostało dostrzeżone przez co trzeciego badanego (32%) w swoim dzieciństwie. Bicie, szarpanie, czy popychanie zdarzyło się w domach 29% badanych. Nieco rzadziej osoby badane doświadczały w dzieciństwie obrażania, obrzucania wyzwiskami, grożenia (24%) oraz zakazów kontaktów z innymi osobami, które zostało wskazane, przez co piątego respondenta (22%).

W podobnym stopniu Polacy przyznają, że w ich latach dziecięcych ktoś z ich bliskich ośmieszał ich wobec innych (19%). Zdaniem ekspertów błędnie definiuje się dzieci tylko, jako świadków przemocy. Objęcie specjalistyczną pomocą powinno dotyczyć nie tylko osoby krzywdzone, także świadków przemocy. Obserwowanie przemocy w swojej najbliższej rodzinie odciska piętno na psychice dziecka stąd ważne jest objęcie przede wszystkim dzięki profesjonalną opieką specjalistów.

Osoby doświadczające przemocy w rodzinie w większości przypadków nie szukają pomocy w związku z tym, co je spotkało. Niemniej jednak w przypadku kiedy zdecydują się na szukanie wsparcia, są to osoby, które doświadczały przemocy fizycznej, psychicznej i ekonomicznej (od 31% do 24%) a najrzadziej seksualnej – 11%. Eksperci zwracają uwagę na wiele barier, które powodują, że osoby doświadczające przemocy w rodzinie, nie szukają pomocy. Są nimi najczęściej: niskie poczucie własnej wartości, uzależnienie psychiczne i ekonomiczne od osoby, która przemocy się dopuszcza, stereotypowe przekonania na temat tego, jakie zachowania w rodzinie są dopuszczalne itp.

Osoby doświadczające przemocy w rodzinie najczęściej właśnie w rodzinie szukają pomocy w związku z zaistniałą sytuacją. Nieco rzadziej badani, których dotknęła przemoc, zgłaszali się na policję. Pojawiały się też liczne odpowiedzi dotyczące zgłaszania się do ośrodka pomocy społecznej.

W badaniu 30% respondentów potwierdza bycie sprawcą przemocy w rodzinie – jednokrotnym 9%, kilkukrotnym 17% i wielokrotnym 3%. Oznacza to, że ponad 9 mln Polaków przyznaje się do stosowania przemocy w rodzinie, a około 6 mln było w takiej sytuacji kilka razy lub wielokrotnie. Do stosowania przemocy psychicznej przyznało się najwięcej osób 24% badanych, do fizycznej 11%, ekonomicznej (5%) i seksualnej (2%).²⁰

Z badań prowadzonych we Wrocławiu w 2016 roku²¹ wynika, że występowanie przemocy fizycznej w rodzinach, w ciągu 12 miesięcy przed badaniem (tj. na przełomie roku 2015 i 2016) potwierdziło 11,8% (Dolny Śląsk - 12,38%). Odsetek ten w przypadku przemocy psychicznej wyniósł 16,57% we Wrocławiu i 23,75% w województwie dolnośląskim. Przemocy fizycznej w rodzinie doznało przynajmniej raz w ciągu całego życia 41,72% badanych, natomiast przemocy psychicznej 44,71% badanych.

Blisko 38% (37,94%) respondentów doświadczyło przemocy w dzieciństwie, a prawie 40% (39,33%) twierdzi, iż w dzieciństwie było świadkiem przemocy w rodzinie.

W rankingu instytucji udzielających pomocy w przypadku występowania przemocy domowej największym zaufaniem cieszy się Policja. Od Policji pomocy oczekiwałoby 67,26% respondentów. Na drugim miejscu jest Pomoc Społeczna, której ufa 65,27% badanych. Trzecie miejsce zajmują Kuratorzy Sądowi, których wskazało 53,1% respondentów. Dopiero na przedostatnim miejscu znalazła się instytucja specjalnie powołana do takich działań jak Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, który wskazało 46,71% osób badanych. Wyniki te pokazują większe zaufanie do stabilnych, prawnie umocowanych instytucji.

Zdecydowana większość badanych (82, 63%) nie znajduje usprawiedliwienia dla przemocy w rodzinie. Również zdecydowana większość (84,02%) sprzeciwia się uznawaniu współodpowiedzialności krzywdzonych kobiet za przemoc w rodzinie. Za obowiązek udzielenia pomocy ofiarom przemocy w rodzinie uznaje 66,27% badanych.

Jak wynika ze sprawozdań opracowanych przez Zespół Interdyscyplinarny we Wrocławiu, w roku 2015 prowadzono łącznie 1584 procedur „Niebieskich Kart”, „dalej w skrócie NK”. Wszczęto 920 procedur NK, a zakończono 648 procedur. W 2019 r. prowadzono łącznie 2206 procedur NK (wszczęto 1360 procedur NK, zakończono 1034 procedury NK). Liczbę przeprowadzonych procedur w latach 2015-2019 prezentuje Tab.2.

²⁰ Raport „Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie”. Raport Kantar Polska dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Październik 2019 r.

²¹ Raport z badania „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków”, 2016 r.

Tab.2. Zestawienie prowadzonych procedur „Niebieskich Kart” z podziałem na wszczęte i zakończone procedury w latach 2015-2019. ²²

Rok/ proces	Liczba prowadzonych procedur NK	Liczba wszczętych procedur NK	Liczba zakończonych procedur NK
2015	1584	920	648
2016	1738	962	982
2017	1759	902	745
2018	1705	968	643
2019	2206	1360	1034

Jak wynika z Tab.2. problem przemocy w rodzinie narasta, o czym świadczy zwiększająca się liczba procedur NK, w ramach, których specjaliści zobowiązani są podejmować działania zmierzające do przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Wrocławski Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie od 2015 r. organizuje Kampanię Przeciwko Przemocy „Biała Wstążka”, która obejmuje szereg działań edukacyjnych kierowanych do społeczności lokalnej, świadków przemocy, osób doświadczających przemocy, osób stosujących przemoc, przedstawicieli instytucji i organizacji zaangażowanych i zobowiązanych do realizacji zadań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie i realizacji procedury „Niebieskich Kart”. Od 2015 r. zauważa się wzrost świadomości adresatów kampanii w zakresie definicji, form, mechanizmów występowania przemocy, sposobów reagowania na przemoc, instytucji, do których należy przemoc zgłaszać lub w których można uzyskać pomoc. Dowodem jest fakt, iż coraz więcej osób zgłasza zdarzenia przemocy do Zespołu Interdyscyplinarnego, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej czy na Policję. Oprócz działań w ramach samej kampanii, Zespół Interdyscyplinarny w ciągu całego roku podejmuje działania w zakresie przeciwdziałania przemocy, kierowane do rodzin doświadczających przemocy lub nią zagrożonych.

We Wrocławiu realizowane są programy wsparcia dla osób doświadczających przemocy, których celem jest świadczenie pomocy prawnej, medycznej i psychologicznej. W ramach tych programów dzieciom i osobom dorosłym doświadczającym szkód ze strony osób nadużywających alkoholu oferowana jest również systemowa pomoc wyjścia z kryzysu. Ponadto organizowane są szkolenia z zakresu problematyki związanej z przemocą domową skierowane do różnych grup zawodowych m.in. kuratorów sądowych, pracowników służby zdrowia, pracowników socjalnych i policjantów.

²² Dane pochodzą ze sprawozdania opracowanego przez Zespół Interdyscyplinarny we Wrocławiu.

Na terenie Wrocławia działa tzw. „Zespół Środowiskowej Interwencji Kryzysowej”, którego celem jest udzielanie wsparcia psychologicznego ofiarom przemocy domowej w miejscu zdarzenia. W skład zespołu interwencyjnego, oprócz funkcjonariuszy policji, wchodzi psycholog oraz pracownik socjalny. Członkowie zespołu dyżurują przez całą dobę i niezależnie od godziny zdarzenia, podejmują interwencję bezpośrednio w miejscu zdarzenia. Sprawcy przemocy w rodzinie motywowani są do podjęcia terapii w ramach realizowanego programu korekcyjno-edukacyjnego i terapeutycznego.

3. Dostępność napojów alkoholowych

W maju 2018 roku wśród mieszkańców Wrocławia przeprowadzono badania opinii dotyczące spożywania alkoholu w przestrzeni publicznej miasta²³. Ankietowani mieszkańcy Wrocławia w większości (61,9%) uznali, że należy w mieście wyznaczyć strefy, w których będzie można spożywać alkohol na wolnym powietrzu. Najczęściej wskazywanymi miejscami, gdzie zakaz spożywania alkoholu nie powinien obowiązywać były obszary w znaczącej odległości od zabudowań, tereny zielone na brzegach Odry i innych wrocławskich rzek oraz teren Wyspy Słodowej. Wyniki badania pokazały również, że zdecydowana większość mieszkańców Wrocławia uważa, iż nie powinno się ograniczać godzin sprzedaży alkoholu w sklepach na terenie całego miasta. Za ograniczeniem godzin sprzedaży alkoholu na terenie całego Wrocławia opowiedziało się niecałe 7% badanych. Co piąty ankietowany uważa, że należy wprowadzić ograniczenia godzin sprzedaży alkoholu w wybranych obszarach miasta.

W III kwartale 2018 r. weszły w życie przepisy uchwały nr LIX/1377/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 5 lipca 2018 r. w sprawie odstępstw od zakazu spożywania napojów alkoholowych w określonych miejscach publicznych na terenie Wrocławia.

Uchwała przewiduje sześć stref w przestrzeni publicznej, rozmieszczonych w różnych rejonach miasta, w których nie obowiązuje powszechny zakaz spożywania napojów alkoholowych. Wśród wyznaczonych obszarów, oprócz Wyspy Słodowej, wskazano pięć innych miejsc. Są to: Park Wschodni i Park Tysiąclecia oraz Lasy: Rędziński, Osobowicki i Sołtysowicki. Wszystkie te obszary są atrakcyjnymi enklawami spędzania czasu wolnego przez mieszkańców i turystów, które z roku na rok zyskują na popularności.

Strefy wyznaczone w Parku Wschodnim i Parku Tysiąclecia oraz Lesie Rędzińskim, Osobowickim i Sołtysowickim nie obejmują całego terenu danego parku czy lasu, a jedynie miejsca odpowiednio oznakowane, przystosowane specjalnie do spędzania wolnego czasu przy grillu czy ognisku, z odpowiednio wydzielonymi i przygotowanymi paleniskami, które wyposażone są w ławki, stoliki i pojemniki na odpady. Charakter wyznaczonych obszarów jest zgodny z oczekiwaniami mieszkańców prezentowanymi w badaniach opinii publicznej.

W dniu 23 sierpnia 2018 r. Rada Miejska Wrocławia przyjęła 3 uchwały regulujące dostępność alkoholu na terenie Miasta Wrocławia:

- Uchwała nr LX/1422/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 23 sierpnia 2018r. w sprawie ograniczenia sprzedaży napojów alkoholowych w godzinach nocnych

²³ Raport z badań opinii społecznej na temat spożywania alkoholu w przestrzeni publicznej miasta Wrocławia z roku 2018

(Dziennik Urzędowy Województwa Dolnośląskiego z dnia 28 sierpnia 2018r. poz. 4100)

- Uchwała nr LX/1423/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 23 sierpnia 2018r. w sprawie maksymalnej liczby zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na terenie Wrocławia (tekst jednolity w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego z dnia 12 czerwca 2020r. poz. 3710);
- Uchwała nr LX/1424/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 23 sierpnia 2018r. w sprawie zasad usytuowania punktów sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Wrocławia (tekst jednolity w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego z dnia 12 czerwca 2020r. poz. 3711).

Przepis o zakazie sprzedaży napojów alkoholowych, przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy), pomiędzy godziną 22:00 a godziną 6:00, przyjęty uchwałą nr LX/1422/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 28 sierpnia 2018 r., obowiązuje na terenie Osiedla Stare Miasto od 12 września 2018 r. W dniu 21 lutego 2019 r. Rada Miejska Wrocławia podjęła uchwałę nr V/107/19 w sprawie odrzucenia wniosku w przedmiocie zmiany uchwały nr LX/1422/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 28 sierpnia 2018 r. i skrócenia godzin ograniczenia sprzedaży napojów alkoholowych w godzinach nocnych na terenie Osiedla Stare Miasto.

Informacje przekazywane przez Komendę Miejską Policji i Straż Miejską Wrocławia odnośnie stanu bezpieczeństwa i porządku publicznego na terenie Osiedla, mogą wskazywać na spadek liczby zachowań społecznie nieakceptowanych w rejonie obowiązywania tych przepisów. W drugiej uchwale określono maksymalną liczbę zezwoleń (limit) dla każdego rodzaju napojów alkoholowych, odrębnie dla napojów przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (tzw. handel detaliczny) oraz dla napojów przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (tzw. gastronomia). W dniu 11 kwietnia 2019 r. weszła w życie Uchwała nr VIII/195/19 Rady Miejskiej Wrocławia zmieniająca ww. uchwałę. Aktualne limity oraz ich wykorzystanie przedstawione zostały w Tab.3.

Tab.3. Wykorzystanie limitów zezwoleń, według stanu na dzień 7 października 2020 r. ²⁴

Rodzaj zezwoleń	Sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (tzw. handel detaliczny)		Sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (tzw. gastronomia)	
	Limit określony w uchwale	Limit wykorzystany	Limit określony w uchwale	Limit wykorzystany
Zezwolenie na sprzedaż napojów do 4,5% zawartości alkoholu oraz na piwo (A)	1175	1008	1025	939
Zezwolenie na sprzedaż napojów powyżej 4,5% do 18% zawartości alkoholu (z wyjątkiem piwa) (B)	1125	1015	855	771
Zezwolenie na sprzedaż napojów powyżej 18% zawartości alkoholu (C)	1075	941	695	569

Rada Miejska Wrocławia, w trzeciej z wymienionych wyżej uchwał, określiła nowe zasady usytuowania punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie Wrocławia. W dniu 8

²⁴ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Dział Zezwoleń, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia.

maja 2019 r. weszła w życie Uchwała nr VIII/196/19 Rady Miejskiej Wrocławia zmieniająca ww. uchwałę. Zasady usytuowania są następujące:

- nie dopuszcza się usytuowania stałego punktu sprzedaży napojów alkoholowych, jeżeli w najbliższej okolicy tego punktu znajduje się, co najmniej jedno spośród następujących miejsc lub obiektów chronionych:
 - 1) publiczna lub niepubliczna szkoła podstawowa bądź ponadpodstawowa;
 - 2) młodzieżowy ośrodek wychowawczy;
 - 3) młodzieżowy ośrodek socjoterapii;
 - 4) specjalny ośrodek szkolno – wychowawczy lub specjalny ośrodek wychowawczy;
 - 5) placówka opiekuńczo – wychowawcza typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistycznie – terapeutycznego;
 - 6) placówka opieki społecznej dla dorosłych;
 - 7) szpital lub stacjonarny zakład leczniczy, w którym wykonywane są świadczenia rehabilitacyjne oraz zabiegowo – lecznicze;
 - 8) placówka leczenia uzależnień;
 - 9) świątynia;
 - 10) stadion lub obiekt sportowy bądź rekreacyjny;
 - 11) Wrocławski Ośrodek Pomocy Osobom Nietrzeźwym.
- nie dopuszcza się usytuowania stałego punktu podawania napojów alkoholowych, jeżeli w najbliższej okolicy tego punktu znajduje się co najmniej jedno spośród następujących miejsc lub obiektów chronionych:
 - 1) publiczna lub niepubliczna szkoła podstawowa lub ponadpodstawowa;
 - 2) młodzieżowy ośrodek wychowawczy;
 - 3) młodzieżowy ośrodek socjoterapii;
 - 4) specjalny ośrodek szkolno – wychowawczy lub specjalny ośrodek wychowawczy;
 - 5) placówka opiekuńczo – wychowawcza typu socjalizacyjnego lub interwencyjnego;
 - 6) placówka leczenia uzależnień;
 - 7) Wrocławski Ośrodek Pomocy Osobom Nietrzeźwym.

Jesienią 2019 r. na zlecenie Gminy Wrocław zostało przeprowadzone badanie społeczne w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Wrocławia. Badanie miało na celu określenie poziomu naruszeń prawa w zakresie sprzedaży i podawania napojów alkoholowych osobom nieuprawnionym, w tym niepełnoletnim i nietrzeźwym. Badanie było prowadzone metodą „Tajemniczego Klienta” (Mystery Shopping) i było formą oceny zgodności z prawem obsługi w placówkach handlowych i usługowych. W trakcie badania przeprowadzono łącznie 360 kontroli punktów sprzedaży detalicznej i punktów gastronomicznych. Przeszkolono ponad 600 osób – sprzedawców i przedsiębiorców. Wszystkie kontrolowane punkty otrzymały materiały szkoleniowe oraz certyfikaty.²⁵

²⁵ Raport, „Przeprowadzenie badań społecznych w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Wrocławia”. Fundacja Centrum Działań Profilaktycznych 2019.

4. Spożywanie napojów alkoholowych przez mieszkańców Wrocławia na podstawie raportów z badań społecznych.

Badanie młodzieży

W 2019 r. we Wrocławiu zrealizowano badanie ESPAD na próbie losowej młodzieży trzecich klas gimnazjów oraz drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.²⁶ W badaniu zastosowano wystandaryzowany kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez uczniów. W ankiecie pytano o osobiste doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi, zapewniając tym samym anonimowość na poziomie pojedynczych uczniów jak i całych szkół. Badanie przeprowadzono na próbie 1844 osób. Wśród gimnazjalistów było 53,9 % dziewcząt oraz 46,1 % chłopców, natomiast w grupie starszej dziewczęta stanowiły 49,4 %, zaś chłopcy 50,65.

W badaniu potwierdzono, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło alkohol 76,5% uczniów z młodszej grupy i 87,9 % uczniów ze starszej kohorty. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich dni przed badaniem piło 41,4% 15-16-latków i 63,1% 17-latków. Z badań wynika, że najbardziej popularnym napojem alkoholowym jest piwo, najmniej Alcopop (napój owocowy z niewielką ilością alkoholu). Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 10,4% uczniów z młodszej kohorty i 15,7% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 69, 2% uczniów młodszych i 47, 0% uczniów starszych.²⁷

Od 2013 r. Gmina Wrocław, realizuje program profilaktyki zintegrowanej „Archipelag Skarbów”, wspierający rozwój osobisty i społeczny uczniów wrocławskich szkół. W roku szkolnym 2019/2020 we Wrocławiu Fundacja Profilaktyka z Pasją, która jest realizatorem programu, opracowała Raport z diagnozy problemów i pozytywnego potencjału młodzieży w ujęciu profilaktyki zintegrowanej dla klas VII i VIII czternastu szkół podstawowych.

Informacje przedstawione w raporcie zostały zebrane podczas badań ankietowych przeprowadzonych w szkołach w okresie od października do grudnia 2019 r. Głównym celem badania było zilustrowanie zachowań i postaw młodzieży tych szkół, w których badania zostały przeprowadzone. Diagnoza obejmuje zarówno zachowania ryzykowne i problemowe młodzieży, takie jak: przemoc rówieśnicza, używanie alkoholu, narkotyków, palenie papierosów, korzystanie z pornografii, kontakty seksualne, jak również pozytywny potencjał młodzieży dotyczący relacji z rówieśnikami i osobami dorosłymi.

²⁶ Z dniem 31 sierpnia 2019 roku, w wyniku reformy systemu oświaty z 2017 roku, gimnazja zostały zlikwidowane, a od roku szkolnego 2017/2018 nowe roczniki nie były przyjmowane, rozpoczęto wygaszanie gimnazjów. W roku szkolnym 2018-2019 ostatni rocznik dzieci klas III ukończył gimnazjum.

²⁷ „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” Raport z badań ankietowych zrealizowanych we Wrocławiu w 2019 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Pracownia badań i inicjatyw społecznych. Warszawa 2019.

Szczególną uwagę zwrócono na czynniki chroniące i czynniki ryzyka zachowań problemowych.

Z raportu wynika, iż w badanych szkołach pojawiają się wszystkie zachowania problemowe, w różnym stopniu ich nasilenia. W praktyce niemożliwe jest zredukowanie do zera różnych nagannych postaw i zachowań uczniów. Istotne wydaje się, że większość uczniów nie podejmuje jednak zachowań problemowych i ryzykownych.

Zdecydowana większość młodzieży zgłosiła, że w ciągu miesiąca poddanego badaniu nie używała alkoholu (88 % chłopców i dziewcząt z klas 7, 81 % chłopców i 82% dziewcząt klas 8 szkół podstawowych). Spośród uczniów, którzy pili alkohol większość deklarowała, że było to picie sporadyczne.²⁸

Badanie osób dorosłych

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ok. 2,3 mld ludzi na całym świecie pije alkohol. Pod względem średniego spożycia na mieszkańca przoduje Europa. Pod względem konsumpcji czystego alkoholu na osobę, Polska jest na 17 miejscu w Europie. To plasuje naród polski mniej więcej w połowie stawki. Taka sama wielość konsumpcji alkoholu, co w Polsce jest m.in. w Szwajcarii, Austrii i Estonii.

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że ponad 80 % pijących w Polsce alkohol wypija do 6 litrów czystego etanolu rocznie, 11,3% pije ryzykowanie, a 7,3 % regularnie nadużywa alkoholu. Ostatnia grupa wypija aż 46% alkoholu na rynku.

Statystyki wskazują, że ok. 2 % populacji w Polsce, czyli 800 tys. osób to osoby uzależnione od alkoholu. Od 5% do 7% populacji, czyli 2-2,5 mln osób pije alkohol w sposób szkodliwy, nadmierny, niosący ryzyko uzależnienia. W skali kraju problem szkodliwego spożycia alkoholu i uzależnienia od niego dotyczy więc blisko 3 mln osób. W rodzinach z problemem alkoholowym żyje 3-4 mln osób, w tym 1,5-2 mln dzieci.

Z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wynika, że w 2019 r. spożycie alkoholu na jednego mieszkańca Polski wyniosło w przypadku wyrobów spirytusowych (przeliczonych na 100% alkohol) 3,7 l, w odniesieniu do wina – 6,2 l a w przypadku piwa – 97,1 l. Po przeliczeniu podanych wartości na 100% alkohol szacuje się, że wielkość spożycia alkoholu na jednego mieszkańca wyniosła 9,78 l, co oznacza wzrost w stosunku do poprzedniego roku o 0,24 l 100% alkoholu.

Warto zaznaczyć, że istotny wzrost zanotowano w przypadku napojów spirytusowych – o 0,4 l, natomiast w przypadku piwa nastąpił spadek o 0,2 l w przeliczeniu na 100% alkohol. Spożycie wina pozostało na porównywalnym poziomie.²⁹

²⁸Raport z diagnozy problemów i pozytywnego potencjału młodzieży w ujęciu profilaktyki zintegrowanej dla klas VII i VIII czternastu szkół podstawowych w roku szkolnym 2019/2020 we Wrocławiu. Diagnoza opracowana zgodnie z rekomendacjami opublikowanymi w Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży ORE. Instytut Profilaktyki zintegrowanej na zlecenie fundacji Profilaktyka z Pasją.

²⁹ Przyjmuje się założenie, iż w jednym litrze: piwa zawartych jest 5,5% alkoholu, wina (miodu pitnego) zawartych jest 12% alkoholu. Dane pochodzą ze strony <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>.

Tab. 4. Spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca na przestrzeni lat (1995-2019).³⁰

Rok	Wyroby spirytusowe	Wino i miody pitne	Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol	Piwo	Piwo w przeliczeniu na 100 % alkohol	Średnie roczne spożycie napojów alkoholowych na 1 mieszkańca w litrach w przeliczeniu na 100% alkohol
1995	3,5	6,8	0,82	39,0	2,15	6,46
2000	2,0	12	1,44	66,9	3,68	7,12
2005	2,5	8,6	1,03	80,7	4,44	7,97
2010	3,2	7,0	0,84	90,5	4,98	9,02
2015	3,2	6,3	0,76	99,1	5,45	9,41
2019	3,7	6,2	0,74	97,1	5,34	9,78

Z badań³¹ przeprowadzonych w roku 2016 wśród dorosłych mieszkańców Wrocławia wynika, iż w roku poprzedzającym dorosły mieszkaniec Wrocławia wypił średnio 4,25 litra czystego alkoholu. Widoczny jest spadek spożycia w stosunku do 4,9 litra z roku 2011. Biorąc pod uwagę badania stwierdzające, że deklarowane spożycie stanowi 40-60% rzeczywistego spożycia, można szacować realne spożycie alkoholu przez mieszkańca Wrocławia na 7,0 – 10,6 litra czystego alkoholu.

Pod względem ilości wypijanego alkoholu na pierwszym miejscu znajduje się wódka i inne napoje spirytusowe – 1,99 litra czystego alkoholu na osobę. Następnie piwo – 1,63 litra, wino – 0,39 litra.

Deklarowani abstynenci stanowią około 15% badanej populacji. Osoby pijące ryzykownie (czyli mężczyźni pijący powyżej 10 l czystego alkoholu i kobiety przekraczające 7,5 litra spożycia) stanowią 20% populacji konsumentów alkoholu we Wrocławiu.

Postawy respondentów wobec alkoholu i związanych z nim problemów widoczne są już przy określeniu alkoholu, jako towaru. Większość respondentów (66,47%) uważa, że napoje alkoholowe należy traktować jako artykuł specjalny a handel nim powinien być kontrolowany przez państwo. Przeciwnego zdania jest 15,77% respondentów, którzy uważają, że alkohol to „towar jak każdy inny”. Około 37,13% respondentów opowiada się za zmniejszeniem ilości punktów sprzedaży.

Znaczna grupa badanych (21,16%) była świadkiem prowadzenia pojazdu przez osobę będącą pod wpływem alkoholu. Ponad połowa z nich (12,77%) podjęła próby interwencji.

³⁰ Opracowanie własne na podstawie danych ze strony: <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> .

³¹ Raport z badania „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków”, 2016

Problemy alkoholowe występujące w rodzinie kiedykolwiek w ich życiu odczuło 33,93% badanych. W przypadku występowania tych problemów w okresie ostatnich 12 miesięcy, badani potwierdzili ich występowanie w 10,98% przypadków. Uzyskane wyniki w porównaniu do wyników badań z lat ubiegłych jednoznacznie wskazują stopniowe zwiększanie się problemów alkoholowych w rodzinach.

Picie alkoholu przez kobiety różni się od modelu picia przez mężczyzn. Dane Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (dalej: PARPA) wskazują, że profil kobiet pijących najwięcej alkoholu to osoby w wieku od 18 do 29 lat, pozostające w stanie wolnym, mieszkanki dużych miast. Powody do sięgania po alkohol przez kobiety są różne. Kobiety twierdzą, że piją, bo alkohol przynosi ulgę, relaksuje i pozwala zapomnieć o problemach. Zyskują większą pewność siebie lub nagradzają się za osiągnięcia. Specjaliści ds. uzależnień wskazują, że uzależnione kobiety zachowują wysoki poziom samokontroli, wypełniają obowiązki zawodowe i domowe. Według szacunków kobiet uzależnionych i pijących szkodliwie może być w Polsce nawet ponad 1,5 mln, a zmiany obyczajowe wskazują, że ich liczba będzie nadal rosła.³²

Niepokojącym problemem wydaje się fakt picia alkoholu przez kobiety ciężarne. Według danych PARPA średnio 3 dzieci na 1000 rodzi się w Polsce z Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS), a dziesięciokrotnie więcej dotkniętych jest różnymi zaburzeniami rozwojowymi spowodowanymi alkoholem. Dotychczas nie stwierdzono jednoznacznie, jaka ilość alkoholu może spowodować u dziecka zaburzenia rozwojowe, dlatego ciężarnym zaleca się bezwzględną abstynencję. Każda, nawet najmniejsza ilość alkoholu z łatwością przenika przez łożysko. Po kilku minutach osiąga w tkankach płodu poziom podobny do poziomu u matki. Napoje alkoholowe pite przez kobietę w ciąży mogą prowadzić do zaburzeń u dziecka, określanych, jako Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Zaburzenia dotyczą wielu dysfunkcji fizycznych oraz zaburzeń w rozwoju poznawczym, uczeniu się i zachowaniu. Termin FASD nie jest terminem przeznaczonym do wykorzystania w diagnostyce klinicznej, natomiast jego obręb wyróżnia się jednostki chorobowe tj: FAS, FAE, pFAS, ARND, ARBD.³³

- FAS- pełnoobjawowy płodowy zespół alkoholowy,
- FAE- płodowy efekt alkoholowy. Stanowi łagodniejszą formę FAS,
- pFAS – częściowy zespół alkoholowy płodu- dotyczy niektórych fizycznych objawów Fas i uszkodzeń centralnego układu nerwowego, związanych z trudnościami w nauce i zachowaniu,
- ARND- neurobehawioralne zaburzenia zależne od alkoholu- dotyczą osób, które nie wykazują anomalii fizycznych twarzy, ale mogą cechować się zaburzeniami rozwojowymi centralnego układu nerwowego,

³² „Procenty pod kontrolą”. Publikacja opracowana na potrzeby kampanii społecznej #mam kontrolę, współfinansowanej ze środków m.st.Warszawy. Lipiec 2020.

³³ „Procenty pod kontrolą”. Publikacja opracowana na potrzeby kampanii społecznej #mam kontrolę, współfinansowanej ze środków m.st.Warszawy. Lipiec 2020.

- ARBD- poalkoholowy defekt urodzeniowy-odnosi się do osób z anomaliami fizycznymi budowy szkieletu, uszkodzeniami serca lub zaburzeniami widzenia i słyszenia.

Wśród respondentów badania „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków”³⁴ znalazła się grupa 174 kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży (stanowiły one 64,68% ogółu kobiet biorących udział w badaniu). Z tej grupy kobiet 14,5% piło alkohol w czasie ciąży. Najczęściej było to wino, na drugim miejscu znalazło się piwo, najrzadziej używana była wódka. Częstotliwość spożywania alkoholu była dość wysoka. Jeden raz w okresie ciąży piła jedna trzecia badanych, kilka razy w czasie ciąży piła również jedna trzecia, a kilka razy w miesiącu piła jedna dziesiąta badanych kobiet. Ponad połowa badanych kobiet używała alkoholu z własnej woli i chęci. Za namową (kolegów i rodziny) użyła alkoholu jedna czwarta badanych kobiet, a 1,12% spożywała alkohol za namową lekarza. Ostrzeżenie przed piciem alkoholu w czasie ciąży usłyszało od lekarza 17,47% badanych kobiet.

W latach 2019-2020 Gmina Wrocław przeprowadziła kampanie społeczne dotyczące płodowego zespołu alkoholowego. Opracowane zostały plakaty, infografiki, które dystrybuowane były we Wrocławskich Szkołach Rodzenia, w mediach społecznościowych. Przeprowadzono również szereg rozmów ze specjalistami, które emitowano w telewizji oraz na portalach miejskich. Inauguracja kampanii, co roku odbywa się 9 września, w dniu Światowego Dnia FAS.

³⁴ „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków”, badanie zrealizowane na zlecenie Gminy Wrocław przez Andrzej Turek Zakład Badawczo Consultingowy TUAN w roku 2016.

Rys.2. Plakat z kampanii „Ciąża bez alkoholu” 2019.



Rys.3. Plakat z kampanii „Wrocław wspiera rodzicielstwo” 2020.



W badaniu „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków” podejmowano również temat kontrolowania wieku klientów zakupujących napoje alkoholowe. Respondenci w zdecydowanej większości (80, 04%) poparli kontrolę

dokumentów tożsamości potwierdzających pełnoletniość przy zakupie alkoholu. Wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla sprzedawców, podczas których uczono by m.in. odmawiania sprzedaży alkoholu młodzieży i osobom nietrzeźwym, poparło 75,65% respondentów.

Świadczeniami picia alkoholu przez młodzież było 63,47% respondentów. Różnego rodzaju interwencje w sprawie pijącej młodzieży podjęło 9,88%. Pomimo obowiązujących przepisów sprzedaż alkoholu nieletnim obserwowało 22,95% badanych, a interwencję w takich przypadkach podejmowało jedynie 6,79% respondentów.

Z uwagi na dużą dostępność taniego alkoholu, przede wszystkim w punktach sprzedaży detalicznej w centrum miasta, ukształtował się nowy wzór spożywania alkoholu.

Użytkownicy napojów alkoholowych podczas spotkań towarzyskich w Rynku lub jego okolicach, dokonują zakupu alkoholu, który następnie jest spożywany w miejscach, gdzie jego spożywanie jest zabronione. Z uwagi na niską cenę, spożywane ilości alkoholu są znaczne, co prowadzi do upijania się. Konsekwencją zachowań pod wpływem alkoholu są interwencje służb porządkowych, zakończone ukaraniem mandatem, lub odwiezieniem do Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym (d. Izba Wytrzeźwień). W celu zmniejszenia opisanego zjawiska, Rada Miejska Wrocławia podjęła uchwałę³⁵ dotyczącą ograniczenia sprzedaży napojów alkoholowych w godzinach nocnych. Uchwała wprowadza zakaz sprzedaży napojów alkoholowych, do spożycia poza miejscem sprzedaży, w godzinach nocnych (między godziną 22:00 a godziną 6:00) w punktach handlowych na terenie osiedla Stare Miasto. Zakaz nie dotyczy sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży tj. restauracjach, klubach, pubach i innych lokalach gastronomicznych. Zakazem objęte są jednak stoiska sprzedaży detalicznej urządzone w niektórych lokalach gastronomicznych (celem sprzedaży alkoholu na wynos).

Dodatkowym problemem dotyczącym sposobu nabywania i niekontrolowanego picia alkoholu są małe butelki wódki tzw. „małpki”.

Sprzedaż alkoholu w małych formatach stała się oddzielną kategorią alkoholu mającą swoje miejsce na półkach sklepowych, stanowiąc jednocześnie konkurencję dla alkoholi w dużych opakowaniach.

W Polsce codziennie małe opakowania alkoholu kupuje nawet 3 miliony osób.

W populacji dorosłych Polaków 59 % sięgnęło przynajmniej raz po małą butelkę wódki, a połowa tej grupy to osoby przed 44 rokiem życia, z miejscowości do 20 tys. mieszkańców i ze średnim wykształceniem. Klienci kupując wódkę w większości działają z zamiarem i dokładnie wiedzą, po co przyszli. Sprzedawcy zauważają, że najczęściej klient prosi o konkretną butelkę bez namysłu, bardzo często używa sformułowania „to, co zawsze” lub wybiera produkt najtańszy. To pozwala na tezę, iż większość nabywców alkoholu dokonuje swoich zakupów rutynowo, na bazie dobrej znajomości rynku i nawyków. To wskazuje, że duża część nabywców małych wódek kupuje je regularnie i często. Dla

³⁵ Uchwała nr LX/1422/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie ograniczenia sprzedaży napojów alkoholowych w godzinach nocnych (Dz.Urz.Woj.Dol. z dnia 28 sierpnia 2018 r. poz. 4100)

dużej grupy nabywców zakup produktu alkoholowego jest jedynym powodem odwiedzenia sklepu.

Małe butelki wódki tzw. „małpki”, mimo iż są droższe w przeliczeniu na litr, zawierają mniej alkoholu i często oferują nietypowe smaki.

Znaczenie wódek smakowych i ich sprzedaż rośnie bardzo dynamicznie. Prawie, co trzecia złotówka przeznaczona na wódki wydawana jest na jej warianty smakowe.

Małe butelki zmieniają sposób picia alkoholu, są wygodne w użyciu, niezauważalne i pozornie wprowadzając większe poczucie kontroli. Tymczasem częściej się po nie sięga, a alkohol w małych butelkach łatwo wnieść do miejsc publicznych, zabrać do pracy lub spożyć podczas spaceru³⁶.

5. Używanie narkotyków przez mieszkańców Wrocławia na podstawie raportów z badań społecznych.

Badanie młodzieży

Do grupy innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych należą takie substancje legalne jak leki przeciwbólowe i nasenne czy substancje wziewne oraz szeroka gama substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy, te substancje, których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo.

Wyniki badania „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych niż legalnych, szczególnie alkoholu i tytoniu. Większość badanych nigdy nie sięgała po substancje nielegalne. Wśród tych, którzy mają za sobą takie doświadczenia większość stanowią osoby, które co najwyżej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. W obu kohortach na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (18,6 % wśród uczniów klas młodszych i 38,4% w starszej grupie), a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (15,2 % wśród uczniów klas młodszych 19,3 % w starszej grupie). Niepokój budzi natomiast znaczny odsetek młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (4,8% w młodszej kohorcie i 8,2% w starszej). Najbardziej popularne jest łączenie alkoholu z marihuaną lub haszyszem (8,8 % w młodszej kohorcie i 25,8% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na zwiększone ryzyko szkód zdrowotnych w wyniku efektu synergicznego, jaki pojawia się zwłaszcza przy łączeniu alkoholu z psychoaktywnymi lekami. Porównanie wyników uzyskanych we Wrocławiu i w całym kraju nie pokazuje większych różnic w rozpowszechnieniu eksperymentowania z substancjami. Chłopcy częściej deklarują próby używania większości substancji poza lekami przeciwbólowymi w celu odurzenia. Eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt w obu kohortach. W obu kohortach chłopcy częściej niż dziewczęta deklarowali używanie marihuany lub haszyszu łącznie z alkoholem.

³⁶ Dane pochodzą z Badania „ Dokąd płynie mała wódka? Zrealizowanego przez firmę Synergion w roku 2019 w ramach projektu badawczego dotyczącego rynku alkoholowego w Polsce, prowadzonego na zlecenie Związku Pracodawców Przemysłu Piwowarskiego.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W badaniu z 2019 r. lista substancji, których używanie w czasie ostatniego roku podlegało badaniu obejmuje przetwory konopi, substancje wziewne, ekstazy, amfetaminę, meta amfetaminę, kokainę, crack i heroinę. Pierwszej z wymienionych substancji używało 15,7 % uczniów z młodszej grupy i 30,5% ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 3,5% gimnazjalistów i 3,4 % uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych, zaś amfetaminę i 1,6% uczniów z pierwszej grupy i 4,8% z drugiej. Rozpowszechnienie używania większości substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy, zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt pozostaje na zbliżonym poziomie we Wrocławiu i na terenie całego kraju.³⁷

Dane pochodzące z Raportu³⁸ dotyczące roku szkolnego 2019/2020 wskazują, że niewielka część młodzieży klas VII i VIII szkół podstawowych zadeklarowała korzystanie z narkotyków w ostatnim półroczu i ostatnim miesiącu. Najczęściej takie zachowanie zgłaszane było przez chłopców z klas ósmych szkoły podstawowej. Wśród badanych, 1 % dziewcząt i 3% chłopców zadeklarowało takie zachowanie w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie. Problem „dopalaczy” (smart drugs, legal high) pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce zaczął narastać w ostatnich latach. Problem dopalaczy rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „Dopalacze” oferowane są w większości krajów europejskich, a także w Internecie. Wiedza na temat dopalaczy jest wyrywkowa, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym. Brak jest precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”. Można je określić, jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne - syntetycznego. W Polsce „Dopalacze” jeszcze do października 2010 r., sprzedawane były, jako produkty kolekcjonerskie, w innych krajach jako kadejki, sole do kąpielii czy odświeżacze powietrza.

„Dopalacze” to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane według nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa ryzyko powikłań. O niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich legalne odpowiedniki.

Z badania ESPAD wynika, że 3,3 % badanych z młodszej grupy ankietowanych oraz 3,1% ze starszej było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupu są jeszcze niższe. Uczniowie wchodzili w posiadanie dopalaczy poprzez ich zakup w innym miejscu niż sklep i Internet (odpowiednio 2,8% i 2,0%). Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu przyznało się 2,6% gimnazjalistów i 4,0% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem po te substancje sięgało 2,1% badanych z pierwszej grupy i 2,2% z drugiej. Te niskie odsetki wiążąć można ze znacznym ograniczeniem dostępności dopalaczy w konsekwencji

³⁷ „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” Raport z badań ankietowych zrealizowanych we Wrocławiu w 2019 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Pracownia badań i inicjatyw społecznych. Warszawa 2019

³⁸ Raport z diagnozy problemów i pozytywnego potencjału młodzieży w ujęciu profilaktyki zintegrowanej dla klas VII i VIII czternastu szkół podstawowych w roku szkolnym 2019/2020 we Wrocławiu „Instytut Profilaktyki zintegrowanej na zlecenie fundacji Profilaktyka z Pasją.

zamknięcia sklepów z tymi substancjami na jesieni 2010 r. oraz zaostreniem prawa „narkotykowego” w sierpniu 2018 r.

Dział Higieny Pracy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu w ramach współpracy z Ministerstwem Zdrowia gromadzi informacje od podmiotów leczniczych o liczbie osób zgłaszających się z podejrzeniem zatrucia środkami zastępczymi. Na terenie województwa dolnośląskiego w roku 2019 zgłoszono 72 przypadki z podejrzeniem zatrucia środkami zastępczymi natomiast w pierwszym kwartale roku 2020 przypadków podejrzenia zatrucia było 42³⁹.

Tab.5. Liczba podejrzeń zatrucia środkami zastępczymi w województwie dolnośląskim w latach 2018-2020.⁴⁰

Rok	2018 r.	I kwartał 2019	2019 r.	I kwartał 2020 r.
Liczba podejrzeń zatrucia środkami zastępczymi	141	55	72	42

Dorośli

Jednym z podstawowych źródeł danych o skali używania substancji psychoaktywnych są reprezentatywne ogólnopolskie badania w populacji generalnej. Wyniki badań pochodzących z Biuletynu Statystycznego Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w roku 2019 potwierdzają, że używanie narkotyków jest o wiele mniej rozpowszechnione niż picie napojów alkoholowych. Odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu roku w Polsce jest 16 razy niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Używanie alkoholu w ciągu roku odnotowano na poziomie 89,7 %, podczas gdy w przypadku narkotyków odsetek wyniósł 5,4%. W 16 krajach zarejestrowano wyższe wskaźniki używania nielegalnych substancji psychoaktywnych niż w Polsce. Według badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 r. w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem z odsetkiem 12,01 %. Do jej zażywania przyznało się 7,8% badanych w wieku 15-34 lata (2018 rok). Natomiast w całej badanej populacji (15-64 lata) wyższy odsetek odnotowano wśród mężczyzn – 16,4% niż wśród kobiet – 7,7%.

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

³⁹ Dane pochodzą z Systemu Monitorowania Informacji o Dopalaczach.

⁴⁰ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Wojewódzka Stację Sanitarno-Epidemiologiczną we Wrocławiu.

Kokaina należy do grupy nielegalnych substancji psychoaktywnych, których poziom rozpowszechnienia nie jest wysoki w Polsce. Wyniki badań w populacji generalnej pokazują, że wśród młodych dorosłych, odsetek użytkowników wyniósł 0, 5% - to według danych dotyczących zgłaszalności do leczenia, tylko 2,2% osób podjęło leczenie z powodu uzależnienia od kokainy. Wyniki badań wśród osób dorosłych pokazują, że na tle Europy poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany, w Polsce nie jest wysoki. Najwyższe wskaźniki odnotowano w następujących krajach: Francja (21,8% – 2017 rok), Włochy (20,9% – 2017 rok), Czechy (19,3% – 2017 rok). Najniższe odsetki spośród krajów UE rejestrujemy na Węgrzech (3,5% – 2015 rok) oraz na Cyprze (4,3% – 2016 rok). W Polsce odsetek wyniósł 7,8% (2018).

W Polsce nie odnotowujemy dużej liczby zgonów spowodowanych bezpośrednio przedawkowaniem narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2017 roku w Polsce zarejestrowano 202 zgony, w 2016 roku – 204, których przyczyną były narkotyki. Dane z 2017 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnych przedawkowań w naszym kraju są przede wszystkim mężczyźni (73% przypadków). Do porównań między krajami wykorzystano dane Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA dotyczące zgonów z powodu narkotyków. Najwyższe wskaźniki bezpośrednich zgonów z powodu przedawkowania narkotyków w Europie odnotowano w Estonii – 130 osób na milion mieszkańców oraz w Szwecji – 92 osób na milion mieszkańców. Dane Głównego Urzędu Statystycznego nie pozwalają na określenie rodzaju substancji, które stały się przyczyną zgonu. Jednak niektóre instytucje gromadzą dane dotyczące zgonów m.in. z powodu narkotyków czy nowych substancji psychoaktywnych (NSP), tzw. „dopalaczy”. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (dalej: KBPN) otrzymało z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego dane obejmujące obszar aglomeracji warszawskiej. W 2016 roku odnotowano na tym obszarze 47 zgonów, których przyczyną były nielegalne substancje psychoaktywne. W ponad 60% przypadków jedną z substancji wykrytych w toksykologii były opioidy (30 przypadków). Nowe substancje psychoaktywne zostały wykryte w 15% przypadków. Natomiast w przypadku 7 zgonów, których przyczyną były nowe substancje psychoaktywne, w czterech wykryto UR 47700 (syntetyczny opioid), w trzech syntetyczne katynony, a w jednym przypadku syntetyczne kannabinoidy. Na skutek spożycia substancji psychoaktywnych w 2016 roku w aglomeracji warszawskiej zmarło 38 mężczyzn, których średnia wieku wynosiła 35 lat, oraz 9 kobiet (średnia ich wieku wyniosła 37 lat). Ponadto w 2015 roku na terenie aglomeracji warszawskiej z powodu narkotyków zmarły 52 osoby, tak samo jak w roku 2014. W przypadku 17% zgonów w 2015 roku oraz 19% w 2014 roku odnotowano udział nowych substancji psychoaktywnych. Według badań kohortowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zleconych do realizacji przez KBPN, standaryzowany współczynnik umieralności wynosi 3,4 (2,1 dla kobiet i 4,6 dla mężczyzn). Współczynnik ten przybiera najwyższe wartości dla kobiet w kategorii wiekowej: 30-34 lata (18,5). Ze wspomnianych badań wynika, że prawdopodobieństwo zgonu jest 3,4 raza wyższe wśród osób zażywających narkotyki niż w całej populacji.

W ciągu ostatnich 10 lat scena narkotykowa zmieniała się w Polsce głównie poprzez pojawienie się bardzo dużej liczby nowych substancji psychoaktywnych. Na początku XX wieku najczęściej używanymi narkotykami wśród iniekcyjnych użytkowników była heroina i amfetamina. Obecnie, według badań zrealizowanych przez Centrum Informacji KBPN, wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek z końca 2018 roku, po heroinę sięga, ponad co czwarty badany (28%), a po polską heroinę mniej, niż co dziesiąty badany. Pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych (NSP) spowodowało, że obecnie prawie 40% badanych (2018 rok) w ciągu ostatnich 30 dni zażywało NSP. Nadal używana jest amfetamina (46%). Warto zwrócić uwagę, że duży odsetek osób przyjmujących narkotyki często sięga po alkohol (80%), benzodiazepiny (55%) oraz metadon (57%), czyli substancje legalne. Scena narkotykowa nie jest już tak homogeniczna, jak to było w przeszłości, kiedy dominowała na niej heroina. Obecnie popularność różnych substancji psychoaktywnych w poszczególnych miastach jest zróżnicowana. Według danych z programów redukcji szkód w Krakowie heroina nie pojawia się już na rynku, a użytkownicy przyjmują przede wszystkim nowe substancje psychoaktywne. Natomiast w Warszawie nadal jest ona popularna wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Dane pochodzące z leczenia za 2017 rok, dotyczące osób, które podjęły leczenie po raz pierwszy w życiu, pozwalają na uchwycenie kolejnej zmiany wśród problemowych użytkowników narkotyków. W Polsce najczęściej osoby podejmowały leczenie z powodu problemów z marihuaną (40%), a na drugim miejscu – amfetaminą (24%). Warto także zauważyć, że 9% osób podejmujących leczenie po raz pierwszy, jako główny przyjmowany narkotyk podawało metamfetaminę. Widać zatem rosnącą popularność metamfetaminy w ciągu ostatnich lat i jest to również nowe zjawisko na polskiej scenie narkotykowej.⁴¹

W 2016 r. w na zlecenie Gminy Wrocław przeprowadzono badanie społeczne pn. „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn we Wrocławiu”. Mieszkańcy Wrocławia i województwa dolnośląskiego wykazali się dużą znajomością nazw poszczególnych środków odurzających. Do najbardziej znanych narkotyków należą: marihuana, heroina, kokaina i amfetamina. Chęć spróbowania któregoś ze środków odurzających wyraził, co czwarty badany. Zdecydowaną większość wśród poszukujących doznań w tym zakresie stanowili mężczyźni. Głównym środkiem psychoaktywnym używanym w badanej populacji są pochodne konopi indyjskich. Wśród użytkowników dominuje grupa 18-29-latków. Innym popularnym środkiem psychoaktywnym wśród wrocławian była amfetamina. Używało jej 6,59 % respondentów. Następnie wskazywano środki tj.: ekstazy (3,99 % respondentów), LSD (2,59 %) oraz grzybki halucynogenne (1,80%).

Analizując pozyskane w badaniu dane można stwierdzić, iż użytkownicy dzielą się na kilka grup. Pierwsza i największa to grupa „eksperymentatorów”. Grupa ta używała różnych środków od 1 do 5 razy w życiu. Drugą grupę stanowią „imprezowicze”, używający środków psychoaktywnych kilka razy w roku przy tzw. okazjach. Osobną grupę używających stanowią osoby, które środki zażywa od 20 do 40 i więcej razy w

⁴¹ Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa 2019.

życiu - stanowią oni grupę „zagrożenia”. Optymistycznym wydaje się fakt, iż znaczna część respondentów nie używa w ogóle środków psychoaktywnych - 76,85%⁴².

6. Stan bezpieczeństwa

Działalność Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym

Wrocławski Ośrodek Pomocy Osobom Nietrzeźwym realizuje zadania Izby Wyrzeźwień, o których mowa w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz prowadzi działania profilaktyczne, terapeutyczne i edukacyjne w obszarze uzależnienia od alkoholu. Osoby opuszczające ośrodek mogą skorzystać z porady motywacyjnej oraz spotkania z terapeutą. W ośrodku istnieje także możliwość nieodpłatnego zbadania stanu trzeźwości.

W roku 2019 Policja i Straż Miejska przewiozły do Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym (Izby Wyrzeźwień) 8 751 osób, wśród których nieletni stanowili 0,14%. Największą grupę (87,70%), stanowili mężczyźni.

Do sierpnia 2020 r. ogólna liczba osób przyjętych do WOPON to 7 361 osoby, z czego większość (93,75%) stanowią mężczyźni, a 0,08 % osoby nieletnie.

⁴² Raport „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych, używania narkotyków oraz przemocy wśród kobiet i mężczyzn we Wrocławiu. Wyniki badania ankietowego. Zakład Badawczo Consultingowy TUAN. Wrocław 2016.

Tab.6. Liczba osób przyjętych do Wrocławskiego Ośrodka Pomocy Osobom Nietrzeźwym⁴³

Rok		2016	2017	2018	2019	2020 (styczeń - sierpień)
Ogólna liczba przyjętych		9.980	9.000	8.697	8.751	7.361
w tym:	- mężczyźni	8.943	8.121	7.649	7.675	6.901
	- kobiety	1.037	879	1.048	1.064	454
Ogólna liczba nieletnich		19	15	14	12	6
w tym:	- chłopcy	15	8	9	9	3
	- dziewczęta	4	7	5	3	3

Miejsca występowania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Analiza interwencji prowadzonych przez Straż Miejską Wrocławia w roku 2019, wskazała, iż największą ilość wykroczeń związanych z używaniem alkoholu w miejscach publicznych, odnotowuje się w osiedlach Stare Miasto, Biskupin, Nadodrże, Kozanów Pilczyce oraz na Przedmieściu Oławskim. W pierwszej połowie 2020 r. interwencje dotyczące spożywania alkoholu w miejscach publicznych odbywały się głównie na osiedlach: Starym Mieście, Szczepinie, Gajowicach, Huby, Kozanowie Pilczycach, oraz Powstańców Śląskich i Przedmieściu Świdnickim⁴⁴.

Z danych, pochodzących z policyjnych systemów informatycznych, Krajowej Mapy Zagrożeń Bezpieczeństwa, pism i zgłoszeń kierowanych do dzielnicowych wynika, że wśród problemów zgłaszanych przez społeczność lokalną dominowały: spożywanie alkoholu w miejscach niedozwolonych oraz używanie środków odurzających.

⁴³ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Wrocławski Ośrodek Pomocy Osobom Nietrzeźwym.

⁴⁴ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Straż Miejską we Wrocławiu.

Wykaz liczby zdarzeń w poszczególnych przedziałach czasowych został przedstawiony w formie tabeli nr 7 i 8.

Tab. 7. Liczba przestępstw narkotykowych we Wrocławiu w latach 2018-2020.⁴⁵

Przedział czasowy/ liczba zdarzeń	01.01.2018 r. - 31.08.2018 r.	2018 r.	01.01.2019 - 31.08.2019 r.	2019 r.	01.01.2020 r.- 31.08.2020 r.
Liczba zdarzeń dot. przestępstw narkotykowych	844	1292	1048	1471	1015

Tab. 8. Liczba zgłoszeń wynikających z Krajowej Mapy Zagrożeń Bezpieczeństwa w latach 2018-2020 z podziałem na rodzaj problemu.⁴⁶

Przedział czasowy/ rodzaj problemu	2018 r.	01.01.2019 - 31.08.2019 r.	2019 r.	01.01.2020 r.- 31.08.2020 r.
Używanie środków odurzających	313	152	246	113
Spożywanie alkoholu w miejscach niedozwolonych	2389	1644	brak danych	brak danych

Po roku od wprowadzenia Uchwały nr LIX/1377/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 05.07.2018 r. w sprawie odstępstw od zakazu spożywania napojów alkoholowych w określonych miejscach publicznych na terenie Wrocławia Komenda Miejska Wrocławia przeprowadziła kontrolę stanu bezpieczeństwa i porządku publicznego w miejscach

⁴⁵ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Komendę Miejską Policji we Wrocławiu.

⁴⁶ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Komendę Miejską Policji we Wrocławiu.

wskazanych w uchwale tj.: Wyspy Słodowej oraz wyznaczonych i oznakowanych miejsc w Parku wschodnim, Lesie Rędzińskim, Lesie Osobowickim, Lesie Sołtysowickim i Parku Tysiąclecia. Z przeprowadzonej analizy wynika, że na omawianym terenie spadła ogólna liczba odnotowanych interwencji oraz zarejestrowano spadek w ilości wykroczeń. Miejszem, w którym najczęściej dochodziło do interwencji w roku 2018 jest rejon Wyspy Słodowej.

Dane potwierdzają, że od sierpnia 2018 r. w wymienionych strefach nie odnotowano wykroczeń dotyczących przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Jednocześnie wzrosła liczba osób nietrzeźwych, których zachowanie stanowiło podstawę do umieszczenia we Wrocławskim Ośrodku Pomocy Osobom Nietrzeźwym.

W opinii Komendy Miejskiej Policji wprowadzone uchwałą Rady Miejskiej Wrocławia odstępstwa od zakazu spożywania napojów alkoholowych w określonych miejscach publicznych zasadniczo nie wpłynęły na stan bezpieczeństwa i pogorszenie porządku publicznego.⁴⁷

7. Wsparcie programów terapii substytucyjnej dla uzależnionych od opiatów

We Wrocławiu program substytucji lekowej osób uzależnionych od heroiny prowadzony jest w Ośrodku Profilaktyczno-Lecznicznym Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ.

Warunkiem powodzenia terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od heroiny jest zróżnicowana oferta pomocy i wsparcia usytuowana w jednym miejscu. W Ośrodku prowadzone są następujące działania:

- Program substytucyjny (leczenie farmakologiczne, edukacja społeczna i zdrowotna, poradnictwo indywidualne i grupowe, porady psychoterapeutów uzależnień i psychologów, poradnictwo udzielane przez pielęgniarki),
- Poradnia HIV (leczenie farmakologiczne, psychoedukacja, poradnictwo indywidualne i grupowe, porady psychoterapeutów uzależnień i psychologów, poradnictwo udzielane przez pielęgniarki),
- Poradnia chorób zakaźnych,
- Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i uzależnień behawioralnych (leczenie farmakologiczne, edukacja społeczna i zdrowotna, poradnictwo indywidualne i grupowe, porady psychoterapeutów uzależnień i psychologów, poradnictwo udzielane przez pielęgniarki i rejestratorki),
- 2 gabinety zabiegowe,
- Punkt konsultacyjno-diagnostyczny (HIV, HCV, HBV, kiła, i inne choroby przenoszone drogą płciową),
- porady dietetyka,
- pracownia USG/elastografii,

⁴⁷ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez Komendę Miejską Policji we Wrocławiu.

- badania kliniczne,
- współpraca z oddziałem zakaźnym, z oddziałem detoksykacyjnym, z Zakładem Karnym nr 1,
- gabinet stomatologiczny.

Substytucja lekowa stanowi formę działań ograniczających szkody zdrowotne związane z dożywotnym przyjmowaniem opiatów. Lekami stosowanymi w Ośrodku są: metadon i buprenorfina.

Metadon i buprenorfina nie są lekami, które leczą z uzależnienia. Określeniem poprawnym jest: „substytucja lekowa”. Podając codziennie pacjentowi indywidualnie dla niego ustaloną dawkę leku, zastępuje się heroinę, likwidując objawy abstynencyjne, zmniejszając głód narkotyku i umożliwiając w miarę normalne życie bez konieczności dożywotnego przyjmowania opiatów. Jest to jednak osoba w dalszym ciągu uzależniona od opiatów. Podawana substytucja utrzymuje w uzależnieniu, jednak jest to uzależnienie „bezpieczne”, kontrolowane. Zamiast nielegalnego narkotyku, pacjent otrzymuje czysty, legalny lek, podawany pod kontrolą lekarską.

W przypadku przerwania podawania substytutów uzależnieni najczęściej powracają do brania heroiny. Ogromne znaczenie ma fakt doustnego przyjmowania substytutów, a pacjent nie ma już objawów abstynencyjnych, nie ma też potrzeby kilkukrotnego w ciągu doby wykonywania iniekcji. Istotną cechą metadonu i buprenorfiny jest również to, że w odróżnieniu od heroiny nie powodują stanu euforii.

Pacjent programu substytucyjnego, w tzw. „odbiorze zewnętrznym” jest człowiekiem trzeźwym, mogącym pracować, prowadzić samochód, normalnie kontaktować się z ludźmi. W redukcji szkód zdrowotnych największe znaczenie mają programy polegające na długoterminowej stabilizacji pacjenta uzależnionego (podtrzymanie, *maintenance*) – substytucja stałymi lub zwiększonymi dawkami leków przez okres powyżej 6 miesięcy. W praktyce nie określa się długości trwania substytucji, zakładając, że w przypadku niektórych pacjentów będzie to leczenie dożywotnie. Substytucja powoduje zaprzestanie lub zmniejszenie nielegalnego brania narkotyków przez uczestniczące w niej osoby.

W programie substytucyjnym, realizowanym we Wrocławiu, odsetek dodatnich wyników badania moczu na obecność metabolitów narkotyków nie przekracza 10% miesięcznie. Ważną korzyścią tej formy redukcji szkód jest ograniczenie kryminogennych zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków oraz zmniejszenie liczby zgonów związanych z narkomanią. Ostatecznym celem jest powrót osoby uzależnionej do społeczeństwa. We Wrocławiu spośród 290 pacjentów programu substytucyjnego, 40% pracuje zawodowo. Osoby te, podejmują pracę po kilku lub kilkunastu latach bezrobocia. Większość pacjentów odnowiło zerwane przed laty kontakty z rodzinami. Ważnym elementem obok substytucji są działania terapeutyczne prowadzone z uczestnikami programu.

Substytucja umożliwia poprawę stanu zdrowia osób uzależnionych (zajęcie się problemami zdrowotnymi, np. leczenie ropni, leczenie gruźlicy, leczenie stomatologiczne)

oraz zmniejszenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych związanych z nielegalnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie HIV, ale także HBV i HCV. W przypadku osób już zakażonych HIV, program substytucyjny umożliwia włączenie terapii antyretrowirusowej, daje możliwość przewlekłego monitorowania naturalnego przebiegu zakażenia oraz możliwość leczenia zakażeń oportunistycznych.

Wrocławski program substytucyjny, podobnie jak wszystkie programy leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów przynoszą korzyści społeczne. Osoby uzależnione zakażone HIV, HCV, HBV, prątkami gruźlicy stanowią główne źródło transmisji tych zakażeń na populację ogólną. Stąd też zmniejszenie częstości tych zakażeń w grupie osób uzależnionych oraz ich leczenie ma korzystny wpływ również na sytuację zdrowotną populacji ogólnej. Możliwość zapobiegania i wczesnego leczenia różnych schorzeń (np. zakażenia HIV) u pacjentów programów substytucyjnych zmniejsza nakłady na leczenie powikłań i późnych stadiów tych chorób (np. AIDS). Dobrze funkcjonujące programy substytucyjne wpływają na ograniczenie rynku narkotykowego (nie ma popytu na narkotyki, nie ma podaży), a tym samym na zmniejszenie częstości różnego rodzaju aktywności przestępczej, która nierozzerwalnie związana jest z narkomanią (handel narkotykami, kradzieże, prostytutka, rozboje, napady, zabójstwa). Według danych amerykańskich, każdy 1 dolar przeznaczony na leczenie metadonem przynosi oszczędności 7 dolarów kosztów, związanych z działaniami przestępczymi i 12 dolarów wszystkich kosztów medycznych generowanych przez nieleczone uzależnienie, do kilkudziesięciu dolarów oszczędności sumując wszystkie koszty społeczne. W ciągu 13 lat swego działania wrocławski program substytucyjny przyniósł znaczące oszczędności w wydatkach społecznych na pokrycie wszystkich kosztów związanych z uzależnieniem.

Program substytucyjny we Wrocławiu realizowany jest od marca 2007 roku. W ciągu 13 lat długotrwałą substytucję metadonem lub buprenorfiną otrzymało 726 osób. Obecnie w stałej terapii pozostaje 323 osoby (79% mężczyzn, 21% kobiet). Średnia wieku poddawanych leczeniu to 37 lat (od 24 do 72), 40% z nich zgłasza się do Ośrodka codziennie (włączając w to soboty, niedziele i święta), 60% ma leki wydawane do domu, wówczas zgłaszają się do Ośrodka zwykle raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie. Osoby te dobrze funkcjonują w swych rolach społecznych i rodzinnych, pracują, uczą się realizują swoje pasje. Spośród 91 pacjentów włączonych do programu w 2007 r. leczenie kontynuuje 27 osób (30%).

Każdy pacjent przyjmowany do programu substytucyjnego poddawany jest badaniom na obecność zakażenia HIV, HCV i kiłką. Badania wykonywane są przy użyciu szybkich testów umożliwiających pobranie krwi z opuszka palca (nie ma konieczności wkłuwania się do żyły), co w przypadku osób z wieloletnim stażem dożylnego brania narkotyków jest prawie niemożliwe.

Osoba, u której wykryte zostaje zakażenie HIV lub HCV kierowana jest od razu do lekarza specjalisty chorób zakaźnych. Obecnie wśród 278 uczestników substytucji, 65 osób jest

zakażonych HIV. Wszystkie osoby leczone są antyretrowirusowo, z pozytywnym efektem terapeutycznym.

W Ośrodku oprócz specjalistów chorób zakaźnych zatrudnieni są również lekarze interniści. Udzielają pomocy i wsparcia dla pozostających pod jego opieką osób uzależnionych, częściowo też ich rodzin, np. dzieci. W ciągu 13 lat działalności Ośrodka pacjentki urodziły kilkanaścioro zdrowych dzieci, było to możliwe wyłącznie dzięki substytucji, która wyeliminowała ryzyko noworodkowego zespołu abstynencyjnego, umożliwiła właściwe położnicze prowadzenie ciąży oraz stosowanie profilaktyki HIV u zakażonych ciężarnych.

Substytucja metadonem czy buprenorfiną ma zwykle charakter przewlekły i nie określa się czasu zakończenia leczenia, nie zakłada się też „wyzerowania” pacjenta, jako celu prowadzonej terapii. Niemniej, w ciągu 13 lat działania wrocławskiego programu substytucyjnego, wiele osób „wyzerowało się” i obecnie utrzymuje całkowitą abstynencję. Większość pacjentów uzależnionych od heroiny ma dużo poważnych problemów prawnych. Osoby te wielokrotnie trafiają do zakładów karnych. Okres trzeźwego życia podczas leczenia w programie substytucyjnym większości osób umożliwił zajęcie się i częściowe przynajmniej uporanie z problemami prawnymi.

Ośrodek prowadzi stałą współpracę z Zakładem Karnym nr 1 we Wrocławiu. Terapeuci Ośrodka pracują jednocześnie jako terapeuci w Zakładzie Karnym nr 1, co ułatwia kontynuację terapii u osób odbywających karę pozbawienia wolności.

Pacjentom programu substytucyjnego oferowane są również zajęcia edukacyjne. Edukacja prowadzona jest w ramach terapii indywidualnej i grupowej.⁴⁸

8. Prowadzenie bezpłatnego testowania HIV wraz z poradnictwem okołotestowym

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny działa we współpracy ze Stowarzyszeniem Podwale Siedem.

Stowarzyszenie, jako organizacja pozarządowa, pozyskuje środki z Ministerstwa Zdrowia (Krajowe Centrum ds. AIDS) na:

- pracę doradców,
- opłacenie testów laboratoryjnych w kierunku zakażenia HIV
- dostarczenie 1000-2000 szybkich testów w kierunku HIV,
- dostarczenie szybkich testów w kierunku HCV 1000/rok,
- koordynację działań edukacyjno-promocyjnych,
- prowadzenie stron internetowych, projektowanie ulotek, organizację działań promocyjnych.

⁴⁸ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez dr n. med. Jacka Gąsiorowskiego; Ośrodek Profilaktyczno-Leczniczego Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień, Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Punkt Diagnostyczny wspierany jest w ramach Programu poprzez:

- zatrudnienie dodatkowego doradcy,
- możliwość dodatkowego zakupu testów w kierunku HIV i kiły,
- poszerzenia zakresu działań edukacyjnych i promocyjnych.

Współpraca zespołu oraz zlokalizowanie Punktu Poradni Chorób Zakaźnych i Poradni HIV i skomunikowanie z poradniami Wrocławskiego Centrum Zdrowia, poszerzają ofertę dla wszystkich potrzebujących pomocy i wsparcia.

Skoordynowanie wyżej przedstawionych działań pomocowych powoduje, że działająca we Wrocławiu Poradnia jest jedyną w Polsce, która ma 100% linkage to care. Oznacza to, że 100% osób, które odbierze dodatni wynik badania w kierunku HIV, zgłasza się do poradni HIV i rozpoczyna niezwłocznie leczenie antyretrowirusowe.

W Polsce odsetek ten nie przekracza 60%, podobnie w przypadku innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Dane te zostały opublikowane w prasie naukowej, prezentowane były na konferencjach międzynarodowych, jako przykład najlepszych praktyk w tym zakresie. Efektem koordynacji i organizacji działań jest szybkie wdrażanie leczenia u wszystkich zakażonych oraz osób z kontaktu, co powstrzymuje dalszą transmisję zakażeń. Jest to działanie kluczowe w zakresie poprawy epidemiologii, zmniejszenia zapadalności na zakażenia przenoszone drogą płciową oraz poprawy, jakości życia.

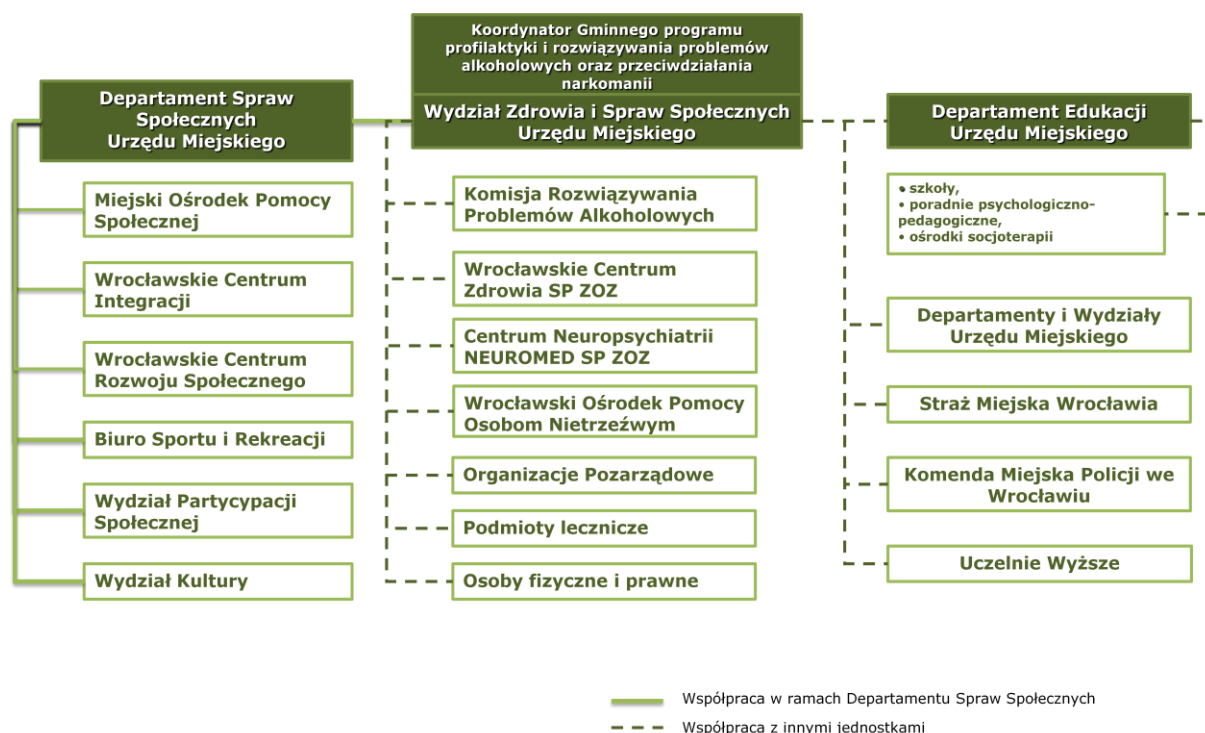
W ramach ewaluacji programu ocenie poddawane są różne aspekty funkcjonowania punktu diagnostycznego np. praca doradców, pielęgniarek, lokalizacja itp. Średnia ocen całej działalności wyniosła 4,9 w pięciostopniowej skali.

Każdego roku testowanych jest ponad 5000 osób. Rozpoznaje się prawie 50-100 nowych zakażeń HIV i nieporównanie więcej zakażeń kiłą, rzeżączką i chlamydiozą. Wszystkie osoby i osoby z kontaktu niezwłocznie otrzymują poradę i leczenie na miejscu. W ostatnich dwóch latach liczba osób zgłaszających się na badanie wzrosła 2-krotnie, zwiększając tym samym potrzeby diagnostyczne punktu (liczba testów).⁴⁹

⁴⁹ Dane zostały przygotowane na potrzeby „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na roku 2021” przez dr n. med. Bartosza Szetelę ; Specjalista chorób zakaźnych, Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

9. Instytucjonalne zasoby miasta w zakresie działań dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień

Rys.4. Zasoby miasta w zakresie działań dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień



Zadania dotyczące różnych obszarów zapobiegania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych oraz przeciwdziałania skutkom z tego wynikającym realizowane są przez podmioty posiadające odpowiednie zasoby i przygotowanie do realizacji zadań z zakresu edukacji i profilaktyki, terapii oraz redukcji szkód.

Zadania z zakresu:

- edukacji i profilaktyki realizowane są w szczególności przez:
 - przedszkola,
 - szkoły,
 - poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
 - młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii,
 - uczelnie wyższe,
 - organizacje pozarządowe,
 - podmioty lecznicze.
- terapii, wczesnej interwencji, poradnictwa oraz terapii realizowane są w szczególności przez:
 - podmioty lecznicze,
 - organizacje pozarządowe.
- redukcji szkód realizowane są w szczególności przez:
 - podmioty lecznicze,

- organizacje pozarządowe.

Departamenty i Wydziały Urzędu Miejskiego Wrocławia oraz miejskie jednostki organizacyjne współuczestniczą w realizacji działań określonych w Programie, zgodnie z kompetencjami określonymi w dokumentach regulujących ich funkcjonowanie.

10. REKOMENDOWANE DZIAŁANIA

Głównym założeniem programów przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii oraz przemocy powinno być ograniczanie występowania negatywnych zjawisk będących skutkiem używania środków psychoaktywnych poprzez rozwój działań związanych z profilaktyką i terapią uzależnień, wzrost społecznej świadomości, przeciwdziałanie powstawaniu i redukowaniu następstw używania substancji psychoaktywnych, integrację społeczną i zawodową osób uzależnionych oraz doskonalenie współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w jego realizację.

Uzależnienia dosyć często występują równolegle, mogą mieć podobne przyczyny i zbliżone konsekwencje. Ze względu na rozległość i złożoność problemów występujących wśród osób używających substancje psychoaktywne, system udzielania pomocy musi obejmować wiele elementów mających na celu zwiększenie zdolności osób do utrzymywania abstynencji, poprawę umiejętności rozwiązywania problemów osobistych, prowadzenia zdrowego i stylu życia oraz redukowanie zaburzeń somatycznych i psychicznych.

Istotą programów musi być długofalowe działanie na rzecz zmiany nawyków i utrwalania prawidłowych wzorów zachowań i funkcjonowania w życiu społecznym, a nie tylko czasowa, potencjalna zmiana zachowania.

Analiza danych dotyczących spożywania alkoholu oraz problemów społecznych i zdrowotnych⁷ z tego wynikających pokazuje, że istotnym czynnikiem sprzyjającym uzależnieniu jest wykluczenie społeczne, a konsekwencją nadmiernego używania alkoholu jest przemoc.

Z uwagi na rodzaj używanych narkotyków (głównie marihuana i jej pochodne), wzory ich używania oraz poziom rozpowszechnienia spożycia nielegalnych środków psychoaktywnych, konieczne staje się zintensyfikowanie działań profilaktycznych, szczególnie z wykorzystaniem programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, oraz rozwijanie programów wczesnej interwencji takich jak *FreD goes net* czy *Candis*.

Należy także tworzyć warunki umożliwiające implementację dobrych praktyk w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom od narkotyków.

Ważnym elementem Programu powinno być kontynuowanie dobrych praktyk oraz poszukiwanie nowych form współpracy pomiędzy służbami zobowiązanymi do zapewnienia bezpieczeństwa publicznego a placówkami wsparcia dla osób uzależnionych, w tym Wrocławskim Ośrodkiem Pomocy Osobom Uzależnionym, w celu zapewnienia właściwej pomocy osobom uzależnionym i ich rodzinom.

Wskazane jest, aby w roku 2021 kontynuować realizację programów profilaktyki selektywnej, skierowanych do grup szczególnie narażonych na uzależnienie tj. osób bezrobotnych oraz osób wykluczonych społecznie. Istotne będzie również realizowanie

działań ukierunkowanych na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i środowisku społecznym.

Niezbędne jest monitorowanie podejmowanych działań, w tym kontrola wprowadzonego zakazu sprzedaży napojów alkoholowych w godzinach nocnych na terenie Osiedla Stare Miasto oraz strefach w przestrzeni miejskiej, w których nie obowiązuje powszechny zakaz spożywania napojów alkoholowych.

Monitorowaniu podlegać będzie także liczba wydawanych zezwoleń na sprzedaż alkoholu oraz usytuowanie punktów jego sprzedaży.

We wszystkich środowiskach i grupach społecznych należy w sposób ciągły prowadzić działania edukacyjne promujące styl życia bez nałogów i przemocy.

V. CEL I ZADANIA PROGRAMU

1. Cel główny

Celem głównym Programu jest ograniczanie zdrowotnych i społecznych skutków wynikających z nadużywania napojów alkoholowych i używania innych środków psychoaktywnych poprzez podnoszenie poziomu wiedzy i świadomości mieszkańców Wrocławia, podejmowanie działań zmierzających do zmiany struktury spożycia i wzorów używania napojów alkoholowych oraz prowadzenie skoordynowanych działań profilaktycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych.

2. Zadania

Wykaz zadań realizowanych w ramach Programu zamieszczony jest w *Rozdziale X. Wykaz zadań realizowanych w ramach Programu*.

VI. FINANSOWANIE PROGRAMU

Realizacja zadań w ramach Programu finansowana będzie ze środków własnych Gminy pochodzących głównie z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Dodatkowym źródłem finansowania mogą być inne środki, pozyskiwane zarówno przez Miasto, jak też pozostałych interesariuszy programu.

VII. KOORDYNACJA I REALIZACJA PROGRAMU

Za koordynację i realizację zadań Programu odpowiedzialny jest Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia.

Program realizowany jest we współpracy z innymi podmiotami, w tym w szczególności:

- wydziałami i jednostkami miejskimi, będącymi dysponentami środków finansowych na realizację powierzonych zadań,
- podmiotami i instytucjami realizującymi zadania z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w ramach swoich zadań statutowych,
- Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- organizacjami pozarządowymi,
- organizacjami kościelnymi i związkami wyznaniowymi.

VIII. MONITOROWANIE PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ W MIEŚCIE

Monitorowanie Programu oznacza systematyczne zbieranie, analizę i interpretację danych w celu określenia efektywności poszczególnych działań, szczególnie po ich zakończeniu. Dane są przydatne przy podejmowaniu decyzji dotyczących rozszerzenia bądź ograniczenia podejmowanych działań programowych oraz przy planowaniu zadań, szczególnie nowych, stanowiących uzupełnienie Programu.

Proces ten stanowi źródło informacyjne dla podmiotów realizujących zadania z zakresu rozwiązywania problemów uzależnień.

Monitorowanie zjawisk dotyczących uzależnień polega w szczególności na:

- przeprowadzeniu cyklicznych (co 3-4 lata) badań społecznych na temat skali uzależnień we Wrocławiu,
- pozyskiwaniu i analizie danych epidemiologicznych i statystycznych niezbędnych do oceny skali występowania uzależnienia w różnych środowiskach społecznych i grupach wiekowych,
- zbieraniu danych dotyczących używania substancji psychoaktywnych od podmiotów zajmujących się realizacją działań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- zbieraniu informacji dotyczących funkcjonowania na terenie miasta, podmiotów realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom,
- analizie sprawozdań z realizacji zadań.

IX. GMINNA KOMISJA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

1. Zadania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

1. Inicjowanie działań dotyczących realizacji Programu.
2. Współpraca z podmiotami realizującymi zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
3. Prowadzenie działalności informacyjnej, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.
4. Podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowanie w stosunku do osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego, w tym:
 - motywowanie osób do podjęcia leczenia odwykowego,
 - udzielanie informacji o sposobach i miejscach uzyskania pomocy w rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
 - kierowanie osób zgłoszonych do Komisji na specjalistyczne badania diagnostyczne (diagnoza choroby alkoholowej),
 - kierowanie do sądu wniosków w sprawie orzeczenia o zastosowanie wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego,
 - udział w postępowaniu sądowym.

5. Wydawanie opinii o zgodności z uchwałami Rady Miejskiej Wrocławia lokalizacji punktów sprzedaży alkoholu, zgodnie z art. 18 ust. 3a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
6. Prowadzenie kontroli przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń zgodnie z przepisami ustawy.
7. Udział w pracach zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

2. Działania Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

W **2019** roku do Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wpłynęło **630** wniosków o objęcie leczeniem odwykowym osób nadużywających alkoholu. Zaproszono **1.367** osób, z czego zgłosiło się **351** osób. Na badania przez biegłego sądowego skierowano **527** osób w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczenia odwykowego. Na potrzeby Komisji, biegli sądowi wykonali **560** badań, na podstawie których wydali **280** opinii. Do Sądów Rejonowych Wrocławia (Śródmieścia, Fabrycznej i Krzyków) skierowano **377** wniosków o wydanie postanowienia o zobowiązanie do leczenia odwykowego. Procedury zobowiązania do leczenia umorzono wobec **186** osób (wycofanie wniosku, podjęcie leczenia, brak danych do rozpoznania uzależnienia, zgon uczestnika, zbieg spraw, ustanie przesłanek ustawowych).

Ponadto, członkowie Komisji uczestniczyli w **79** postępowaniach sądowych o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego osób zgłoszonych do Komisji.

W ramach obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, założono **54** Niebieskie Karty, a sprawy trafiły do tzw. „Zespołu Interdyscyplinarnego”. Ponadto, członkowie Komisji uczestniczyli w ok. **2.300** spotkaniach grup roboczych powołanych na wniosek Zespołu Interdyscyplinarnego dotyczących rodzin, w których ma miejsce przemoc wynikająca z nadużywania alkoholu przynajmniej przez jednego z członków rodziny.

W oparciu o uchwałę nr LX/1424/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie zasad usytuowania punktów sprzedaży i podawaniu napojów alkoholowych na terenie Wrocławia oraz uchwałę nr LX/1423/18 z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie maksymalnej liczby zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na terenie Wrocławia (oraz wcześniej obowiązujące) rozpatrzono lokalizację punktów sprzedaży wskazanych w **830** złożonych przez przedsiębiorców wnioskach o wydanie zezwoleń na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych. Opinię pozytywną dotyczącą lokalizacji otrzymało **826** wniosków, **4** wnioski zaopiniowane zostały negatywnie.

Z porad i pomocy Komisji skorzystało ok. **1.900** osób.

Członkowie Komisji w roku 2019 przeprowadzili **22** kontrole terenowe dotyczące zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, wszczętych w wyniku interwencji i zgłoszeń o przypadkach naruszenia prawa.

3. Zasady wynagradzania członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Ustala się następujące zasady wynagradzania członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych:

1. za udział w posiedzeniu plenarnym – **150 zł** (słownie: sto pięćdziesiąt złotych),
2. za udział w posiedzeniu problemowo-zadaniowym związanym z przeprowadzeniem czynności motywujących osoby nadużywające alkoholu do podjęcia leczenia odwykowego – **150 zł** (słownie: sto pięćdziesiąt złotych),
3. za udział w posiedzeniu jednej grupy roboczej powołanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w ramach systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie – **60 zł** (słownie: sześćdziesiąt złotych),
4. za przeprowadzenie wizji jednego punktu sprzedaży napojów alkoholowych, w zakresie zgodności jego lokalizacji z zasadami określonymi w uchwałach Rady Miejskiej Wrocławia – **40 zł** (słownie: czterdzieści złotych),
5. za przeprowadzenie kontroli jednego punktu sprzedaży napojów alkoholowych w zakresie przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o ile nie jest to związane z innymi zadaniami członka Komisji realizowanymi w tym samym czasie – **35 zł** (słownie: trzydzieści pięć złotych),
6. za uczestnictwo w charakterze strony w postępowaniu sądowym związanym z orzeczeniem o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego – **45 zł** (słownie: czterdzieści pięć złotych),
7. za prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej podczas kampanii społecznych i innych środowiskowych form promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień – **45 zł** (słownie: czterdzieści pięć złotych) za jedną godzinę pracy,
8. za udział w innych czynnościach nie wymienionych powyżej, związanych z realizacją ustawowych zadań Komisji i zleconych przez Przewodniczącego Komisji – **30 zł** (słownie: trzydzieści złotych) za jedną godzinę pracy.

Podstawę do wypłacenia wynagrodzenia, o którym mowa wyżej, stanowi protokół z wykonanych zadań oraz lista obecności z poszczególnych posiedzeń Komisji.

X. WYKAZ ZADAŃ REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU

Tab.9. Wykaz zadań realizowanych w ramach Programu

Działania	Wskaźniki	Realizacja kierunku działań określonego w Narodowym Programie Zdrowia
1. Realizacja programów edukacyjnych oraz programów promocji zdrowia w przedszkolach, szkołach oraz innych placówkach oświatowych i opiekuńczych, realizowanych w ramach programu Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	- liczba realizowanych programów edukacyjnych i promocji zdrowia - liczba przedszkoli i szkół ze wszystkich poziomów nauczania realizujących programy edukacyjnych i promocji zdrowia - liczba nauczycieli i wychowawców uczestniczących w zajęciach szkoleniowych, - liczba dzieci i młodzieży biorących udział w programach edukacyjnych i promocji zdrowia w placówkach oświatowych i opiekuńczych - liczba rodziców i opiekunów biorących udział w programach edukacyjnych i promocji zdrowia w placówkach oświatowych i opiekuńczych	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne 2.3.1 Profilaktyka uniwersalna 3.1.1 Edukacja Zdrowotna 3.2.1 Profilaktyka uniwersalna
2. Realizacja programów profilaktyki uniwersalnej, w tym uwzględniających tematykę niestanowiącą uzależnienia od substancji psychoaktywnych tzw. uzależnień behawioralnych, nowych środków psychoaktywnych z grupy tzw. dopalaczy oraz palenia tytoniu ze szczególnym uwzględnieniem programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii	- liczba realizowanych programów profilaktycznych - liczba podmiotów realizujących programy profilaktyczne - liczba nauczycieli i wychowawców uczestniczących w zajęciach szkoleniowych, - liczba dzieci i młodzieży biorących udział w programach profilaktycznych - liczba rodziców i opiekunów biorących udział w programach profilaktycznych	2.3.1 Profilaktyka uniwersalna 3.2.1 Profilaktyka uniwersalna
3. Realizacja programów profilaktyki selektywnej i wskazującej (w tym programów uwzględniających problematykę nowych środków psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem	- liczba realizowanych programów profilaktycznych - liczba podmiotów realizujących programy profilaktyczne - liczba nauczycieli i wychowawców uczestniczących w zajęciach szkoleniowych,	2.3.2 Profilaktyka selektywna 2.3.3 Profilaktyka wskazująca 3.2.2 Profilaktyka selektywna 3.2.3 Profilaktyka wskazująca

programów z <i>Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego</i> prowadzonych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii	- liczba dzieci i młodzieży biorących udział w programach profilaktycznych - liczba rodziców i opiekunów biorących udział w programach profilaktycznych	
4. Realizacja programów typu „street-working” i „party-working”,	- liczba osób biorących udział w programach - liczba podmiotów realizujących programy	2.3.2 Profilaktyka selektywna 2.3.3 Profilaktyka wskazująca 2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.2.2 Profilaktyka selektywna 3.2.3 Profilaktyka wskazująca
5. Realizacja działań minimalizujących występowanie ryzykownych zachowań dzieci, młodzieży oraz dorosłych poprzez: - kształtowanie i wzmacnianie rozwoju osobistego i społecznego, - realizację pozalekcyjnych zajęć sportowo-rekreacyjnych oraz zagospodarowanie czasu wolnego, - organizację wypoczynku letniego i zimowego.	- liczba osób biorących udział w programach - liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych - liczba wyznaczonych obiektów, w których odbywać się będą zajęcia - liczba dzieci i młodzieży korzystających z wypoczynku zimowego i letniego - liczba podmiotów realizujących programy	2.3.1 Profilaktyka uniwersalna 2.3.2 Profilaktyka selektywna 3.2.1 Profilaktyka uniwersalna 3.2.2 Profilaktyka selektywna
6. Prowadzenie w środowisku młodzieży pozaszkolnej działań informacyjno-edukacyjnych oraz zagospodarowania czasu wolnego, ukierunkowanych na rozwój społeczny i profilaktykę uzależnień;	- liczba młodzieży biorącej udział w różnych formach działalności (warsztaty, konferencje, szkolenia, koncerty, zajęcia sportowo-rekreacyjne)	2.3.1 Profilaktyka uniwersalna 2.3.2 Profilaktyka selektywna 3.2.1 Profilaktyka uniwersalna 3.2.2 Profilaktyka selektywna
7. Zapewnienie dzieciom pomocy psychologicznej i socjoterapeutycznej w ramach programów opiekuńczo-wychowawczych realizowanych w Centrach i Klubach Rozwoju i Aktywności Dzieci i Młodzieży oraz w placówkach realizujących programy socjoterapeutyczne.	- Liczba placówek, w których realizowane są działania opiekuńczo – wychowawcze i profilaktyczne - liczba uczestników zajęć	2.3.1 Profilaktyka uniwersalna 3.2.1 Profilaktyka uniwersalna
8. Promowanie wśród mieszkańców Wrocławia abstynencji	- liczba programów radiowych i telewizyjnych o tematyce	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne

oraz zdrowego stylu życia poprzez: - organizację kampanii edukacyjnych, - organizację festynów osiedlowych i rodzinnych, - emisję programów radiowych i telewizyjnych, - publikacje artykułów i informacji prasowych, - publikacje wyników badań i sondaży dotyczących uzależnień;	uzależnień, - liczba artykułów i publikacji prasowych o tematyce uzależnień, - liczba festynów osiedlowych i rodzinnych, na których realizowano działania edukacyjne - liczba osób uczestniczących w działaniach	3.1.1 Edukacja Zdrowotna
9. Przygotowanie i przeprowadzenie społecznych kampanii przeciwdziałania uzależnieniom i przemocy oraz współpraca z mediami lokalnymi w zakresie promowania życia bez nałogów	- liczba przeprowadzonych kampanii społecznych - liczba artykułów, audycji i programów w mediach lokalnych i społecznościowych	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne 3.1.1 Edukacja Zdrowotna
10. Przygotowanie i realizacja szkoleń i programów edukacyjno-profilaktycznych dla różnych grup zawodowych i wiekowych, w tym dla kobiet w ciąży (profilaktyka alkoholowego zespołu płodowego), pracowników oświaty i ochrony zdrowia	- Liczba realizowanych szkoleń i programów - liczba uczestników	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne 3.1.1 Edukacja Zdrowotna
11. Zakup i dystrybucja materiałów edukacyjnych, informacyjnych i profilaktycznych dotyczących tematyki uzależnień i zachowań ryzykownych	- liczba zakupionych materiałów informacyjnych oraz literatury fachowej	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne 3.1.1 Edukacja Zdrowotna
12. Wspieranie działań realizowanych przez Policję oraz Straż Miejską Wrocławia	- liczba realizowanych szkoleń i programów - liczba uczestników	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne 3.1.1 Edukacja Zdrowotna
13. Ograniczanie dostępności do napojów alkoholowych	- liczba interwencji zgłoszonych przez mieszkańców - liczba zgłoszeń o naruszeniu zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przesłanych przez Komendę Miejską Policji i Straż Miejską Wrocławia - liczba przeprowadzonych kontroli przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych -	3.1.3 Zadania regulacyjne i zapewnienie skutecznego egzekwowania przepisów
14. Wspieranie działań placówek leczenia odwykowego poprzez m.in.: - finansowanie programów terapeutycznych uzupełniających ofertę	- liczba placówek zdrowotnych leczenia ambulatoryjnego świadczących pomoc osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem - liczba osób korzystających	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych

- świadczeń zdrowotnych NFZ, poprawę warunków bazy lokalowej i ich wyposażenia, - prowadzenie remontów i adaptacji budynków na potrzeby opieki ambulatoryjnej.	z pomocy placówek ambulatoryjnych, w tym osoby uzależnione i współuzależnione oraz DDA (Dorośli Dzieci Alkoholików)	3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
15. Wsparcie programów ograniczania szkód społecznych i zdrowotnych dla osób uzależnionych, w tym programów wymiany igieł i strzykawek	- Liczba programów redukcji szkód, - liczba osób korzystających z programów redukcji szkód.	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
16. Wsparcie działań mających na celu zapewnienie odpowiedniej do potrzeb liczby miejsc w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu	- liczba miejsc w hostelach - liczba miejsc w mieszkaniach readaptacyjnych - liczba osób korzystających z miejsc w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
17. Wsparcie programów wczesnej interwencji o potwierdzonej skuteczności m.in.: <i>Fred goes net, Candis</i>	- liczba placówek realizujących programy wczesnej interwencji - liczba uczestników programów wczesnej interwencji	2.3.2 Profilaktyka selektywna 2.3.3 Profilaktyka wskazująca 2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.2.2 Profilaktyka selektywna 3.2.3 Profilaktyka wskazująca 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
18. Wsparcie programów i działań realizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie	- Liczba Klubów Abstynenta - liczba osób biorących udział w programach wspierających, w tym w stowarzyszeniach abstynenckich	3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
19. Prowadzenie poradnictwa w Punktach Konsultacyjnych i Informacyjnych, poradniach internetowych oraz w Telefonie Zaufania dla: uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem, członków ich rodzin oraz osób doświadczających kryzysu,	- liczba osób korzystających z porad w punktach konsultacyjnych - liczba osób korzystających z telefonu zaufania - ilość porad	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja,

w tym z zaburzeniami psychicznymi		reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
20. Wspieranie programów socjoterapeutycznych	- liczba dzieci i młodzieży objętych programem socjoterapeutycznym w Młodzieżowych Ośrodkach Socjoterapii, Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych i innych Ośrodkach Profilaktyki Środowiskowej	2.3.2 Profilaktyka selektywna 3.2.2 Profilaktyka selektywna
21. Realizacja programów terapii rodzin z udziałem rodziców i opiekunów dzieci, u których występuje problem uzależnienia od alkoholu, narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych	- liczba dzieci i młodzieży oraz rodziców/opiekunów korzystających z programów	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
22. Wspieranie programów terapii substytucyjnej dla osób uzależnionych od opiatów	- liczba uczestników terapii	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych
23. Prowadzenie bezpłatnego testowania HIV wraz z poradnictwem okołotestowym	- liczba wykonanych testów - liczba wyników pozytywnych - liczba udzielonych porad - liczba osób wykonujących testy	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych
24. Wspieranie zatrudnienia socjalnego przez dofinansowanie działalności Wrocławskiego Centrum Integracji (WCI), którego celem jest aktywizacja zawodowa i reintegracja społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu bezrobocia, bezdomności, uzależnienia od alkoholu lub środków odurzających	- liczba osób korzystających z oferty WCI – liczba osób uzależnionych wchodzących do programu WCI - liczba osób, które podjęły pracę w wyniku uczestnictwa w zajęciach WCI	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
25. Wspieranie działań resocjalizacyjnych i motywujących do zmiany postaw społecznych osób skazanych na karę ograniczenia wolności i karę grzywny poprzez organizowanie wykonania prac na cele społeczne i prac społecznie użytecznych na terenie miasta Wrocławia	- liczba osób skazanych biorących udział w programie - liczba godzin przepracowanych na rzecz miasta Wrocławia	2.4.1 Zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
26. Przeciwdziałanie zjawisku	- liczba osób korzystających	3.1.1. Edukacja zdrowotna

przemocy w rodzinie, w szczególności poprzez: - dofinansowanie zadań realizowanych w ośrodkach interwencji kryzysowej dla ofiar przemocy w rodzinie, - dofinansowanie programu „Niebieskie Pokoje”, - organizację i/lub dofinansowanie szkoleń i podnoszenie kwalifikacji dla służb i instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem zjawisku przemocy w rodzinie, - dofinansowanie programów korekcyjno – edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie, - dofinansowanie programów terapeutycznych dla ofiar przemocy w rodzinie, - finansowanie pomocy psychologicznej dla ofiar przemocy w ramach pracy zespołów interwencyjnych w środowisku zdarzenia (policja, psycholog) - dofinansowanie programów edukacyjno-profilaktycznych	z programów w ośrodkach interwencji kryzysowej (w tym ofiary i sprawcy przemocy) - liczba osób przeszkolonych w zakresie przeciwdziałania zjawisku przemocy - liczba programów korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy - liczba programów terapeutycznych dla ofiar przemocy - Liczba przeprowadzonych interwencji w środowisku przemocy domowej z udziałem psychologa - liczba sprawców przemocy, korzystających z programu korekcyjno-edukacyjnego - liczba programów realizowanych w środowisku seniorów - liczba uczestników programów edukacyjno-profilaktycznych	3.1.2 Szkolenie kadr 3.3 Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa
27. Organizacja i dofinansowanie superwizji dla realizatorów Programu	- liczba osób korzystających z superwizji	2.2 Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii 3.1.2 Szkolenie kadr
28. Organizacja i dofinansowanie szkoleń podnoszących kwalifikacje realizatorów programów, w tym dla pracowników systemu oświaty zatrudnionych w szkołach i Poradniach Psychologiczno-Pedagogicznych	- liczba osób korzystających ze szkoleń	2.2 Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii 3.1.2 Szkolenie kadr
29. przeprowadzenie szkoleń, seminariów, konferencji dla osób zawodowo zajmujących się działaniami profilaktycznymi i terapeutycznymi	- liczba przeprowadzonych konferencji, szkoleń i seminariów - liczba osób, zajmujących się działaniami profilaktycznymi i terapeutycznymi uczestniczących w szkoleniach, seminariach i konferencjach	2.2 Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii 3.1.2 Szkolenie kadr
30. Przeprowadzenie badań społecznych dotyczących używania alkoholu i narkotyków	- liczba przeprowadzonych badań	2.5 monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków

oraz problematyki przemocy w populacji mieszkańców Wrocławia		odurzających, substancji psychotropowych i Nowych środków Psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych 3.4 Diagnozowanie i badanie zjawisk związanych z używaniem alkoholu
31. Przeprowadzenie diagnozy społecznej dotyczącej oceny zjawiska używania środków psychoaktywnych w środowiskach młodzieży akademickiej we Wrocławiu	- liczba uczelni wyższych, w których przeprowadzono diagnozę - liczba zbadanych studentów	2.5 monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i Nowych środków Psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych 3.4 Diagnozowanie i badanie zjawisk związanych z używaniem alkoholu
32. Utrzymanie systemu informacji o realizowanych działaniach z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i zapobiegania przemocy oraz o podmiotach realizujących ww. zadania	- liczba podmiotów realizujących działania - liczba publikacji i wydawnictw (w tym w wersji elektronicznej) zawierających informacje o realizowanych działaniach - liczba stron www zawierających informacje o realizowanych działaniach	2.1.1 Działania informacyjne i edukacyjne 3.1.1. Edukacja zdrowotna
33. Obsługa administracyjna i kancelaryjna Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w tym: a) ustalanie i wypłata wynagrodzenia członków Komisji za realizację zadań wynikających z Ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, b) sporządzanie postanowień związanych z opiniowaniem wniosków przedsiębiorców ubiegających się o wydanie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. c) zawieranie i obsługa umów ze specjalistami pracującymi na rzecz Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w tym m.in. za wykonywanie badań oraz	- liczba przyjętych wniosków o objęcie leczeniem odwykowym - liczba osób, które uzyskały informacje o możliwościach pomocy osobom dotkniętym chorobą alkoholową i ich rodzinom oraz z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie - liczba osób, z którymi członkowie Komisji przeprowadzili rozmowy motywujące do podjęcia leczenia w związku z nadużywaniem alkoholu - liczba osób nadużywających alkoholu które podjęły leczenie bez kierowania sprawy do sądu, po zastosowaniu przez członków Komisji metody krótkiej interwencji. - liczba osób, wobec których Komisja wystąpiła do sądu z wnioskiem o wydanie postanowienia o obowiązku podjęcia leczenia odwykowego - liczba wizji w terenie członków	

wydawanie opinii przez biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia, d) szkolenia członków komisji e) wyposażenie biura Komisji	Komisji - iliczba wydanych postanowień GKPRA dot. zaopiniowania wniosków przedsiębiorców o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych - liczba członków Komisji korzystających ze szkoleń	
--	--	--

Uzasadnienie

Art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277 z późn. zm.) stanowi, że organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności organizacji pozarządowych w tym zakresie. Zadania gminy w zakresie przeciwdziałania narkomanii określone zostały w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852 z późn. zm.).

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gminy. Zadania gminy określone w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w szczególności dotyczą:

- 1) zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- 2) udzielania rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, w tym ochrony przed przemocą w rodzinie;
- 3) prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) wspomagania działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- 5) podejmowania interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- 6) wspierania zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Realizacja zadań określonych w ustawie jest prowadzona na podstawie Programu, corocznie uchwalanego przez Radę Gminy, co wynika z art. 4¹ ust. 2 ustawy.

Przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy. Do zadań określonych w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852 z późn. zm.) należy:

- 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) wspaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- 5) pomoc społeczna 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.

Realizacja zadań określonych w ww. ustawie prowadzona jest w postaci Programu uchwalanego przez Radę Gminy, co wynika z art. 10 ust. 3 ustawy.

„Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia na rok 2021”, stanowiący załącznik do uchwały, opracowany został w oparciu o informacje od realizatorów zadań programów realizowanych w latach poprzednich oraz diagnozę problemów uzależnień we Wrocławiu, sporządzoną na podstawie następujących badań i analiz:

- 1) „Raport z badania „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych i używania narkotyków”,

zrealizowanego na zlecenie Gminy Wrocław przez Andrzej Turek Zakład Badawczo Consultingowy TUAN w roku 2016,

- 2) Raport z badań socjologicznych nad mieszkańcami miasta pn.: „Wrocławska Diagnoza Społeczna 2017”,
- 3) Raport z badań opinii społecznej na temat spożywania alkoholu w przestrzeni publicznej miasta Wrocławia z roku 2018,
- 4) Raport z badania „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, zrealizowanego na zlecenie Gminy Wrocław przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w roku 2019 według metodologii badań ESPAD,
- 5) Raport pn.: „Przeprowadzenie badań społecznych w punktach sprzedaży i podawania napojów alkoholowych na terenie Wrocławia” zrealizowanego na zlecenie Gminy Wrocław przez Fundację Centrum Działań Profilaktycznych w roku 2019,
- 6) Raport z diagnozy problemów i pozytywnego potencjału młodzieży w ujęciu profilaktyki zintegrowanej dla klas VII i VIII czternastu szkół podstawowych w roku szkolnym 2019/2020 we Wrocławiu.
- 7) Informacji dotyczących problematyki uzależnień, będących w posiadaniu Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Wrocławia został opracowany z uwzględnieniem obowiązujących regulacji ustawowych. Program, w sposób kompleksowy podejmuje problemy z obszaru uzależnień od napojów alkoholowych i innych środków psychoaktywnych oraz przemocy. Zadania oraz sposoby i metody ich realizacji ujęte w Programie są dostosowane do lokalnych potrzeb oraz możliwości ich realizacji, w oparciu o istniejące zasoby osobowe, instytucjonalne i organizacyjne.

Program nie jest prawem miejscowym.

Projekt nie zawiera danych prawnie chronionych.