

WOJEWÓDZKI PROGRAM
PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMOW ALKOHOLOWYCH
NA LATA 2017-2020

Łódź 2016

SPIS TREŚCI

I	WPROWADZENIE	3
1.	Podstawy prawne Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017 – 2020.....	6
1.1	Dokumenty międzynarodowe normujące problematykę rozwiązywania problemów alkoholowych	6
1.2.	Dokumenty krajowe normujące problematykę rozwiązywania problemów alkoholowych:.....	7
II	DIAGNOZA SYTUACJI WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W ZAKRESIE PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z UŻYWANIA ALKOHOLU	9
1.	Rozpowszechnienie picia alkoholu wśród mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2011 - 2015.....	9
2.	Wzory konsumpcji alkoholu wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na podstawie badań ankietowych ESPAD w latach 2011-2015	12
3.	Dostępność do świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji, reintegracji i ograniczania szkód zdrowotnych osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin w województwie łódzkim w latach 2011-2015.....	17
4.	Aktywność gmin województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2011- 2015	19
5.	Wykroczenia popełniane przez osoby będące pod wpływem alkoholu w latach 2014-2015	21
III	WNIOSKI	23
IV.	REALIZACJA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH NA LATA 2017 – 2020..	25
	Cel operacyjny 1	25
	Cel operacyjny 2	27
	Cel operacyjny 3	29
V	REKOMENDACJE.....	31

I WPROWADZENIE

Spośród licznych problemów społecznych, jakie występują w naszym kraju problemy związane z piciem alkoholu mają szczególne znaczenie. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów szkód ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych jakie ponosi państwo z tego tytułu. Konsumpcja alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno jednostek, jak i rodzin, a jej konsekwencje dotyczą nie tylko osób pijących szkodliwie, ale wpływają na całą populację. Nadużywanie alkoholu powoduje wiele szkód społecznych takich jak: zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie.

Szkody ekonomiczne związane ze spożywaniem alkoholu

Zdaniem międzynarodowych ekspertów straty ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu szacuje się w krajach Europy Zachodniej i USA na poziomie 0,9 – 2,4% PKB produktu krajowego brutto. W 2014 r. PKB w Polsce wyniosło 1 728,7 mln zł (dane z GUS, maj 2015 r.). Oznacza to, że koszty ekonomiczne (leczenie, wypadki drogowe, zaangażowanie wymiaru sprawiedliwości, system opieki społecznej, przedwczesna umieralność itd.) związane z używaniem i nadużywaniem alkoholu w Polsce można oszacować na poziomie ok.16–41 mld zł.

Szkody społeczne związane ze spożywaniem alkoholu

Używanie alkoholu powoduje również szereg problemów społecznych, które generują ogromne koszty. Można do nich zaliczyć m.in.

- koszty leczenia: osób z problemem alkoholowym (lecznictwo odwykowe), chorób spowodowanych używaniem alkoholu, urazów spowodowanych u osoby pijącej, jej bliskich lub u osób postronnych (np. ofiar agresji, wypadków drogowych), koszty obdukcji ofiar przemocy,
- koszty związane z zasiłkami dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin,
- koszty uszkodzeń mienia,
- koszty procesów sądowych, interwencji policji,
- koszty związane z absencją pracownika, jego niższą wydajnością oraz koszty wypadków w pracy,

- koszty związane z zakłócaniem bezpieczeństwa publicznego,
- ubóstwo i bezrobocie,
- przemoc w rodzinie,
- wypadki w ruchu drogowym,
- koszty związane z utrzymaniem osób osadzonych w zakładach karnych i ich procesów sądowych.

Wpływy z zezwoleń na sprzedaż alkoholu nie rekompensują szkód związanych z alkoholem. Badania dowodzą, że jedna złotówka otrzymana przez gminę z tzw. korkowego (a więc dochód związany ze spożyciem alkoholu), generuje koszty na poziomie ok. 4 zł (szkody związane z alkoholem, lecznictwo odwykowe itp.).

Szkody zdrowotne związane ze spożywaniem alkoholu

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia alkohol jest w Europie na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji (po papierosach i nadciśnieniu). Jest on odpowiedzialny za 12% u mężczyzn i 2% u kobiet przedwczesnych zgonów oraz niesprawności i przyczynia się do ok. 195 tys. zgonów rocznie w Europie.

Związek ze spożywaniem alkoholu ma ponad 60 chorób i urazów (m.in. zaburzenia psychiczne, choroby przewodu pokarmowego, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia odporności, choroby płuc, choroby układu kostnego i mięśniowego, szkody prenatalne itd.). Zazwyczaj szkody te są proporcjonalne do ilości wypijanego alkoholu, jednak w wielu przypadkach negatywne konsekwencje powodowane są już przez niewielkie dawki (m.in. w przypadku kobiet ciężarnych, osób cierpiących na niektóre schorzenia czy przyjmujących leki).

Konsekwencje spożywania alkoholu dotyczą nie tylko osób pijących. Dzieci matek, które w czasie ciąży spożywały alkohol, częściej rodzą się z niższą masą, mniejszą długością ciała oraz szeregiem wad wrodzonych. Badania pokazują, że mimo coraz większej świadomości zagrożenia 14% ciężarnych nie rezygnuje z picia alkoholu. Jedną z najpoważniejszych konsekwencji picia w czasie ciąży jest tzw. płodowy zespół alkoholowy (ang. *fetal alcohol syndrome*, FAS). Szacuje się, że w Polsce rocznie rodzi się ok. 900 dzieci z FAS i kilkakrotnie więcej z innymi powikłaniami związanymi z piciem alkoholu przez matkę. W skali Europy alkohol przyczynia się do 60 tys. urodzeń z niedowagą.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017 - 2020 jest kolejnym piątym programem. Pierwszy program realizowany był w latach 2000 - 2002, drugi w latach 2003 - 2006, trzeci obowiązywał w latach 2007 - 2010, czwarty przyjęty był na lata 2011 - 2016. Program przygotowany został w oparciu o zapisy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie przyjęcia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492).

Celem strategicznym programu jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Głównym celem programu jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Cel główny realizowany będzie poprzez cele operacyjne, które skupiają się na trzech obszarach: promocji zdrowia, profilaktyce oraz redukcji szkód, rehabilitacji (readaptacji, reintegracji) zdrowotnej, społecznej i zawodowej.

Działania realizowane w obszarze promocji zdrowia zmierzać będą przede wszystkim do podniesienia wiedzy u ogółu społeczeństwa oraz wybranych grup docelowych na temat problemów związanych z używaniem alkoholu oraz podniesienia kwalifikacji zawodowych osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Działania realizowane w obszarze profilaktyki służyć będą wspieraniu i rozwojowi programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej.

W obszarze redukcji szkód i rehabilitacji zdrowotnej, społecznej i zawodowej realizowane będą działania zmierzające do poszerzenia i udoskonalenia oferty w zakresie leczenia, rehabilitacji i redukcji szkód osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin oraz podniesienia jakości pomocy dla osób doświadczających przemocy w rodzinie w szczególności z problemem alkoholowym.

Istotnym warunkiem gwarantującym powodzenie zaplanowanych do realizacji zadań jest ścisła współpraca z wieloma instytucjami, w tym m.in.: Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, organami administracji rządowej i samorządowej, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami zajmującymi się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

Realizacja zadań znajdujących się w programie będzie finansowana ze środków pochodzących z budżetu województwa łódzkiego, przeznaczonych na jego realizację.

W województwie łódzkim realizatorem Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych jest Regionalne Centrum Polityki Społecznej – Jednostka Organizacyjna Samorządu Województwa, z siedzibą w Łodzi przy ul. Snycerskiej 8. Regionalne Centrum zostało powołane Uchwałą nr VII/61/99 z dnia 30 marca 1999 r. Sejmiku Województwa Łódzkiego.

1. Podstawy prawne Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017 – 2020

1.1 Dokumenty międzynarodowe normujące problematykę rozwiązywania problemów alkoholowych

Dokumenty Unii Europejskiej dotyczące wspierania państw członkowskich w polityce antyalkoholowej mają różny charakter i są to min.:

- 1. Globalna Strategia Redukująca Szkodliwe Spożywanie Alkohol** – jest to dokument zawierający dane nt. szkodliwości spożywania alkoholu z punktu widzenia zdrowia publicznego. Przyjęta została przez kraje członkowskie WHO w dniu 21 maja 2010 roku. Zawiera rekomendacje, które pomimo tego iż nie są wiążące, powinny stanowić wytyczne dla krajów członkowskich. Strategia koncentruje się na rozpowszechnianiu rozwiązań mających na celu redukcję szkodliwej konsumpcji alkoholu oraz polityce związanej z cenami alkoholu, jego dostępnością i marketingiem. Strategia nadała problemom alkoholowym wysoki priorytet w WHO, co zachęcić ma kraje członkowskie do podejmowania konkretnych działań.
- 2. Strategia Unii Europejskiej w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu.** Obowiązywała do roku 2012 i wyznaczała pięć priorytetowych działań: ochrona dzieci i

młodzieży; zmniejszenie liczby rannych i ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych spowodowanych prowadzeniem pojazdu pod wpływem alkoholu; zapobieganie szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu przez dorosłych i ograniczenie negatywnego wpływu alkoholu w miejscach pracy; szkolenie i podnoszenie świadomości na temat wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, oraz odpowiedniej kultury spożywania alkoholu; rozwój, wspieranie i prowadzenie wspólnej bazy danych. W celu zapewnienia wsparcia dla rządów państw członkowskich w zakresie polityki alkoholowej opracowano projekt propozycji Europejskiej Strategii dotyczącej Alkoholu na lata 2016-2022. Projekt przygotował Komitet Europejski do spraw Środowiska, Zdrowia i Bezpieczeństwa Publicznego.

3. **Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/EU w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych**, która reguluje kwestie handlowych przekazów audiowizualnych na temat napojów alkoholowych, które nie mogą być specjalnie kierowane do małoletnich i nie mogą zachęcać do nieumiarkowanej konsumpcji takich napojów. W art. 22 zostały wymienione kryteria, które musi spełnić telewizyjna reklama i telezakupy napojów alkoholowych.

1.2. Dokumenty krajowe normujące problematykę rozwiązywania problemów alkoholowych:

1. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486).
3. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. Nr 43 poz.225).
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.).

6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1916).
8. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492).
10. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014 – 2020 (Uchwała Rady Ministrów nr 76 z 29 kwietnia 2014 r., M. P. z 2014, poz. 445).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz. U. z 2007 r. poz. 1883).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. z 2012 r. poz. 734)

II DIAGNOZA SYTUACJI WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W ZAKRESIE PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z UŻYWANIA ALKOHOLU

1. Rozpowszechnienie picia alkoholu wśród mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2011 - 2015

Według danych Ministerstwa Zdrowia spożycie czystego alkoholu etylowego w 2014 roku wyniosło szacunkowo w całym kraju 9,4 l na jednego mieszkańca, co oznacza w porównaniu z rokiem 2013 niewielki spadek (o 0,27 l). Spadek ten jest efektem obniżenia poziomu spożycia wyrobów wysokoprocentowych (3,2 l w przeliczeniu na alkohol 100% - spadek o 11%), podczas gdy spożycie piwa wzrosło (98,9 l piwa - wzrost o 1,2 l), więcej piliśmy również wina (wzrost z 5,8 l do 6,3 l - czyli o 8,8%) - jest to pierwszy od wielu lat przypadek wzrostu udziału spożycia tego rodzaju alkoholu.

Od roku 2009, kiedy to nastąpiło podwyższenie akcyzy, trend wzrostowy spożycia alkoholu ulega stałemu spowolnieniu, a zmiana struktury spożycia (mniejszy udział wyrobów spirytusowych, więcej wina) może być po części spowodowana podnoszeniem cen na alkohole wysokoprocentowe po podwyższeniu podatku akcyzowego o 15%.

W zakresie dostępności napojów alkoholowych mierzonych liczbą mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży zanotowano w ostatnich latach nieznaczne zmniejszenie. W 2010 roku na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych przypadały 244 osoby, w 2014 r. liczba ta wzrosła do 273 osób. Województwo łódzkie lokuje się na czwartym miejscu w kraju pod względem liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych - wskaźnik ten wynosi dla naszego województwa 302, czyli jest wyższy o 28 osób w skali kraju.

Konsumentami alkoholu w naszym kraju jest 89,1 % mężczyzn i 74,5% kobiet - czyli ponad 80% dorosłych Polaków. Odsetek osób używających alkoholu szkodliwie szacuje się na od 5% do 7% populacji (czyli 2-2,5 mln mieszkańców), uzależnionych jest ok. 800 tys. osób (ok. 2% populacji), dalsze 3 mln osób (rodzice, partnerzy, dzieci) doświadcza problemów związanych z uzależnieniem alkoholowym

kogoś bliskiego, przy czym ok. połowę z tej liczby (czyli 1,5 mln) można traktować jako grupę ponoszącą straty psychiczne i inne spowodowane przemocą domową.

Jak wynika z szacunków określanych na podstawie badań w 2015 r¹., każdy dorosły mieszkaniec województwa łódzkiego wypił średnio od 5,97 l do 8,95 l czystego 100% alkoholu, czyli nieco mniej niż to się określa w szacunkach dla całego kraju. Mieszkańcy województwa łódzkiego w nieco większym odsetku są też abstynentami (12,3%).

Na pierwszym miejscu pod względem ilości wypitego alkoholu znajduje się w województwie łódzkim wódka i inne napoje spirytusowe (2,06 litra 100% alkoholu na osobę wśród wszystkich badanych), nieznacznie niższy poziom spożycia odnotowano w przypadku piwa (1,32 l 100% alkoholu na osobę). Najmniej popularnym trunkiem wśród badanych jest wino – każdy mieszkaniec wypił pod postacią wina średnio 0,27 litra czystego alkoholu.

Mężczyźni piją niemal czterokrotnie więcej alkoholu niż kobiety (6,89 litra czystego alkoholu rocznie w stosunku do 1,45 l wśród kobiet). Na rozmiary spożycia znacząco wpływa również wiek: wśród mężczyzn najwyższy poziom spożycia odnotowano wśród osób w wieku 40-49 lat: 11,24 litra 100% alkoholu, najniższy - w grupie powyżej 65 lat - 5,62 litra 100% alkoholu. Wśród kobiet najwyższe spożycie zanotowano wśród osób w wieku 18-29 lat - 4,43 l 100% alkoholu, najniższe w grupie powyżej 65 roku życia- 0,7 l.

Wykształcenie respondentów wpływa również na poziom spożywanego alkoholu – najwięcej, 8,55 l czystego alkoholu piją mężczyźni z wykształceniem podstawowym oraz kobiety z wykształceniem zawodowym (2,02 l), najmniej zaś mężczyźni z wykształceniem wyższym (4,7 l) oraz kobiety z wykształceniem podstawowym (0,84 l).

Zakładając, że zagrożenie problemami zdrowotnymi poważnie wzrasta po przekroczeniu konsumpcji 10 litrów czystego alkoholu w ciągu roku w przypadku mężczyzn i 7,5 litra w przypadku kobiet - osoby pijące ryzykownie stanowią 9,8% całej populacji konsumentów w województwie. Częściej kwalifikują się do grupy ryzyka mężczyźni (17,6%) rzadziej - kobiety (2,8%). Najliczniejszą grupą osób

¹ „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz używania narkotyków wśród mieszkańców województwa łódzkiego”, Raport z badań na zlecenie RCPS Łódź, Pracownia Badawczo-Szkoleniowa „PERSPEKTYWA” w Warszawie, 2015 r.

pijących ryzykownie są mężczyźni w wieku 40-49 lat (26,2% konsumentów alkoholu w tej kohorcie wiekowej), większość z nich to osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Zjawiskiem dość powszechnym wśród mieszkańców województwa łódzkiego jest inicjacja alkoholowa w okresie niepełnoletności – przyznaje się do niej połowa badanych, przy czym kobiety zdecydowanie rzadziej niż mężczyźni (34,3% kobiet i 66,9% mężczyzn).

Istotne informacje pojawiają się w odpowiedziach respondentów dotyczących zachowań ryzykownych związanych ze spożywaniem alkoholu, takich jak picie w miejscu pracy, picie przez kobiety w okresie ciąży, problemy życia rodzinnego. Do picia w miejscu pracy przynajmniej raz w życiu przyznała się prawie co czwarta badana osoba (22,6%), przy czym w samym mieście Łodzi odsetek ten jest zdecydowanie najwyższy - 28%. Picie alkoholu w miejscu pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy potwierdziło 8,5% badanych.

Wśród kobiet, które były w ciąży, 13,8% zadeklarowało, że w okresie oczekiwania na dziecko co najmniej raz piły alkohol.

Co piąty dorosły mieszkaniec województwa łódzkiego (20,0%) przyznał, że doświadczył w swojej najbliższej rodzinie trudnych sytuacji związanych z używaniem alkoholu, w przypadku 6,0% sytuacje takie miały miejsce w ostatnim roku przed badaniem.

Świadkiem sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem był co siódmy badany (14,2%) – a co piąty świadek takiej sytuacji podjął wówczas próbę przeciwdziałania.

Agresji fizycznej ze strony osób nietrzeźwych doświadczyło 4,1% ankietowanych, ale świadkiem takiego zachowania była już niemal co siódma badana osoba (13%).

Liczba zatrzymań osób nietrzeźwych w celu wytrzeźwienia w pomieszczeniach policyjnych w 2015 roku wyniosła w województwie 4845, łączna liczba klientów izb wytrzeźwień - 14141.

Osoby zagrożone uzależnieniem od alkoholu identyfikuje się w bezpośrednich wywiadach kwestionariuszowych na reprezentatywnych próbach populacji m.in. przez zastosowanie testu przesiewowego CAGE, polegającego na odpowiedzi na 4 pytania:

1. *Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) poczucie, że powinien(na) ograniczyć swoje picie?*
2. *Czy zdarzyło się, że ludzie krytykowali Pana(nią) za to, że Pan(i) pije?*

3. Czy kiedykolwiek czuł się Pan(i) nie w porządku lub winny(a) w związku ze swoim pićm?

4. Czy kiedykolwiek napicie się alkoholu było pierwszą czynnością wykonywaną przez Pana(nią) rano po to, aby uspokoić nerwy lub złagodzić kaca?

Odsetki odpowiedzi pozytywnych na przynajmniej 2 z czterech pytań wskazują, że najniższy odsetek osób zagrożonych uzależnieniem od alkoholu znajduje się wśród mieszkańców wsi województwa łódzkiego (3,8%), najwyższy natomiast w miastach od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców – 7,3%. Zgodnie z testem CAGE zagrożenie uzależnieniem od alkoholu dotyczy średnio 5,4% wszystkich mieszkańców województwa łódzkiego.

Porównanie wyników badań województwa łódzkiego z ostatnich dziesięciu lat daje podstawy do stwierdzenia, że według większości wskaźników konsumpcja alkoholu utrzymywała się w tym okresie na zbliżonym poziomie.

2. Wzory konsumpcji alkoholu wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na podstawie badań ankietowych ESPAD w latach 2011-2015

Alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej. Według wyników badań krajowych² kiedykolwiek w życiu piło alkohol 83,8% uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych i 95,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. W okresie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem napoje alkoholowe piło 71,7% młodszych uczniów (wg standardów ESPAD uczniów III klas szkół gimnazjalnych) i 92,7% uczniów starszych (II klas szkół ponadgimnazjalnych).

Badacze zgodni są co do tego, że nie udało się w ciągu ostatnich lat osiągnąć celu, jakim jest utrzymanie abstynencji od alkoholu do osiągnięcia pełnoletności przynajmniej przez większość nastolatków. W młodszej grupie respondentów daje się jednak zauważyć w latach 2011-2015 tendencję wyraźnie pozytywną, polegającą na spadku odsetka respondentów potwierdzających picie we wszystkich zakresach

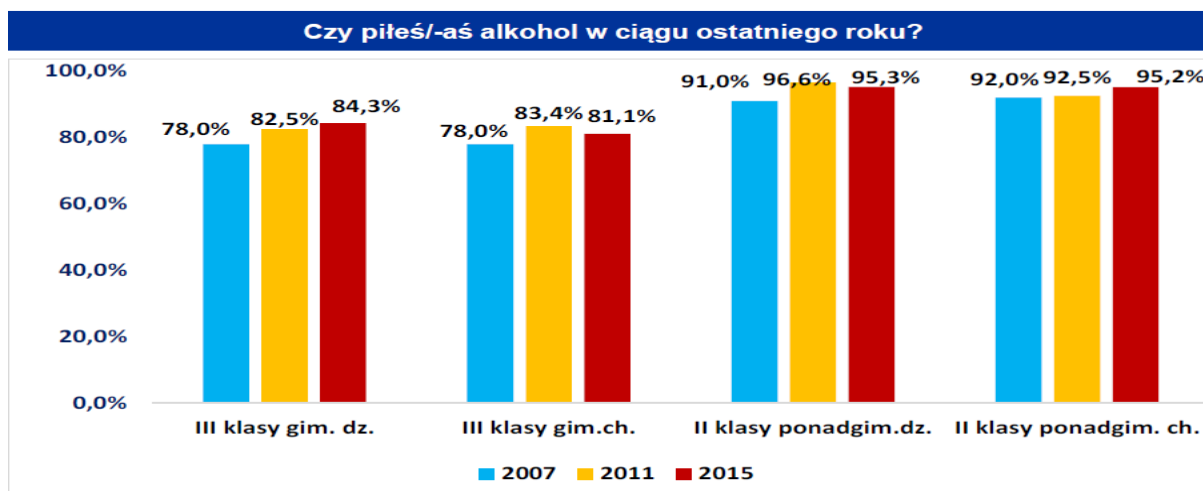
² „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Badanie sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

czasowych. Odsetek uczniów szkół gimnazjalnych, którzy pili kiedykolwiek w życiu spadł w tej kohorcie wiekowej z 87,3% do 83,8%. Odsetek uczniów, którzy potwierdzili użycie alkoholu w ciągu ostatniego roku obniżył się z 78,3% do 71,7%. Zdecydowanie mniej gimnazjalistów, aż o 9 punktów procentowych, potwierdziło picie w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem (spadek z 57,6% do 48,6%). Zestawienie wyników badań krajowych ESPAD uzyskanych w 2015 r. z wynikami z roku 2011 r. wskazuje zatem na znaczny spadek pijących w grupie gimnazjalistów. Po raz pierwszy od 1995 r. mniej niż połowa respondentów piła w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych można natomiast mówić o stabilizacji.

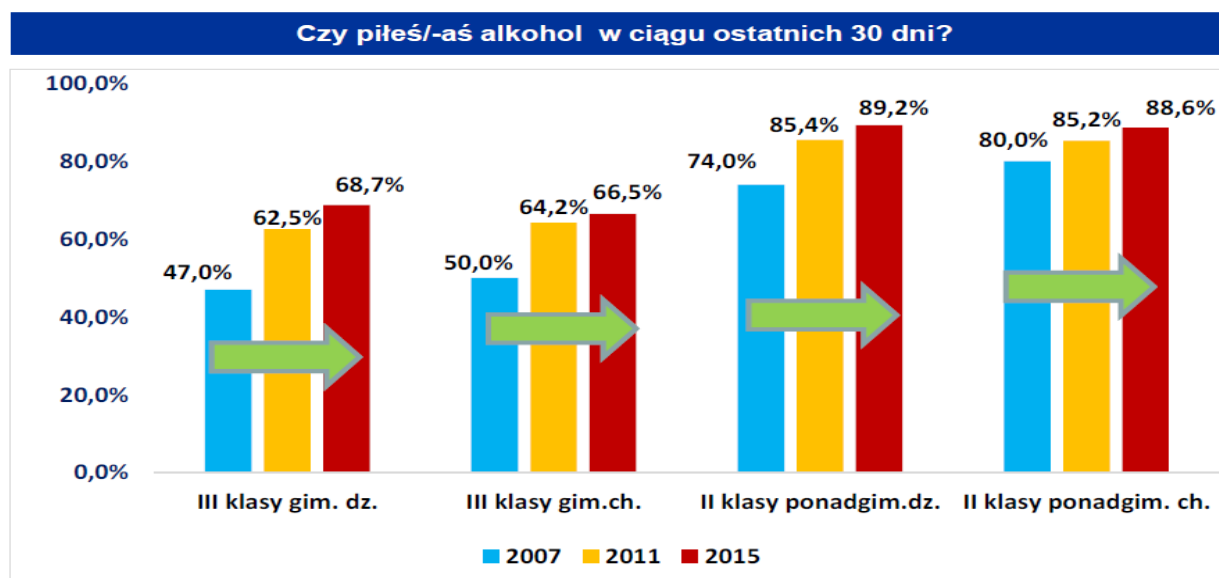
Warto też podkreślić, że wyniki badań krajowych są zdecydowanie niższe od średnich dla całej Europy, a różnice między wynikami polskim i europejskimi rosną zwłaszcza w przypadku używania bieżącego. W zakresie picia kiedykolwiek w życiu odsetki potwierdzeń młodych Polaków są niższe o 3,2% punktu procentowego (83,8% do 87%), w przypadku picia w ciągu ostatniego roku o 7,9% (71,7% do 79%), wreszcie w zakresie picia w ciągu ostatniego miesiąca o 8,4% (48,6% do 57%).

Na tym tle niekorzystnie prezentują się najnowsze wyniki badań ESPAD³ dla województwa łódzkiego z roku 2015. Do picia alkoholu w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie przyznało się 84,3% dziewcząt i 81,1% chłopców trzecich klas szkół gimnazjalnych oraz 95,3% uczennic oraz 95,2% uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych. W porównaniu z badaniami z roku 2011, w przypadku młodszych chłopców i starszych dziewcząt odnotować można niewielki spadek (2,3 i 1,3 punktu procentowego), ale w pozostałych grupach odnotowujemy wzrost. Jest to o ok. 5 punktów procentowych więcej w porównaniu do badań krajowych.

³ Badanie ilościowe pn., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną w ocenie uczniów i nauczycieli z zastosowaniem standardów badań w pełni porównywalnych ze standardami badań ESPAD” (Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach), Raport z badań na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki społecznej w Łodzi zrealizowane przez Pracownię Badawczą – Szkoleniową „PERSPEKTYWA” w Warszawie



W okresie ostatnich 30 dni przed badaniem spożycie alkoholu (czyli tzw. *picie bieżące*) potwierdziło 68,7% dziewcząt i 66,5% chłopców w grupie młodszej i aż 89,2% uczennic i 88,6% uczniów starszych. Porównanie z wynikami badań z 2011 roku w zakresie *picia bieżącego* ujawnia wyraźny trend wzrostowy: w grupie młodszej o 2,3% w przypadku chłopców i aż o 6,2% wśród dziewcząt. W grupie starszej odsetek chłopców wzrósł o 3,4 %, natomiast wśród dziewcząt o 3,8%.



Wyniki te różnią się znacznie na niekorzyść od wyników badań krajowych.

Spożycie alkoholu w ciągu ostatnich trzydziestu dni przed badaniem wśród uczniów III klas szkół gimnazjalnych i II klas szkół ponadgimnazjalnych - porównanie wyników badań ESPAD w Polsce i w województwie łódzkim.

	badania krajowe	badania łódzkie
III klasy szkół gimnazjalnych chłopcy	50,2%	66,5%
III klasy szkół gimnazjalnych dziewczęta	47,1%	68,7%
II klasy szkół ponadgimnazjalnych chłopcy	83,0%	88,6%
II klasy szkół ponadgimnazjalnych dziewczęta	81,7%	89,2%

Obrazu dopełniają odpowiedzi na pytania o częstotliwość (regularność) picia, jego intensywność (jednorazowe picie w dużych ilościach), doświadczenie upijania się i trudności wynikające z intrapsychicznych i społecznych konsekwencji używania alkoholu.

W ciągu ostatniego miesiąca przed przeprowadzeniem badania regularnie (10 razy lub częściej) używał alkoholu co siódmy uczeń trzeciej klasy szkoły gimnazjalnej (14,1%) i ponad ¼ (26%) uczniów starszego rocznika. Doświadczenie upicia się, czyli utraty kontroli zwiększającej rozmaite zagrożenia, miało już za sobą 42% chłopców i 43,8% dziewcząt w trzecich klasach gimnazjum, a upicie się w ciągu 30 dni poprzedzających badanie potwierdził średnio co dziesiąty uczeń z tego rocznika (10,0% chłopców) oraz co dziewiąta uczennica (10,9% dziewcząt). W porównaniu z uczniami III klas szkół gimnazjalnych, odsetki uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, którzy upili się przynajmniej raz w życiu wzrastają jeszcze wyraźniej. Takie doświadczenie miało już za sobą niemal trzy czwarte chłopców (71,6%) i ponad dwie trzecie dziewcząt (63,5%). Upicie się w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem potwierdziło 25,5% chłopców i 14,8% badanych dziewcząt.

Liczba nietrzeźwych osób nieletnich zatrzymanych w policyjnych izbach dziecka lub odwiezionych do domów rodzinnych wyniosła w 2015 roku 802.

Do picia w dużych ilościach w ciągu ostatniego miesiąca przed przeprowadzeniem badania (jednorazowo pięciu lub więcej drinków) przyznała się jedna trzecia uczniów młodszego rocznika (32,5%) oraz niemal trzy piąte uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (58,8%). Wśród młodszych dziewcząt wypicie takiej ilości alkoholu podczas jednej okazji zadeklarowało 34,6%, zaś wśród starszych – 56,3% badanych. Wśród chłopców odsetki te wyniosły odpowiednio 30,5% i 61,1%.

Wielu badanych uczniów potwierdziło występowanie rozmaitych negatywnych skutków picia alkoholu: pogorszenia wyników w nauce (16,2% dziewcząt i 19,5% chłopców z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych - wśród gimnazjalistów o połowę mniej), kłopotów z policją (13,3% chłopców starszych, 5,1% - młodszych), a także doświadczenia rabunku lub kradzieży, interwencji pogotowia ratunkowego (3,8% starszych chłopców), kontaktów seksualnych bez zabezpieczeń i niechcianych doświadczeń seksualnych. (15,6% uczniów starszych i 7,1% gimnazjalistów, 6,1% starszych uczennic i 2,3% młodszych).

Istotnym czynnikiem pośrednio wpływającym na używanie alkoholu przez młodych ludzi jest jego dostępność. W województwie łódzkim - w poszczególnych grupach od 70% do 56% respondentów uznało, że zakup napojów alkoholowych nie byłby dla nich problemem - jest to w każdej grupie o kilka punktów procentowych więcej, niż w analogicznych badaniach krajowych.

Na rozpowszechnienie picia alkoholu ogromny wpływ mogą mieć postawy rodziców: stopień przyzwolenia na picie napojów alkoholowych i ogólna sprawność wychowawcza rodziców wyrażająca się w umiejętności wpajania dzieciom zasad, świadczenia im opieki i wsparcia emocjonalnego, a zarazem stawiania im granic i konstruktywnego reagowania na zachowania destrukcyjne. Tylko niewiele ponad połowa gimnazjalistów i trochę ponad jedna czwarta uczniów szkół ponadgimnazjalnych spotyka się z bezwzględny zakazem picia ze strony rodziców. Według 62,2% gimnazjalistów ich ojcowie zdecydowanie nie zaakceptowałyby upijania się, a w opinii 1,2% zaaprobowaliby takie zachowanie. W przypadku matek odsetki te wynoszą odpowiednio: 65,2% i 1,0%. W przypadku uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych 49,4% uczniów jest przekonanych o braku zgody ojca na upicie się, a 51,8 % o braku zgody matki. W tej grupie uczniów tylko 3,6% sądziło,

że ich upicie spotkałoby się z aprobatą ojca, a 3,5% - matki. Zestawienie przekonania respondentów, że rodzice nie akceptują używania przez nich alkoholu - z rozmiarami faktycznego picia dzieci uzasadnia postawienie hipotezy, że wielu rodziców ujawnia w obszarze ochrony przed zachowaniami ryzykownymi daleko idącą bezradność wychowawczą.

3. Dostępność do świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji, reintegracji i ograniczania szkód zdrowotnych osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin w województwie łódzkim w latach 2011-2015

W województwie łódzkim jest łącznie 29 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia - w mieście Łodzi 4, pozostałe 25 poradni funkcjonuje w miastach, najczęściej powiatowych. Ponadto region dysponuje pięcioma oddziałami całodobowymi leczenia uzależnienia od alkoholu, trzema oddziałami dziennymi (dwa oddziały w Łodzi i jeden w Zgierzu) oraz pięcioma oddziałami leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (w tym dwoma oddziałami w Łodzi oraz po jednym oddziale w Zgierzu, w Warcie i w Bełchatowie). Oferta lecznicza jest zatem ilościowo dość pokaźna, ale jak w całym kraju mało zróżnicowana. Programy terapii stacjonarnej ograniczone są do 56 dni, co praktycznie oznacza redukcję oddziaływań terapeutycznych do sfery poznawczo-behawioralnej, (w przypadku poważnej części pacjentów może to być dalece niewystarczające), terapia na ogół nie jest łączona z równoległą pracą z rodzinami uzależnionych, co znacznie zwiększa możliwość szybkiego nawrotu choroby po powrocie pacjenta do naturalnego środowiska i wszystkich związanych z nim problemów. Brak jest specjalistycznych placówek leczenia dla dzieci i młodzieży oraz placówek, które łączyłyby ofertę terapii odwykowej z możliwością innych usług (np. dla rodziców z dziećmi, dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, dla osób z poważnymi schorzeniami organicznymi). Brakuje też programów opierających się na innych metodach i podejściach teoretycznych odmiennych niż dominująca w Polsce tradycja oparta na ideach ruchu Anonimowych Alkoholików i modelu Minnesota.

W latach 2011-2014 rozwijała się w województwie sieć punktów konsultacyjnych, zajmujących się wstępnym poradnictwem na rzecz osób

uzależnionych i ich bliskich, motywowaniem ich do podjęcia terapii i kierowaniem do odpowiednich form pomocy. Działa ich obecnie w województwie 158, co oznacza wzrost o 12 placówek w ciągu ostatnich 5 lat. W ofercie punktów najbardziej deficytowe wydają się być obszary pomocy dla pijącej młodzieży i ich rodziców (tylko w 60 gminach na 177 w województwie) oraz usług prawnych. Pracę z osobami pijącymi ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionymi, motywującą ich do zmiany szkodliwego wzoru picia (lecz niekoniecznie do abstynencji) oferują punkty w 90 gminach, pomoc osobom po zakończonym leczeniu odwykowym - w 95.

W latach 2011 - 2015 wyraźnie wzrosła liczba osób, korzystających z pomocy punktów konsultacyjnych. W roku 2011 przyjęto w punktach konsultacyjnych w całym województwie 6 309 osób z problemem alkoholowym, w roku 2015 r. – 8 861. W roku 2011 punkty pomagały 3 467 członkom rodzin osób uzależnionych, w 2015 r. - niemal dwukrotnie większej ich liczbie (6 358). Przy niewielkim przyroście liczby punktów wskazuje to wyraźnie na poszerzenie ich dostępności i rozwój oferty programowej.

W ostatnim pięcioleciu można też mówić o pewnym wzroście kompetencji zatrudnionej w punktach konsultacyjnych kadry, wydaje się on jednak niewystarczający. Na 307 pracowników punktów konsultacyjnych liczba osób legitymujących się certyfikatem Specjalisty Psychoterapii Uzależnień wzrosła z 36 do 54, ale liczba Instruktorów Terapii Uzależnień zwiększyła się tylko o 1 osobę (34); dalszych 18 osób uczestniczy aktualnie w szkoleniach certyfikujących, 31 osób zatrudnionych w punktach to pracownicy socjalni (których udział wydaje się i tak zbyt mały) Niewielka ilość Certyfikowanych Specjalistów w zakresie Profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wynika z tych danych, że 170 pracowników, czyli ponad połowa, to osoby bez specjalistycznego przygotowania (psychologowie, pedagodzy, nauczyciele).

W województwie łódzkim funkcjonuje 6 Centrów Integracji Społecznej oraz 15 Klubów Integracji Społecznej realizujących działania reintegracji zawodowej i społecznej prowadzone w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Liczba Centrów wzrosła o 2 w porównaniu do roku 2011, ale jest to zdecydowanie zbyt mało (takich Centrów działa obecnie w całej Polsce 132, województwo łódzkie zajmuje w tym zakresie jedno z ostatnich miejsc w kraju). Liczba Klubów Integracji Społecznej uległa zmniejszeniu (z 13 do 9).

W latach 2011-2015 rozwijała się w województwie łódzkim sieć organizacji i placówek samopomocowych. Od 2004 roku działa Związek Stowarzyszeń Abstynenckich Województwa Łódzkiego. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w województwie łódzkim działa wiele grup pomocowych

i samopomocowych i liczba ich stale rośnie. Jest to 62 stowarzyszeń abstynenckich, 32 kluby abstynenckie, 131 grup Anonimowych Alkoholików (od 2011 r. wzrost o 9), 39 (wzrost o 11) grup AL ANON (pracujących w oparciu o program 12 stopni, skupiających krewnych i przyjaciół alkoholików), 15 (wzrost o 7) grup ALATEEN (dla dzieci i nastolatków z rodzin alkoholowych), 15 grup DDA (dla dorosłych dzieci alkoholików - wzrost o 5).

4. Aktywność gmin województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w latach 2011- 2015

Wszystkie gminy w Polsce mają obowiązek realizować własne, wyznaczone lokalnymi potrzebami i zasobami zadania wynikające z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Zakres tych zadań obejmuje:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie pomocy rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, zwłaszcza ochrona takich rodzin przed przemocą,
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, skierowanej w szczególności do dzieci i młodzieży,
- ustalanie zasad wydawania i cofania zezwoleń na sprzedaż alkoholu oraz kontrola zasad obrotu tymi napojami,
- wspomaganie działalności podmiotów – stowarzyszeń, instytucji i osób fizycznych, które na terenie gminy zajmują się problematyką alkoholową,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem zakazu reklamy i sprzedaży alkoholu nieletnim i nietrzeźwym, występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

Dla realizacji tych zadań gminy korzystają ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, które to środki mogą być wykorzystane jedynie na realizację zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujętych w gminnych programach. Rady Gmin powołują Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych inicjujące zadania ujęte w gminnych programach oraz podejmujące czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

W skład Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych powinny wchodzić osoby przeszkolone w zakresie nowoczesnych metod i działań w sferze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. PARPA udziela merytorycznego wsparcia i konsultacji gminom, w tym gminnym komisjom, starając się zapewnić ich działaniom wysoki poziom efektywności. Biorąc pod uwagę zadania gminnej komisji związane z podejmowaniem czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego, ważne jest wyposażenie członków komisji w kompetencje z zakresu wstępnej pracy motywacyjnej z osobami uzależnionymi i ich rodzinami.

Decyzje gminnych komisji mają podstawowe znaczenie przy doborze działań profilaktycznych realizowanych w ramach Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Spośród 177 gmin w województwie łódzkim tylko 43 realizowały programy rekomendowane w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych. Aż 108 gmin realizowała inne programy, o niewiadomej jakości. Przeważająca większość działań polegała na prowadzeniu jednorazowych prelekcji i pogadank (w 113 gminach), spektakli profilaktycznych (w 137 gminach), festynów i innych imprez plenerowych (w 109 gminach), imprez sportowych (w 92 gminach). Jedynie w 56 gminach zorganizowano warsztaty dla rodziców, a w 58 - szkolenia dla nauczycieli-wychowawców.

Liczba osób, w stosunku, do których gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych podjęły czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w placówce leczenia odwykowego wyniosła w województwie łódzkim w 2015 roku 3695.

Z informacji Najwyższej Izby Kontroli dotyczącej funkcjonowania procedury przymusowego leczenia⁴ wynika jednak, że procedura ta nie funkcjonuje sprawnie i w znikomym stopniu bądź wręcz w ogóle nie wspomaga rozwiązywania problemów alkoholowych. Ponad 60% procent zobowiązanych nie stawia się na leczenie, 51% do szpitala doprowadza policja, a przecież jest oczywiste, że praca nad sobą wymaga własnej motywacji, stąd leczenie pod przymusem oznacza niewielkie prawdopodobieństwo sukcesu. 30% osób przyjętych do terapii jnie kończy jej, 50% zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie, a podobny ich odsetek trafia do leczenia wielokrotnie. Procedura zobowiązania jest najczęściej niezwykle przewlekła. Od zgłoszenia gminnej komisji osoby nadużywającej alkoholu do przyjęcia jej na leczenie odwykowe mija średnio 673 dni, niekiedy okres ten dochodzi nawet do 3 lat lub dłużej.

W poszczególnych gminach działają placówki świadczące pomoc dzieciom z rodzin alkoholowym w formie specjalistycznej (z programem socjoterapeutycznym). Takich placówek, na ogół niewielkich, zatrudniających średnio 3 wychowawców, jest w województwie 54, w tym czynnych 4 razy i więcej w tygodniu 44 placówki w 13 gminach, natomiast czynnych 2-3 razy w tygodniu – 10 placówek w 5 gminach. Miejsc pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym w formie opiekuńczej (z programem opiekuńczo-wychowawczym) jest łącznie we wszystkich gminach 73.

5. Wykroczenia popełniane przez osoby będące pod wpływem alkoholu w latach 2014-2015

Nadużywanie napojów alkoholowych w wielu sytuacjach wiąże się z zagrożeniem nie tylko dla samych konsumentów, ale również dla ich otoczenia. W oczywisty sposób dotyczy to kierowców, prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem alkoholu oraz osób, które piją alkohol w trakcie wykonywania pracy. Statystyki obrazujące to zjawisko należy traktować, jako z dużym prawdopodobieństwem zaniżone, wielu respondentów prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem alkoholu lub spożywających alkohol w pracy nie przyznaje się do takich zachowań nawet w anonimowych badaniach ankietowych. Jednakże ich monitorowanie w dłuższych

⁴ Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe, NIK, Poznań 2016

okresach czasowych pozwala na analizę trendów rozwojowych i zmian w tym zakresie.

Z raportu badawczego opracowanego przez Pracownię Badawczo-Szkoleniową „PERSPEKTYWA” w Warszawie na zamówienie RCPS w Łodzi w 2015 r. wynika, że odsetek mieszkańców województwa łódzkiego, którzy kiedykolwiek w życiu prowadzili samochód lub inny pojazd mechaniczny pod wpływem alkoholu wynosi 8,4%, przy czym dużo częściej zdarza się to mężczyznom (16%), niż kobietom (1,7%). W ostatnim roku przed badaniem zachowanie takie było udziałem 3,7% respondentów, odsetek ten najwyższy był wśród badanych w wieku 30-39 lat: 6,7% oraz w najmłodszej grupie (18-29 lat: 3,0%). Dla porównania można dodać, iż w badaniach krajowych CBOS z 2015 r., do prowadzenia pojazdu będąc pod wpływem alkoholu w czasie ostatnich 12 miesięcy przyznało się 2,1% respondentów. Z danych statystycznych Policji⁵ wynika, że liczba ujawnionych przypadków kierowania pojazdem pod wpływem alkoholu w wojewódzkim łódzkim w roku 2015 w porównaniu z rokiem poprzednim zmniejszyła się o ok. 9% (spadek z 2155 do 1966), w obu latach była też niższa od średniej krajowej (o ok. 11% w 2014 r. i o 8% w roku 2015).

⁵ <http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/100256,Bezpieczenstwo-w-ruchu-drogowym-w-ujeciu-miesiecznym.html>

III WNIOSKI

1. Spożycie alkoholu przez dorosłych mieszkańców Łodzi kształtuje się na poziomie nieco niższym od średniej krajowej, natomiast struktura spożycia poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych jest niekorzystna - najbardziej popularne są wódka i inne napoje wysokoprocentowe, spożycie wina jest w porównaniu z nimi bardzo niskie. Najwięcej alkoholu spożywają mężczyźni w średnim wieku (40-49 lat), a wśród kobiet - młode osoby dorosłe (18-29 lat). Osoby, co do których można założyć, że ich spożycie ma charakter ryzykowny (powyżej 10 litrów czystego alkoholu w ciągu roku) stanowią 9,8% całej populacji konsumentów w województwie, przy czym częściej kwalifikują się do grupy ryzyka mężczyźni (17,6%) dużo rzadziej - kobiety (2,8%).

2. Badania testem CAGE przeprowadzone na reprezentatywnej próbie mieszkańców pokazują, że zagrożenie uzależnieniem od alkoholu dotyczy średnio 5,4% wszystkich mieszkańców województwa łódzkiego. Poważnym problemem są ponadto takie zachowania ryzykowne związane z używaniem alkoholu jak picie w miejscu pracy i picie przez kobiety w okresie ciąży.

3. Podobnie jak w całym kraju, alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej województwa łódzkiego, a jego spożycie przedstawia się coraz mniej korzystnie w porównaniu z badaniami krajowymi. Za zdecydowanie niepokojący należy uznać zwłaszcza wzrost na przestrzeni lat 2011-2015 średnio o ok. 4 punkty procentowe odsetka młodych ludzi potwierdzających użycie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni. Wyniki badań dla województwa łódzkiego różnią się w tym zakresie znacznie na niekorzyść od wyników badań krajowych: bardzo duża różnica (o ponad 13 punktów procentowych), nawet jeśli po części wynika z niezamierzonych przez badaczy różnic metodologicznych, wskazuje na bardzo poważne rozmiary problemu używania przez młodzież alkoholu w województwie. Potwierdzają to wysokie wskaźniki dotyczące picia regularnego, upijania się, picia w dużych ilościach.

4. Oferta lecznicza dla osób z problemem alkoholowym jest ilościowo dość pokaźna, ale programowo mało zróżnicowana. Realizowane w ciągu 56 dni programy terapii stacjonarnej odwołują się przede wszystkim do sfery poznawczo-behawioralnej, co ogranicza ich efektywność wobec osób wymagających głębszych oddziaływań psychoterapeutycznych. Brakuje programów łączących leczenie stacjonarne osób uzależnionych z równoległą pracą z ich rodzinami, specjalistycznych placówek leczenia stacjonarnego dla dzieci i młodzieży, placówek stacjonarnych łączących terapię odwykową z innymi świadczeniami (np. ośrodków dla rodziców z dziećmi, czy dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi lub z poważnymi schorzeniami organicznymi).

5. Niewielki odsetek gmin realizuje programy profilaktyczne rekomendowane w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej.

6. Województwo dysponuje dużą i systematycznie rozwijającą się siecią punktów konsultacyjnych, zajmujących się wstępnym poradnictwem na rzecz osób uzależnionych i ich bliskich, motywowaniem ich do podjęcia terapii i kierowaniem do odpowiednich form pomocy. Działa ich obecnie 158, co oznacza, że na jeden punkt konsultacyjny przypada 16 000 mieszkańców. Jednak oferta punktów wydaje się z punktu widzenia zdiagnozowanych potrzeb zbyt wąska. Brakuje zwłaszcza programów pomocy dla pijącej młodzieży, oraz dla młodzieży pijącej nadmiernie ale nie uzależnionej i ich rodziców, a także poradnictwa(w tym min. psychospołecznego i prawnego), dla osób doświadczających trudności osobistych, wychowawczych i rodzinnych, które ze względu na czynniki biosockulturowe pozostają w kręgu ryzyka wystąpienia problemu alkoholowego.

7. Obszarem wyraźnie deficytowym jest w regionie łódzkim oferta placówek i programów reintegracji społecznej. Centrów i Klubów Integracji Społecznej jest zdecydowanie zbyt mało (21 w całym województwie). Rozważenia wymaga możliwość powiązania programów postrehabilitacji i reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od alkoholu z innymi podmiotami ekonomii społecznej, takimi jak Spółdzielnie Socjalne, Zakłady Aktywności Zawodowej czy Warsztaty Terapii Zawodowej.

IV. REALIZACJA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH NA LATA 2017 – 2020

Cel strategiczny

Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Cel główny

Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.

Cel operacyjny 1

Promocja zdrowia

1.1. Edukacja zdrowotna

1.1.1. Prowadzenie działań informacyjno – edukacyjnych, w tym kampanii edukacyjnych, dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia.

1.1.2. Prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież.

1.1.3. Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym.

1.2. Szkolenie kadr

1.2.1. Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja).

1.2.2. Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

1.2.3. Rozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień.

1.2.4. Podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowych.

1.2.5. Organizowanie szkoleń z zakresu nabywania i poszerzania wiedzy i umiejętności nt. FASD.

1.3. Zadania regulacyjne i zapewnienie skutecznego egzekwowania przepisów, w tym:

1.3.1. Zmniejszenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu.

1.3.2. Zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych.

Cel operacyjny 2

Profilaktyka

profilaktyka uniwersalna – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na całą populację, to jest działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój; działania uniwersalne są realizowane np. w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym; przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi;

profilaktyka selektywna – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, to jest działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego; działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do danej grupy; profilaktyka selektywna jest działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym;

profilaktyka wskazująca – rozumie się przez to profilaktykę ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub NSP bądź problemów wynikających z uzależnień behawioralnych, ale jeszcze niespełniające kryteriów diagnostycznych uzależnienia, a także wskazujące na symptomy innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych. Przykładem profilaktyki wskazującej są interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących

z alkoholem i narkotykami; niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem tych substancji);

2.1. Profilaktyka uniwersalna

2.1.1. Poszerzenie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój.

2.1.2. Prowadzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy.

2.1.3. Poszerzenie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

2.2. Profilaktyka selektywna

2.2.1. Poszerzanie i udoskonalenie oferty, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i wychowawców.

2.2.2. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

2.3. Profilaktyka wskazująca

2.3.1. Poszerzenie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki wskazującej.

2.3.2. Udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci upijają się.

Cel operacyjny 3

Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa

3.1. Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu.

3.2. Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność.

3.3. Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia.

3.4. Wspieranie działalności środowisk abstynenckich.

3.5. Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym.

3.6. Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doświadczających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym.

3.7. Podejmowanie działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie.

3.8. Reedukacja osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu.

3.9. Zwiększenie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.

V REKOMENDACJE

1. Wspieranie realizacji programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej.

2. Organizacja wsparcia dla szkół i innych placówek pracujących z młodzieżą na rzecz kształtowania w nich efektywnych środowisk profilaktycznych poprzez:

- rozwój wiedzy i kompetencji kadry w obszarze zagrożeń związanych z używaniem alkoholu w środowiskach młodzieżowych;

- rozwój wychowawczych i profilaktycznych aspektów środowiska szkolnego przez położenie nacisku na profilaktykę odwołującą się do angażujących emocjonalnie wartości i atrakcyjnych zainteresowań, wprowadzanie zmian w relacjach między nauczycielami a uczniami, identyfikacji uczniów ze szkołą i ich upodmiotowienie w społeczności szkolnej, rozwój współpracy zespołowej w radach pedagogicznych;

- korzystanie z nowoczesnych programów profilaktycznych o dowiedzionej efektywności, rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz we współpracy ze środowiskiem terapeutów;

- naukę współpracy z rodzinami uczniów, opracowywanie procedur stałej współpracy między rodzicami a nauczycielami w zakresie działań wczesno-interwencyjnych wobec uczniów/wychowanków używających alkoholu;

- wspieranie szkół przez szkolenia i superwizje dla nauczycieli-wychowawców dotyczące problemów pojawiających się w pracy wychowawczej z klasami, pracy indywidualnej z uczniami i z ich rodzicami;

- stałą współpracę między szkołą a specjalistycznymi placówkami działającymi w zakresie profilaktyki i wczesnej interwencji;

- opracowanie i wdrażanie w szkołach programów wczesnej interwencji profilaktycznej realizowanych przez interdyscyplinarne zespoły problemowe składające się z nauczycieli i współpracujących ze szkołami specjalistów z dziedziny innych usług społecznych.

3. Wspieranie realizacji programów edukacyjnych adresowanych do rodziców, zwiększających ich kompetencje wychowawcze w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci.
4. Wspieranie systemu pomocy dla dzieci z rodzin problemem alkoholowym (świetlice socjoterapeutyczne i opiekuńczo – wychowawczych oraz inne miejsca wsparcia). Upowszechnianie działań profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym.
5. Podnoszenie jakości usług w zakresie leczenia osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin, poprzez organizację szkoleń i superwizji dla kadry placówek leczenia uzależnienia od alkoholu.
6. Inicjowanie i wspieranie działań z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej adresowanych do młodych ludzi eksperymentujących z alkoholem i innych grup ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem programów wczesnej interwencji profilaktycznej, oraz programów pracy z rodzicami.
7. Wspieranie gmin w zakresie podnoszenia kompetencji i umiejętności członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
8. Inicjowanie i wspieranie rozwoju oferty leczniczej dla osób z problemem alkoholowym, w szczególności dla dzieci i młodzieży oraz dla osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi lub z poważnymi schorzeniami organicznymi.
9. Wsparcie programowe i merytoryczne działających na terenie gmin punktów konsultacyjnych, w szczególności w kierunku wzmocnienia kompetencji specjalistycznych kadry oraz poszerzenia oferty punktów o programy poradnictwa rodzinnego dla pijącej młodzieży i rodziców, poradnictwa dla osób pijących szkodliwie, poradnictwa prawnego.

10. Tworzenie systemów postrehabilitacji dla osób kończących leczenie odwykowe poprzez inicjowanie i wspieranie sieci współpracy między placówkami leczniczymi (poradniami i ośrodkami terapii stacjonarnej), ośrodkami pracy socjalnej i asystenturą rodzinną, placówkami reintegracji społecznej i zawodowej (CIS i KIS) i innymi podmiotami ekonomii społecznej oraz organizacjami pozarządowymi.

11. Inicjowanie i wspieranie działań mających na celu ograniczenie liczby kierowców prowadzących pojazdy pod wpływem alkoholu przez upowszechnienie wiedzy nt. wpływu alkoholu na funkcjonowanie organizmu kierowcy, aspektów prawnych związanych z nietrzeźwością kierowców, obliczania szybkości spalania alkoholu przez organizm, autodiagnozy osobistego stylu używania alkoholu.

12. Wspieranie organizacji samopomocowych, abstynenckich i kościelnych przez zapewnienie im wsparcia merytorycznego, w tym superwizji.