



Obserwatorium Integracji Społecznej Województwa Śląskiego

DIAGNOZA PROBLEMÓW
ORAZ ZASOBÓW INSTYTUCJONALNYCH
W OBSZARZE PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Katowice, luty 2011 r.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



ROPS
Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej
Województwa Śląskiego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





SPIS TREŚCI

1. Diagnoza problemów alkoholowych w województwie śląskim	3
1.1. Konsumpcja alkoholu w Polsce	3
1.2. Konsumpcja alkoholu przez mieszkańców województwa śląskiego	6
1.3. Dostępność fizyczna napojów alkoholowych (liczba punktów sprzedaży)	9
1.4. Picie alkoholu przez dzieci i młodzież	10
1.5. Szkody zdrowotne związane z piciem alkoholu	13
1.6. Pacjenci lecznictwa stacjonarnego	14
1.7. Dane lecznictwa ambulatoryjnego	25
1.8. Naruszanie prawa przez osoby będące pod wpływem alkoholu	29
1.9. Problemy społeczno-ekonomiczne związane z alkoholem	40
2. Zasoby instytucjonalne w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim	43
2.1. Lecznictwo odwykowe	43
2.2. Samorządy gminne	52
2.3. Punkty konsultacyjne dla osób uzależnionych i ich rodzin	58
2.4. Organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe	60
2.5. Centra integracji społecznej	63
2.6. Placówki pomocy społecznej, w tym wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży	64
3. Analiza SWOT	73

1. Diagnoza problemów alkoholowych w województwie śląskim

1.1. Konsumpcja alkoholu w Polsce

Wielkość oraz struktura spożycia napojów alkoholowych

Mieszkańcy Unii Europejskiej wypijają największe ilości alkoholu na świecie tj. 11 litrów czystego alkoholu na każdego dorosłego obywatela rocznie, co przekracza dwu i półkrotnie średnią światową (WHO 2004).¹ Według danych GUS, w Polsce w latach 1998–2000 wielkość spożycia napojów alkoholowych utrzymywała się na podobnym poziomie, nieznacznie powyżej 7 litrów stuprocentowego alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W roku 2001 nastąpił spadek spożycia do poziomu 6,63 litra. Jednak od roku 2003 (po obniżce akcyzy na napoje spirytusowe w roku 2002) notuje się stały, wyraźny wzrost ilości wypijanego alkoholu, aż do 9,58 l w 2008 r. Na początku 2009 r. podniesiono akcyzę na napoje spirytusowe (o ok. 9%) oraz wino (o ok. 16,5%), a na piwo (o 13,6%). Wielkość spożycia zmniejszyła się do 8,52 litra 100% alkoholu na jednego mieszkańca, czyli o ponad 1 litr w odniesieniu do roku poprzedniego. Spadek spożycia alkoholu w 2009 r. w stosunku do lat poprzednich jest przerwaniem kilkuletniej tendencji wzrostowej. Zmianę trendu można powiązać z decyzją o regulacji podatku akcyzowego (ciągła linia pionowa – obniżenie podatku, przerywana linia pionowa – podwyższenie).²

¹ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, 2007, s. 70.

² Analiza Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, www.parpa.pl

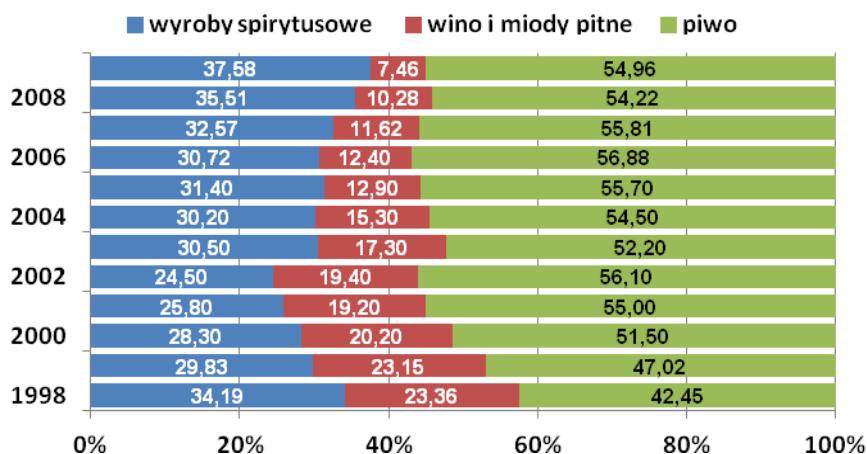
Średnie spożycie 100% alkoholu przypadające na 1 mieszkańca Polski (w litrach)



Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Niepokojąca jest struktura spożycia napojów alkoholowych. W ostatnich latach ok. 1/3 konsumpcji przypada na wyroby spirytusowe i proporcja ta stale się zwiększa. Wzrost ten następuje głównie kosztem wina, którego spożycie systematycznie spada. W 2009 r. wskaźnik spożycia wina kształtował się na poziomie 7,46 litra, podczas gdy w 1998 r. wynosił on 23,36 litra. Piwo stanowi blisko 55% spożywanego alkoholu.

Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych w latach 1998-2009

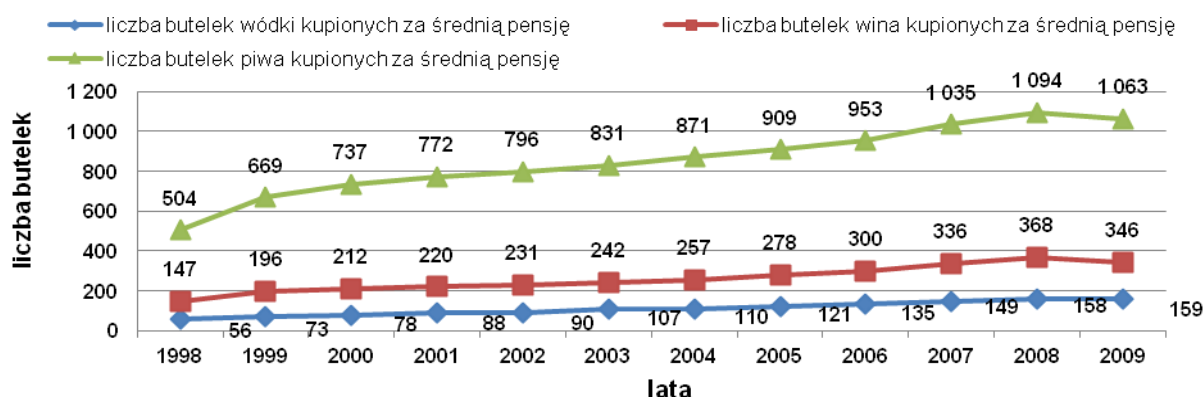


Źródło: Ibidem.

Dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych

Dostępność ekonomiczna poszczególnych rodzajów alkoholu (pokazana na kolejnym wykresie) jest wciąż duża, choć zaobserwowano tu ostatnio pewne zmiany. W 1998 r. za średnią pensję można było kupić 504 butelki piwa, w 2008 roku już 1 094 butelki. W przypadku wódki liczby te to odpowiednio: w 1998 roku 56 butelek i 158 w 2008 r. W tym samym roku za średnią pensję można było kupić 147 butelek wina w porównaniu do 368 w 2008 r. W wyniku podwyższenia w 2009 r. podatku akcyzowego na alkohol (i wraz z nim wzrostem cen) zmniejszyła się nieco ekonomiczna dostępność piwa (o 2,8%) oraz wina (o 6%), ale nadal utrzymana została tendencja wzrostowa w przypadku wódki (wzrost o 0,6%).³

Dostępność ekonomiczna poszczególnych napojów alkoholowych w Polsce w latach 1998-2009



Źródło: Ibidem.

³ Ibidem.



1.2. Konsumpcja alkoholu przez mieszkańców województwa śląskiego

Ogólna charakterystyka spożycia napojów alkoholowych

W 2005 i 2008 r. w województwie śląskim przeprowadzono badania ankietowe na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców województwa, mające na celu określenie wzorów, postaw i zachowań, związanych z piciem alkoholu.⁴ Na podstawie ich wyników, średnie roczne spożycie napojów alkoholowych przez mieszkańców województwa śląskiego w przeliczeniu na litry 100% alkoholu zostało oszacowane na poziomie 3,54 l w 2005 r. oraz 3,47 l w 2008 r. Średnie spożycie napojów alkoholowych w obu badaniach jest znacznie niższe niż spożycie rejestrowane w statystykach sprzedaży (ok. 8 l w 2005 r. i ok. 9 l w 2008 r.). Taki wynik nie jest zaskoczeniem. Metoda ankietowa zawsze daje znacznie zaniżone oszacowania.

W porównaniu z wynikami badań ogólnopolskich zrealizowanych w 2005 r., średnia konsumpcja wszystkich napojów alkoholowych była w województwie śląskim niższa niż średnia w kraju wynosząca 4,31 l. W strukturze spożycia alkoholu w województwie śląskim w 2005 r. przeważało piwo, podczas gdy na poziomie całego kraju napoje spirytusowe.⁵ Wyniki badań przeprowadzonych w latach 2005 i 2008 przedstawia poniższa tabela.

⁴ W 2005 r. – badania ankietowe *Wzorce konsumpcji alkoholu w województwie śląskim* zrealizowane przez Pracownię Badań Społecznych Sopot na reprezentatywnej 514-osobowej próbie dorosłych mieszkańców województwa śląskiego. W 2008 r. – badania ankietowe *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania* (realizator: Lokalne Badania Społeczne w Warszawie na próbie 638 dorosłych naszego regionu).

⁵ J. Sierosławski, *Problemy alkoholowe w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009*. Raport opracowany w 2010 r. na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego.

Średnie roczne spożycie w litrach 100% alkoholu i struktura konsumpcji napojów alkoholowych (w odsetkach)

Rodzaj napoju alkoholowego	Struktura konsumpcji		
	Polska	Województwo śląskie	
	2005	2005	2008
Napoje spirytusowe			
Średnia dla wszystkich badanych	2,02	1,49	1,40
Średnia dla konsumentów napojów alkoholowych	2,44	1,77	2,00
Udział w spożyciu (odsetki)	46,9	42,0	40,5
Wino			
Średnia dla wszystkich badanych	0,37	0,34	0,33
Średnia dla konsumentów napojów alkoholowych	0,44	0,40	0,47
Udział w spożyciu (odsetki)	8,6	9,6	9,5
Piwo			
Średnia dla wszystkich badanych	1,92	1,72	1,73
Średnia dla konsumentów napojów alkoholowych	2,30	2,03	2,47
Udział w spożyciu (odsetki)	44,5	48,4	50,0
Napoje alkoholowe ogółem			
Średnia dla wszystkich badanych	4,31	3,54	3,47
Średnia dla konsumentów napojów alkoholowych	5,18	4,20	4,95
Odsetek konsumentów napojów alkoholowych	84,2	85,0	70,0

Źródło: J. Sierosławski, *Problemy alkoholowe w województwie śląskim*. Op. cit.

Nadmiernie pijący wg rozkładu spożycia alkoholu

Na podstawie badań przeprowadzonych w województwie śląskim liczba osób pijących nadmiernie (tj. powyżej 12 litrów 100% alkoholu rocznie) wśród ogółu badanych została określona na poziomie 6,3% w 2005 r. oraz 6,9% w 2008 r. Na tej podstawie liczbę pełnoletnich mieszkańców województwa śląskiego pijących nadmiernie możemy oszacować na ok. 290 000 osób. Osoby te znajdują się w sytuacji dużego ryzyka doświadczania różnych problemów alkoholowych. Wśród pijących nadmiernie dominują mężczyźni, osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym, bezrobotne oraz osiągające najniższe dochody (do 1 000 zł). Najniższy odsetek nadmiernie pijących występuje wśród osób po 65 roku życia, wierzących i praktykujących. W badaniach ogólnokrajowych zrealizowanych w 2005 roku odsetek osób pijących ponad 12 litrów 100% alkoholu rocznie wyniósł 9,5%.⁶

⁶ Ibidem.

Konsumenci napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na 100% alkoholu (odsetki badanych)

Kategoria konsumenta	Odsetki pijących napoje alkoholowe w ilościach rocznie:					
	Wśród ogółu badanych			Wśród konsumentów		
	Polska 2005	Województwo śląskie		Polska 2005	Województwo śląskie	
		2005	2008		2005	2008
Abstynenci*	18,4	16,7	30,0	X	X	X
Do 1,2 l.	34,8	39,5	34,0	42,7	47,4	48,6
Pow. 1,2 do 6,0 l.	28,2	26,8	19,4	34,5	32,1	27,7
Pow. 6,0 do 12,0 l.	9,1	10,7	9,7	11,2	12,9	13,8
Pow. 12,0 l.	9,5	6,3	6,9	11,6	7,5	9,9

Źródło: Ibidem.

* Na potrzeby badań ankietowych abstynentów definiuje się jako osoby, które nie mają żadnego udziału w rocznej konsumpcji alkoholu, czyli nie piły żadnego napoju alkoholowego w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

Abstynenci

W badaniu przeprowadzonym w województwie śląskim w 2005 roku odnotowano 15,0% abstynentów. W 2008 r. odsetek ten wynosił 30,0%, co stanowi dwukrotny wzrost w stosunku do poprzedniego badania⁷. Abstynenci rekrutują się głównie spośród kobiet. W 2008 roku ponad połowę tej grupy stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat. Rozkład odsetka abstynentów według wieku ma charakter liniowy – rośnie wraz z wiekiem z lekkim załamaniem w kategorii 40-49 lat. Najwyższe odsetki niepijących obserwujemy wśród osób z wykształceniem podstawowym, a najniższe wśród osób z wykształceniem wyższym. Abstynenci najsłabiej reprezentowani są wśród osób pracujących zawodowo oraz uczniów i studentów. Najczęściej spotkać ich można wśród emerytów i rencistów oraz gospodyń domowych. Z przeprowadzonych badań wynika, że rozpowszechnienie abstynencji zależne jest od poziomu dochodu. Najwyższe było wśród osób z rodzin o najniższych dochodach. W miarę wzrostu dochodów odsetki abstynentów spadały. Znaczenie postaw światopoglądowych dla rozpowszechnienia abstynencji pokazuje związek tej cechy ze stosunkiem do religii. Istotnie

⁷ Tak znaczny wzrost odsetka abstynentów nasuwa pytanie, czy rzeczywiście nastąpił wzrost rozpowszechnienia abstynencji i czy jest on tak znaczny, czy też, co najmniej w jakimś stopniu, zaważyły tutaj różnice metodologiczne badań z 2005 r. i 2008 r., np. szczegóły doboru próby.

wyższe odsetki niepijących obserwujemy wśród wierzących i praktykujących, niż wśród pozostałych osób.⁸

1.3. Dostępność fizyczna napojów alkoholowych (liczba punktów sprzedaży)

Poza dostępnością ekonomiczną ważnym czynnikiem wpływającym na wysokość spożycia alkoholu jest większa fizyczna możliwość jego nabycia, czyli większa liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych.

Na mocy ustawy o wychowaniu w trzeźwości samorzady gminne mają prawo do podejmowania uchwał określających maksymalną liczbę punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie gminy. Limit ten dotyczy zarówno sklepów, jak i lokali gastronomicznych. W ramach wspomnianego limitu gmina wydaje zezwolenia na prowadzenie sprzedaży napojów alkoholowych w odpowiednich punktach sprzedaży (na warunkach określonych w ustawie oraz w lokalnym prawie).

W 2008 r. w województwie śląskim funkcjonowało 23 167 punktów sprzedaży alkoholu. Na 1 punkt sprzedaży przypadało w naszym regionie 201 mieszkańców, podczas gdy w kraju wartość ta wynosiła 190 osób. Województwo śląskie znajduje się pod tym względem na czwartym miejscu wśród wszystkich województw. Największą dostępność fizyczną alkoholu odnotowano w województwie lubuskim, gdzie na 1 punkt sprzedaży napojów alkoholowych przypada 144 mieszkańców.

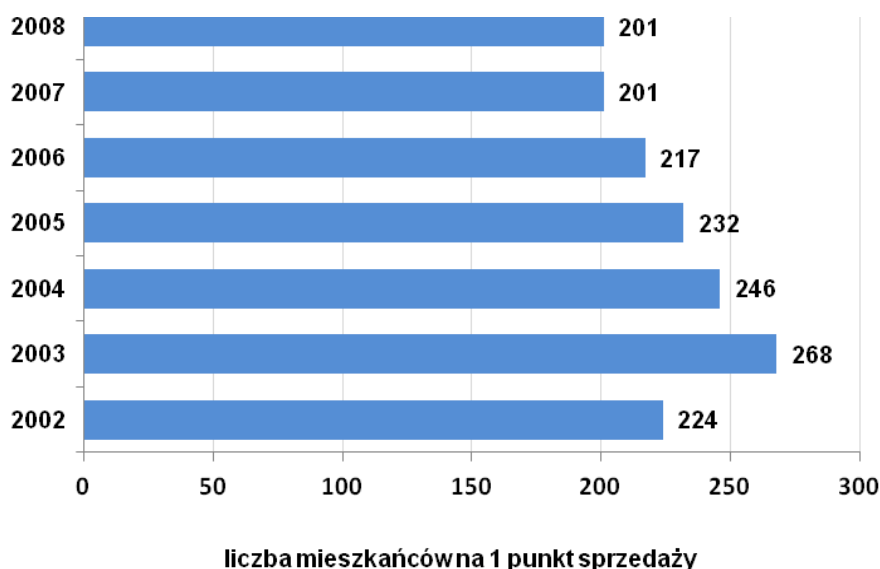
W województwie śląskim w 2008 r. w stosunku do roku 2006 roku nastąpił wzrost liczby punktów sprzedaży alkoholu o 7%. Na poziomie kraju analogiczny wzrost wyniósł 6%. Tylko w województwie małopolskim odnotowano spadek w tym czasie, największy wzrost nastąpił natomiast w województwie lubuskim (o 21%).

Od 2004 r. w województwie śląskim obserwowany jest spadek liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych, co świadczy o postępującym wzroście dostępności alkoholu. Analogiczne dane dla całego kraju są dostępne tylko od 2006 roku. Wskazują one na podobny trend. Warto jednak zauważyć, że w województwie śląskim dostępność fizyczna alkoholu jest nieco niższa niż średnio w kraju, w którym w 2006 r. wynosiła 202 osoby przypadające na jeden punkt sprzedaży, w 2007 r. – 193, a w 2008 – 190.⁹

⁸ J. Sierosławski, *Problemy alkoholowe w województwie śląskim...* op. cit.

⁹ Ibidem.

Liczba mieszkańców województwa śląskiego przypadających na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych w latach 2002-2009



Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie wypełnianych przez gminy corocznie ankiet pod nazwą *PARPA-G1. Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.*

1.4. Picie alkoholu przez dzieci i młodzież

„Picie alkoholu przez nastolatki wiąże się często z powstawaniem różnych problemów i negatywnie wpływa na zdrowie, bezpieczeństwo, a niekiedy i życie młodych ludzi. Spożycie alkoholu nawet w ilościach nieszkodliwych dla dorosłych, może poważnie zaburzyć życie i zakłócić przebieg procesów rozwojowych młodych ludzi. Wyniki badań wskazują, że picie alkoholu zaburza zdolność do uczenia się, zapamiętywania i logicznego rozumowania, jest częstym źródłem trudności w nauce i przeszkadza w dalszej edukacji i karierze zawodowej. Ponadto hamuje on rozwój emocjonalny, opóźnia społeczne i poznawcze dojrzewanie. Nastolatek pijący alkohol nastawiony jest jedynie na doraźne i natychmiastowe odczuwanie przyjemności, a w związku z tym nie uczy się dojrzałych i skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów życiowych i sposobów konstruktywnego spędzania czasu wolnego. Wczesne i częste picie alkoholu przez nastolatka zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, tj. nikotyny, marihuany oraz innych narkotyków (...). Picie i upijanie się alkoholem przez nieletnich jest ponadto przyczyną



poważnych i doraźnych szkód związanych z wypadkami, zachorowaniami, konfliktami z prawem, większym prawdopodobieństwem stania się ofiarą przestępstwa, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, groźbą zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV, niechcianą ciążą itp.”¹⁰

Rozpowszechnienie picia alkoholu wśród niepełnoletnich

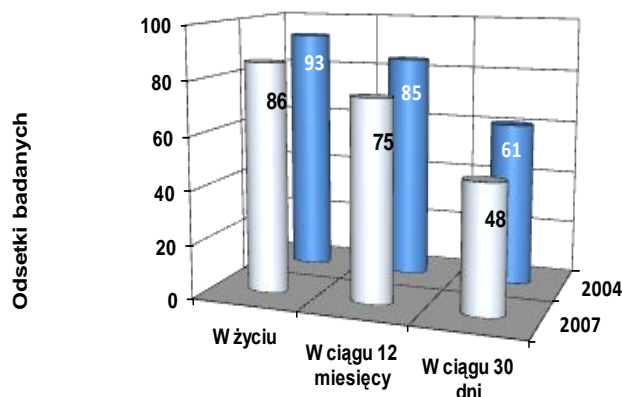
Informacji na temat rozpowszechnienia picia alkoholu przez młodzież dostarczają m.in. badania ankietowe prowadzone zgodnie z metodologią międzynarodowego Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD. Badania takie przeprowadzono w województwie śląskim w roku 2004¹¹ oraz 2007¹² na reprezentatywnej próbie uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat). Wynika z nich, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej. W 2007 r. próby picia miało za sobą 86% gimnazjalistów z klas trzecich (wiek 15-16 lat) oraz 96% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat). W 2004 r. odsetek ten był nieco wyższy i wynosił 93% wśród uczniów młodszych oraz 97% wśród uczniów starszych. Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjmuje się picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jakikolwiek napoje alkoholowe w tym czasie w 2007 r. piło 48% uczniów w wieku 15-16 lat oraz 71% uczniów w wieku 17-18 lat. Porównanie wyników badań przeprowadzonych w województwie śląskim w 2004 i 2007 r. wskazuje na spadek rozpowszechnienia picia wśród uczniów, zwłaszcza młodszych. Ponadto, oba wyżej analizowane wskaźniki były w 2007 r. niższe od średniej ogólnopolskiej.

¹⁰ J. Jarczyńska, *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2009, s. 18.

¹¹ Badania zrealizowane przez Pracownię Badań Społecznych Sopot w jesieni 2004 roku, na terenie całego województwa. Jako technikę badawczą zastosowano ankietę audytoryjną wypełnianą przez uczniów w salach lekcyjnych. Badanie przeprowadzono w 112 losowo wybranych szkołach, w trzecich klasach gimnazjum i drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki badań zostały zawarte w raporcie pod nazwą *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną* (J. Sierosławski, B. Bukowska).

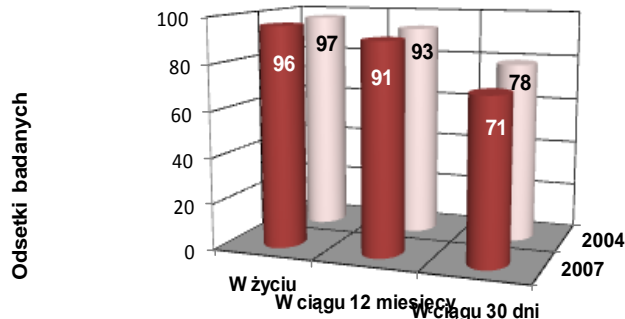
¹² Badania zrealizowane przez Pracownię Badań i Doradztwa „Re-Source” Korczyński Sarapata Sp. J. z siedzibą w Poznaniu w jesieni 2007 roku, na terenie całego województwa. Jako technikę badawczą zastosowano ankietę audytoryjną wypełnianą przez uczniów w salach lekcyjnych. Badanie przeprowadzono w 113 losowo wybranych szkołach, w trzecich klasach gimnazjum i drugich klasach szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki badań zostały zawarte w raporcie pod nazwą *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*.

Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych wśród uczniów trzecich klas gimnazjów województwa śląskiego (wiek 15-16 lat)



Źródło: J. Sierosławski, Raport na temat *Problemy alkoholowe w województwie śląskim...op. cit.*

Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych województwa śląskiego (wiek 17-18 lat)



Źródło: Ibidem.

Zarówno w województwie śląskim, jak na poziomie kraju największą popularnością wśród młodzieży cieszy się piwo, na drugim miejscu wódka, a na trzecim wino.

Alkohol jest w opinii uczniów generalnie łatwo dostępny. Ranking poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych ze względu na stopień łatwości ich zdobycia przedstawia się następująco:

- zdobycie piwa za bardzo łatwe uważa 61% 17-18-latków i 44% 15-16-latków;
- zdobycie wina za bardzo łatwe uważa 49,1% starszych uczniów i 33,5% młodszych;
- zdobycie wódki za bardzo łatwe uważa 38,2% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych i 23,7% uczniów klas trzecich gimnazjum.

W grupie uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych największy odsetek uczniów po raz pierwszy „upił się” w wieku 16 lat i więcej (25,5%), podczas gdy wśród uczniów młodszych klas najczęściej wskazywano na 14 lat jako wiek pierwszego „upicia się” (13,8% respondentów wybrało ten wariant odpowiedzi).

Niepełnoletni w izbach wytrzeźwień

W 2008 r. w izbach wytrzeźwień na terenie województwa śląskiego zarejestrowano w sumie 1 012 niepełnoletnich, co stanowi 1,9% wszystkich osób zatrzymanych. Odsetek ten jest wyższy od średniej ogólnopolskiej, wynoszącej w 2008 roku 1,4%. Jednocześnie należy podkreślić, że wykazuje on tendencję spadkową w latach 2004-2008.

Niepełnoletni w izbach wytrzeźwień w Polsce i w województwie śląskim

Lata	Średnia dla województwa śląskiego		Średnia ogólnopolska	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
2004	1 077	2,5	3 802	1,7
2005	1 026	2,2	3 580	1,5
2006	1 092	2,1	3 833	1,5
2007	1 026	1,9	3 988	1,7
2008	1 012	1,9	3 220	1,4

Źródło: J. Sierosławski, Raport na temat *Problemy alkoholowe w województwie śląskim...* op. cit.

1.5. Szkody zdrowotne związane z piciem alkoholu

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Większe ryzyko niesie za sobą palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu. Choroby występujące na tle nadużywania alkoholu to przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, choroby wątroby, niektóre typy nowotworów, zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o charakterze depresyjnym i lękowym. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną uszkodzeń ciała i śmierci w wyniku wypadków, przemocy, zatruc, samobójstwa. Corocznie – z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z nadużywaniem alkoholu – umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób.



Według danych Państwowego Zakładu Higieny w ostatnich latach rośnie w Polsce liczba zgonów spowodowanych zatruciem alkoholem, zgonów z powodu marskości wątroby oraz zaburzeń psychicznych wynikających z używania alkoholu.¹³

Konsekwencją życia z osobą nadużywającą alkoholu może być współuzależnienie, które nie jest chorobą, lecz utrwaloną reakcją na przewlekłą i niszczącą sytuację życiową wynikającą z picia osoby bliskiej, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą realistyczne i skuteczne rozwiązanie problemów osobistych i problemów rodziny jako całości. Osoba współuzależniona koncentruje się na szukaniu sposobu ograniczania picia partnera, nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrwała problem alkoholowy w rodzinie.¹⁴

Zawarte w niniejszym rozdziale dane dotyczące liczby leczonych nie obrazują faktycznej skali problemu, gdyż znaczna część osób doznających zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu nie podejmuje leczenia. Szacuje się, że w Europie ok. 3% dorosłych (5% mężczyzn i 1% kobiet) to osoby uzależnione od alkoholu.¹⁵ Biorąc pod uwagę powyższe dane, liczbę pełnoletnich mieszkańców województwa śląskiego uzależnionych od alkoholu można oszacować na ok. 115 tysięcy.¹⁶

1.6. Pacjenci lecznictwa stacjonarnego

Informacji o trendach problemu alkoholowego rozumianego jako uzależnienie, bądź picie alkoholu w sposób rodzący poważne szkody dostarczają m.in. dane statystyczne lecznictwa stacjonarnego.¹⁷ W 2008 r. odnotowano 9 830 mieszkańców województwa śląskiego rozpoczynających leczenie w zakładach stacjonarnych, co stanowiło 12,1% ogółu osób

¹³ J. Fudała, *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009, s. 15.

¹⁴ *Rodzina z problemem alkoholowym. Wyhamuj w porę*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, s. 4.

¹⁵ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, 2007.

¹⁶ Według danych GUS liczba dorosłych mieszkańców województwa śląskiego w 2009 r. wyniosła 3 834 632.

¹⁷ Dane lecznictwa stacjonarnego obejmują wszystkich przyjętych do szpitali psychiatrycznych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu, oddziałów detoksykacyjnych, oddziałów odwykowych, ośrodków leczenia odwykowego. Szczegółowa struktura lecznictwa odwykowego została opisana w kolejnym rozdziale dotyczącym zasobów instytucjonalnych.

przyjętych do leczenia w całym kraju. Liczba mieszkańców województwa śląskiego podejmujących leczenie stacjonarne w latach 2000-2008 przedstawiała się następująco:

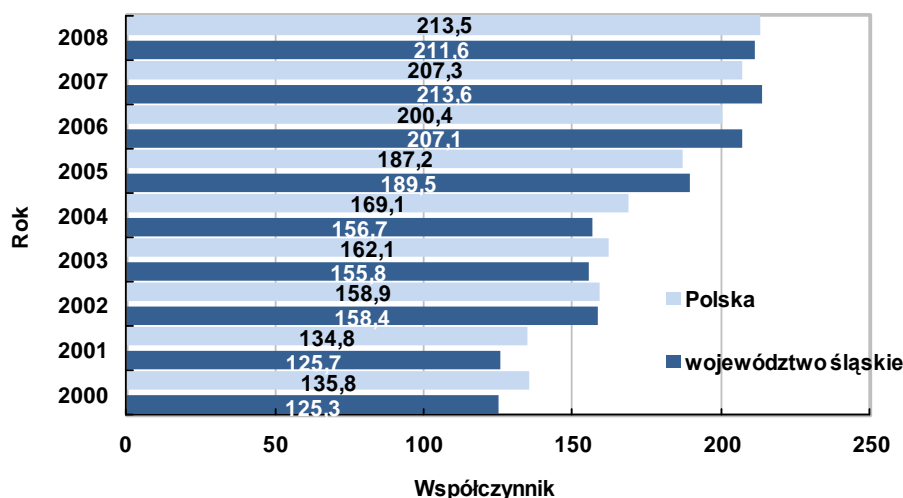
Osoby przyjęte do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) w liczbach bezwzględnych

Obszar	Lata								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Województwo śląskie	5 961	5 960	7 496	7 348	7 365	8 879	9 669	9 942	9 830
Polska	51 935	51 567	60 739	61 910	64 558	71 430	76 422	79 015	81 439

Źródło: J. Sierosławski, *Problemy alkoholowe w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009* na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Liczba mieszkańców województwa śląskiego zgłaszających się do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu systematycznie wzrasta od 2000 r. i pozostaje na poziomie zbliżonym do średniej ogólnopolskiej, co ilustruje poniższy wykres.

Osoby przyjęte do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) współczynniki na 100 tys. mieszkańców

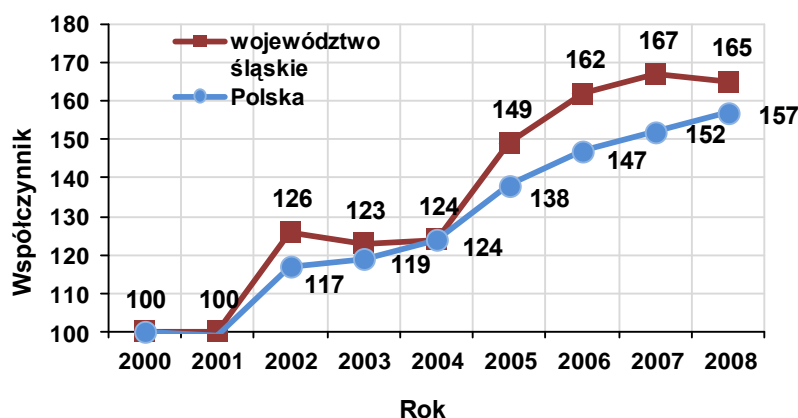


Źródło: Ibidem.

Województwo śląskie ze współczynnikiem 211,6, nieznacznie niższym od współczynnika ogólnopolskiego (213,5), ulokowało się na 7 pozycji wśród 16 województw. Najwyższy współczynnik przyjętych do leczenia stacjonarnego na 100 tys. mieszkańców występuje w województwie podlaskim (314,0), a najniższy w województwie kujawsko-pomorskim (146,7).

Liczba mieszkańców województwa śląskiego, którzy zgłosili się do leczenia stacjonarnego w 2008 r. była większa o ok. 65% w porównaniu z rokiem 2000.

Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki dynamiki – indeks dane za 2000 rok = 100)



Źródło: Ibidem.

Drugim ważnym wskaźnikiem epidemiologicznym są przyjęcia pierwszorazowe do leczenia stacjonarnego w związku z problemem alkoholowym. Podstawę tego wskaźnika stanowią pacjenci, którzy podjęli w danym roku pierwsze w życiu leczenie stacjonarne.

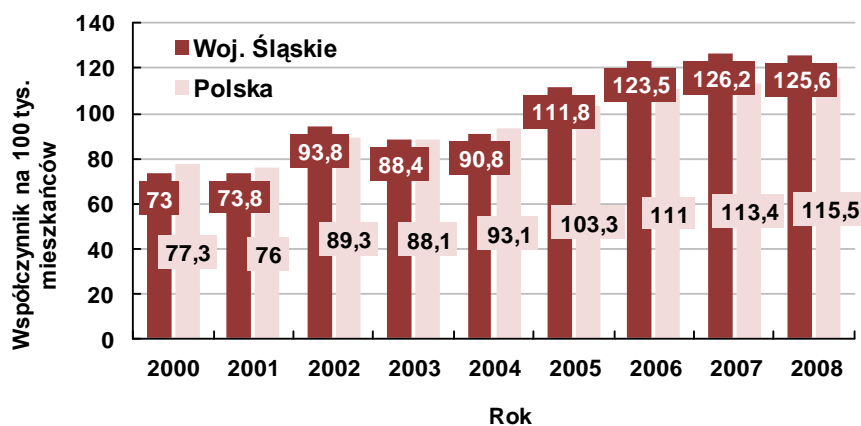
Osoby przyjęte po raz pierwszy w życiu do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10)

Obszar	Lata								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Województwo śląskie	3 473	3 498	4 437	4 170	4 270	5 239	5 766	5 873	5 833
Polska	29	29 083	34 131	33 659	35 549	39 423	42 302	43 207	44 032

Źródło: Ibidem.

Pod względem współczynnika liczby pacjentów pierwszorazowych przypadającej na 100 tys. mieszkańców, województwo śląskie w pierwszej połowie obecnej dekady sytuowało się na poziomie zbliżonym do średniej dla całego kraju. W latach 2005-2008 współczynnik ten w województwie śląskim był nieco wyższy niż średnia ogólnopolska. Po 2006 r. w przypadku obu wskaźników – wojewódzkiego i ogólnopolskiego – odnotowano zamieranie trendu wzrostowego.

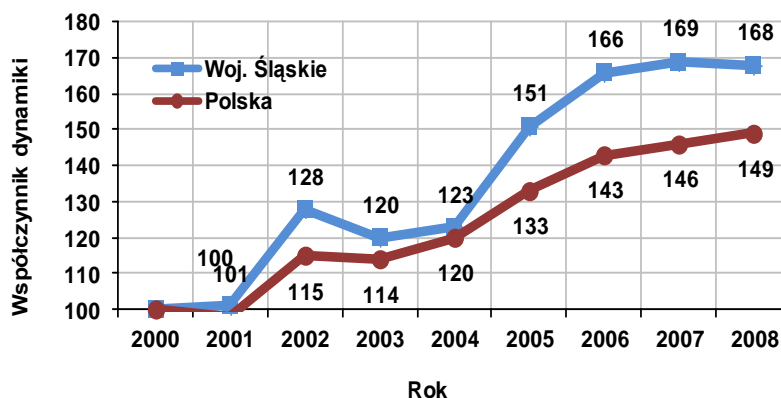
Przyjęci pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) współczynniki na 100 tys. mieszkańców



Źródło: Ibidem.

Pod względem wielkości wskaźnika przyjęć pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców, województwo śląskie w 2008 r. z współczynnikiem 125,6 uplasowało się na piątym miejscu wśród wszystkich województw. Najwyższy wskaźnik zanotowano w przypadku województwa podlaskiego (167,2), a najniższy w województwie kujawsko-pomorskim (86,8). W 2008 r. zgłaszalność pierwszorazowa mieszkańców województwa śląskiego do leczenia stacjonarnego była o 68% wyższa niż w 2000 r. Na poziomie kraju odnotowano w tym zakresie wzrost 49%.

**Przyjęci pierwszy raz w życiu do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008
z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10)
wg miejsca zamieszkania pacjenta
(współczynniki dynamiki – indeks dane za 2000 rok = 100)**



Źródło: Ibidem.

**Struktura osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych
spowodowanych używaniem alkoholu według płci**

W grupie osób leczonych z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu dominują mężczyźni. W latach 2005-2008 kobiety stanowiły od 12,5 do 19,5% ogółu leczonych. W poniższej tabeli zawarto liczby oraz odsetki kobiet przyjętych do leczenia stacjonarnego. Wskazują one na tendencję rosnącą zarówno w województwie śląskim jak i na poziomie kraju. Za przyczynę tego stanu rzeczy uważa się m.in. poważne zmiany społeczno-kulturowe i ekonomiczne, jakie zachodzą w Polsce w ostatnim 20-leciu. Wśród czynników, które nasilają zagrożenie wskazuje się zmiany w pozycji kobiet w społeczeństwie i w strukturze rodziny. Więcej jest kobiet samotnie wychowujących dzieci, wzrasta liczba rozwodów i związków nieformalnych. Większa autonomia kobiet idzie prawdopodobnie w parze z większym stresem i emocjonalną niestabilnością.¹⁸

¹⁸ P. Szczukiewicz, *Problemy alkoholowe kobiet*, artykuł zamieszczony w miesięczniku Świat Problemów, marzec 2009 r.

Kobiety przyjęte do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10)

Lata	Liczba kobiet		Odsetek wśród wszystkich przyjętych	
	Województwo śląskie	Polska	Województwo śląskie	Polska
2000	786	6491	13,2	12,5
2001	894	6461	15,0	12,5
2002	1164	7753	15,5	12,8
2003	1223	8336	16,6	13,5
2004	1161	8814	15,8	13,7
2005	1620	10334	18,2	14,5
2006	1759	11603	18,2	15,2
2007	1941	12480	19,5	15,8
2008	1899	14051	19,3	17,3

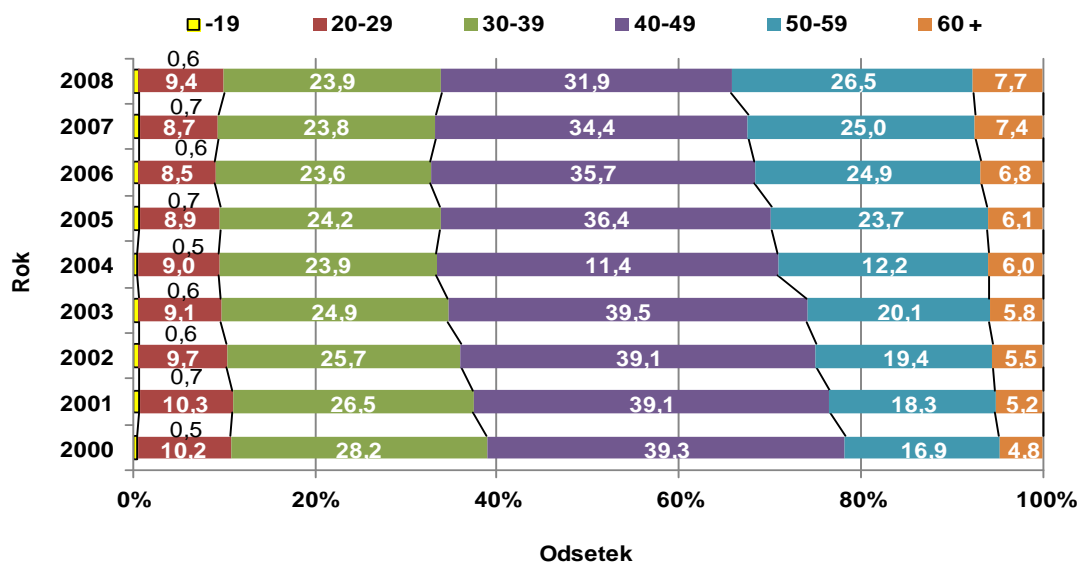
Źródło: Ibidem.

Dane statystyczne wskazują na zróżnicowanie terytorialne pod względem odsetka kobiet przyjętych do leczenia. Najwyższy odsetek występuje w województwie łódzkim (22,6%), a najniższy w województwie podkarpackim (10,1%). Województwo śląskie z odsetkiem na poziomie 19,3% mieści się w grupie województw o przeciętnym udziale kobiet wśród przyjętych do leczenia, przekraczając jednak średnią ogólnopolską (17,3%).

Struktura osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu według wieku

W 2008 r. wśród mieszkańców województwa śląskiego przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu dominowali pacjenci w wieku 40-49 lat (31,9%). Drugą co do liczebności grupą były osoby w wieku 50-59 lat (26,5%). W sumie obie te kategorie wiekowe pokrywały ponad połowę leczonych. Pacjenci w wieku od 20 do 29 lat stanowili 9,4% ogółu leczonych, co potwierdza tezę, że do leczenia uzależnienia od alkoholu trzeba dojrzeć. Najmniej liczną grupę leczonych reprezentowały osoby niepełnoletnie – 0,6%. Przyczyną tego stanu rzeczy jest mała liczba specjalistycznych palcówek dla tych pacjentów oraz stosunkowo niskie rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu w tej kategorii wiekowej. Struktura wieku pacjentów w województwie śląskim nie różni się od średniej ogólnopolskiej.

Mieszkańcy województwa śląskiego przyjęci do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu wg wieku



Źródło: Ibidem.

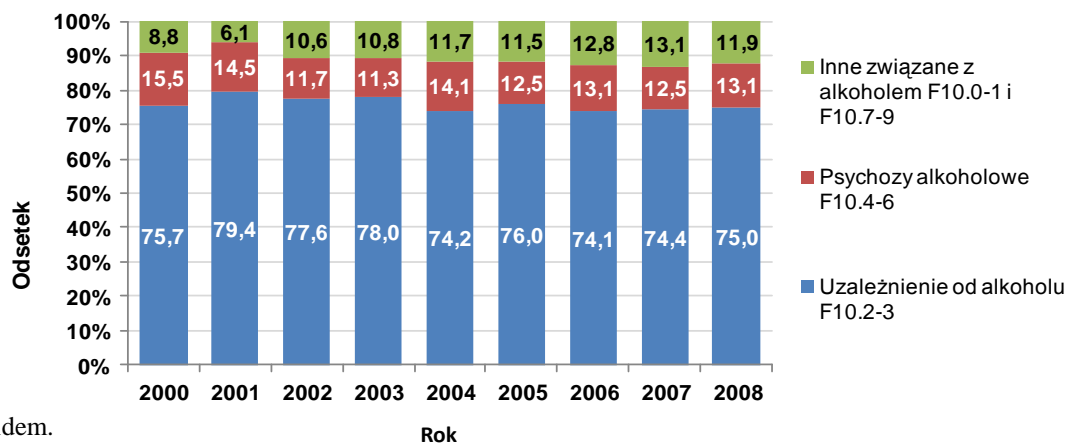
Zmiany w latach 2000-2008 w strukturze wieku mieszkańców województwa i całej Polski leczonych z powodu problemu alkoholu wskazują podobny kierunek. Zwiększeniu ulega odsetek osób z grup wiekowych 50-59 lat oraz 60 lat i więcej, zaś spada z grup wiekowych 40-49 i 30-39 lat. Oznacza to starzenie się populacji zgłaszających się do leczenia.

Struktura osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu ze względu na diagnozę

W strukturze rozpoznań mieszkańców województwa śląskiego oraz całego kraju dominuje uzależnienie od alkoholu. W 2008 r. osoby uzależnione od alkoholu stanowiły 75,0% mieszkańców województwa przyjętych do leczenia z powodu problemu alkoholowego. Analogiczny odsetek w kraju wynosił 73,9%. Odsetki pacjentów z psychozami alkoholowymi kształtowały się odpowiednio na poziomie 13,1% dla województwa i 12,7% dla całego kraju. Ostatnia kategoria diagnoz – inne zaburzenia związane z alkoholem – stanowiła 11,9% w województwie śląskim oraz 13,4% w kraju.

Struktura diagnoz zarówno wśród mieszkańców województwa jak i na poziomie kraju jest względnie stała, chociaż podlega pewnym fluktuacjom.

Struktura diagnoz mieszkańców województwa śląskiego przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2008 z powodu uzależnienia od alkoholu – współczynniki na 100 tys. mieszkańców

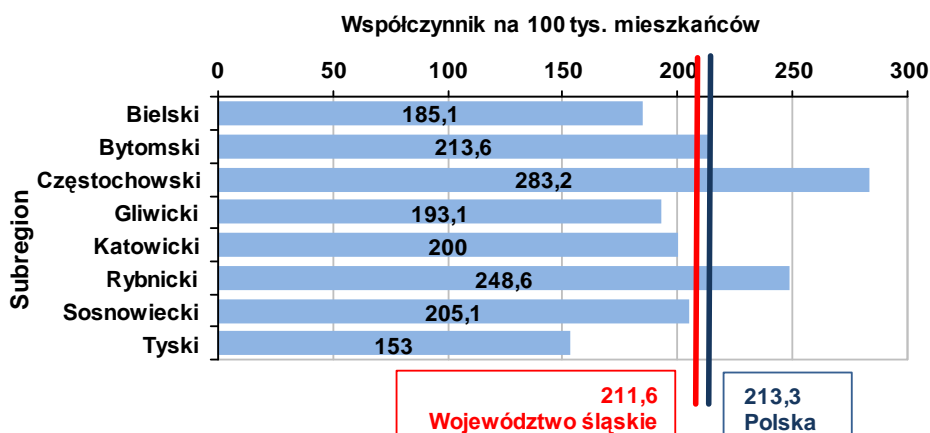


Źródło: Ibidem.

Zgłaszalność do leczenia stacjonarnego według subregionu

Problemy alkoholowe nie są równomiernie rozłożone w województwie. Subregionem o największym współczynniku zgłaszalności do leczenia stacjonarnego jest subregion częstochowski (283,2). Drugie miejsce pod tym względem zajmuje subregion rybnicki (248,6), a następnie bytomski (213,6), który nieznacznie przewyższa średnią wojewódzką.

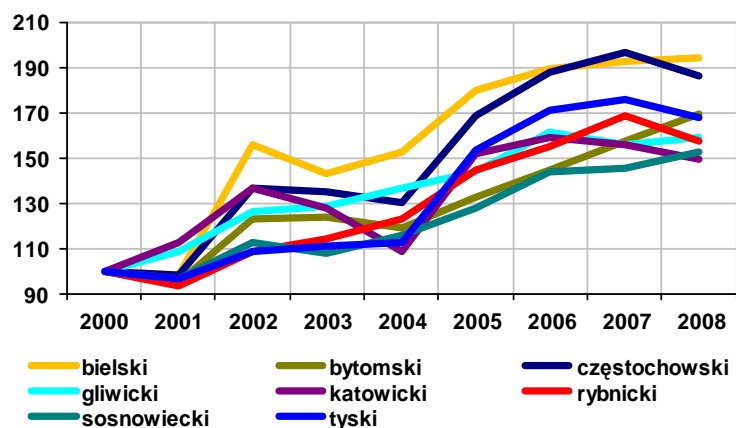
Mieszkańcy województwa śląskiego przyjęci do placówek leczenia stacjonarnego w całym kraju w 2008 r. z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) wg subregionu zamieszkania (współczynniki na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Ibidem.

Dynamika zgłaszalności do leczenia w poszczególnych subregionach także podlega zróżnicowaniu. Najwyższą dynamikę problemu w latach 2000-2008 odnotowano w subregionie bielskim (195), a następnie w częstochowskim (187), tyskim (168) i bytomskim (170). Najdłużej trwający jednostajny i jednocześnie silny trend wzrostowy obserwowany jest w subregionie bytomskim.

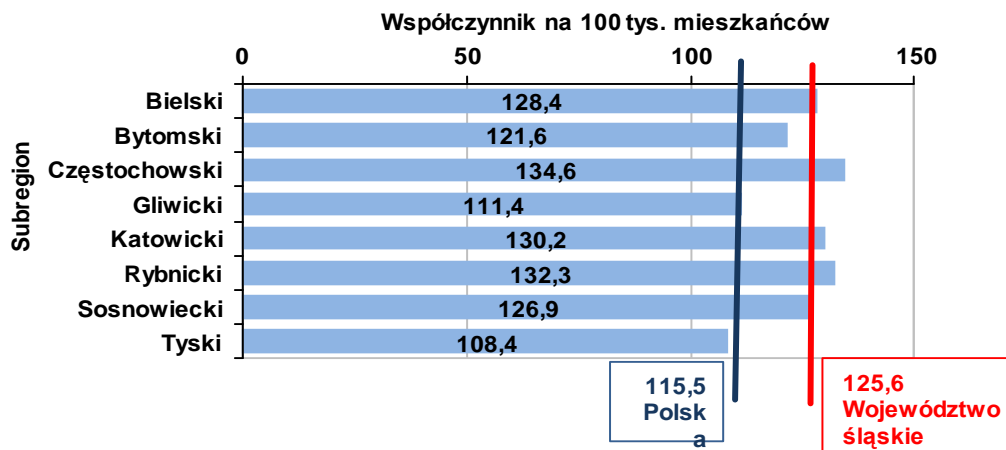
Mieszkańcy województwa śląskiego przyjęci do placówek leczenia stacjonarnego w całym kraju w latach 2000-2008 z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) wg miejsca zamieszkania pacjenta (współczynniki dynamiki – indeks dane za 2000 r. = 100)



Źródło: Ibidem.

Subregionem o największym współczynniku pierwszorazowej zgłaszalności do leczenia stacjonarnego jest subregion częstochowski. Przewyższa on znacznie średnią dla województwa. Trzy inne subregiony o współczynnikach wyraźnie wyższych niż dla całego województwa to rybnicki, katowicki i bielski. Nieznacznie przewyższają średnią wojewódzką subregiony bielski i sosnowiecki.

Mieszkańcy województwa śląskiego przyjęci do placówek leczenia stacjonarnego w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) wg subregionu zamieszkania (współczynniki na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Ibidem.

Zgłaszalność do leczenia stacjonarnego według powiatu

Najwyższe współczynniki zgłaszalności do leczenia stacjonarnego występują w dwóch powiatach grodzkich: Częstochowa (340,8) i Rybnik (324,4) oraz w jednym powiecie ziemskim: lublinieckim (337,0). Najniższymi współczynnikami charakteryzują się Tychy (136,7) oraz powiat bielski (139,0). Zróżnicowanie ze względu na powiat jest silniejsze, niż zróżnicowanie między subregionami.



Mieszkańcy województwa śląskiego przyjęci do placówek leczenia stacjonarnego w całym kraju w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu (ICD X: F10) wg powiatu zamieszkania

Powiat	Liczba osób	Współczynnik na 100 tys. mieszkańców
będziński	385	254,8
bielski	214	139,0
cieszyński	322	187,2
częstochowski	307	229,0
gliwicki	214	187,7
kłobucki	217	255,7
lubliniecki	257	337,0
mikołowski	181	196,5
myszkowski	160	223,6
pszczyński	136	128,8
raciborski	222	200,7
rybnicki	171	230,4
tarnogórski	319	232,0
bieruńsko-lędziński	93	164,7
wodzisławski	391	251,3
zawierciański	243	197,6
żywiecki	404	268,7
Bielsko-Biała	267	152,0
Bytom	309	168,1
Chorzów	236	208,3
Częstochowa	820	340,8
Dąbrowa Górnicza	271	211,2
Gliwice	353	179,5
Jastrzębie-Zdrój	221	236,2
Jaworzno	164	172,2
Katowice	504	162,8
Mysłowice	166	221,3
Piekary Śląskie	90	153,0
Ruda Śląska	364	252,9
Rybnik	458	324,4
Siemianowice Śląskie	133	187,0
Sosnowiec	411	185,8
Świętochłowice	132	242,8
Tychy	177	136,7
Zabrze	397	210,7
Żory	121	195,0

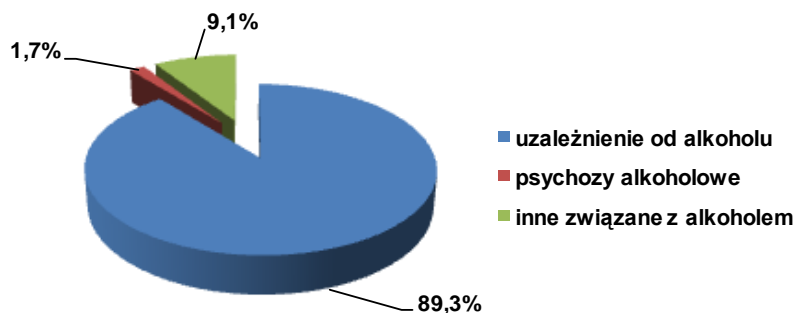
Źródło: Ibidem.

1.7. Dane leczenia ambulatoryjnego

W 2008 r. w województwie śląskim objętych leczeniem ambulatoryjnym¹⁹ z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu było 21 240 osób (457,2 na 100 tys. mieszkańców). Ponadto z pomocy ambulatoryjnej korzystało 3 707 osób współuzależnionych (79,8 na 100 tys. mieszkańców). Pod względem obu współczynników województwo śląskie lokuje się poniżej ogólnokrajowej wynoszącej 466,7 na 100 tys. mieszkańców w przypadku współczynnika leczonych z powodu problemu alkoholowego oraz 97,6 na 100 tys. mieszkańców w przypadku współczynnika osób współuzależnionych.

Wśród osób leczonych ambulatoryjnie zdecydowanie przeważają pacjenci z diagnozą uzależnienia od alkoholu. Odsetek osób z tym rozpoznaniem, kształtujący się na poziomie 89,3%, jest w województwie śląskim wyższy od średniej krajowej wynoszącej 85,1% i należy do najwyższych wśród innych województw.

Struktura diagnoz osób przyjętych do leczenia ambulatoryjnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu



Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zawartych w raporcie *Problemy alkoholowe w województwie śląskim*. op. cit.

W 2008 r. w województwie śląskim z leczenia ambulatoryjnego z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu korzystało po raz pierwszy 9 414 osób

¹⁹ Podstawą systemu statystycznego psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego są zbiorcze zestawienia statystyczne sporządzane przez poradnie i przychodnie. Dane ambulatoryjne obarczone są trudnym do oszacowania błędem wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli korzystały one z pomocy więcej niż jednej placówki, co zdarza się częściej na terenach silnie zurbanizowanych o gęstszej sieci placówek. System obejmuje poradnie zdrowia psychicznego, poradnie leczenia uzależnień. Do systemu nie wchodzi punkty konsultacyjne, jeśli nie mają statusu zakładów opieki zdrowotnej.

oraz 1 883 osoby współuzależnione. Współczynnik pacjentów pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców dla województwa śląskiego (202,6) lokował się trochę powyżej współczynnika ogólnokrajowego (195,2), zaś współczynnik współuzależnionych – poniżej (40,5 w województwie oraz 51,1 w kraju).

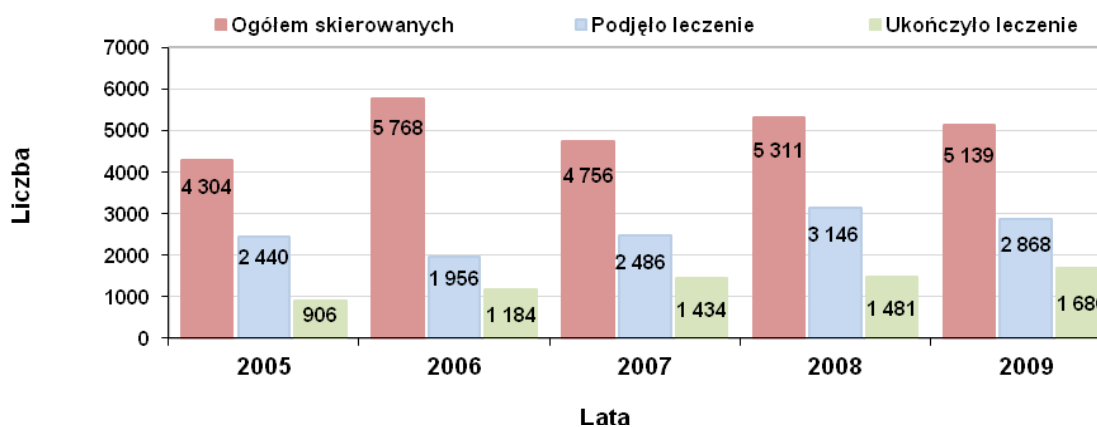
Pacjenci uzależnieni od alkoholu leczeni na mocy postanowienia sądowego

Leczenie odwykowe jest dobrowolne, z wyjątkiem sytuacji sądowego zobowiązania do leczenia, które określa art. 26 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z zapisami tego artykułu osoby uzależnione od alkoholu, powodujące rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylające się od pracy albo systematycznie zakłócające spokój lub porządek publiczny, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego orzeka sąd rejonowy, który wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora.

W 2008 r. w województwie śląskim osób objętych leczeniem ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu na mocy postanowienia sądowego o zobowiązaniu do leczenia było 3 385 osób, co stanowiło ok. 16% ogółu leczonych. Odsetek pacjentów zobowiązanych do leczenia odwykowego województwie śląskim jest niższy od odsetka w kraju wynoszącego 18,4%.

Według danych Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia z siedzibą w Gorzycach, ogólna liczba pacjentów uzależnionych od alkoholu kierowanych przez sądy do leczenia odwykowego wahała się w województwie śląskim od 4 304 w 2005 roku do 5 139 w 2009 roku. Stosunkowo mała jest wykonalność postanowień. Średnio ok. 50% osób uzależnionych z postanowieniami sądu o obowiązku poddania się leczeniu podejmuje leczenie. Spośród tej grupy program terapii kończy nieco ponad połowa.

Skuteczność leczenia odwykowego pacjentów zobowiązanych przez sądy



Źródło: Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia z siedzibą w Gorzycach na podstawie ankiet wypełnianych przez zakłady lecznictwa odwykowego.

Zgony na marskość wątroby

Długotrwałe używanie alkoholu zwiększa ryzyko zgonu na alkoholową chorobę wątroby lub marskość wątroby. Zgony z powodu tych dwóch schorzeń są klasyfikowane jako ICD X: K70, K74. W etiologii chorób wątroby, obok długoletniego picia, wyróżnia się wiele innych czynników. W Polsce często występującą przyczyną jest wirusowe zapalenie wątroby. Nie wiadomo dokładnie, jaka część zgonów z tego powodu jest powiązana z piciem. W badaniach zrealizowanych w dawnym województwie warszawskim ustalono, iż wśród zmarłych na marskość wątroby w 1981 r. co najmniej 24% przez wiele lat nadużywało alkoholu (Godwod-Sikorska i inni 1984). Długoletnie trendy zgonów na marskość wątroby silnie korelują ze zmianami w średnim spożyciu alkoholu.

W latach 1999-2002, zarówno w kraju jak i w województwie śląskim, odnotowano trend spadkowy powyższego współczynnika, a od 2003 roku następuje jego stopniowy wzrost. W województwie śląskim w 2008 roku wskaźnik zgonów z powodu chorób wątroby był wyższy w stosunku do roku 1999 o 36%, podczas gdy w całym kraju o 29%.²⁰

W 2008 r. w województwie śląskim zmarło na choroby wątroby 1.395 osób, czyli 30 na 100 tys. mieszkańców. Współczynnik ten dla całego kraju wyniósł 20,2.

²⁰ J. Sierosławski, *Problemy alkoholowe w województwie śląskim...* op. cit.



Skutki spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży

Picie alkoholu przez kobietę, która spodziewa się dziecka, może negatywnie wpłynąć zarówno na rozwój somatyczny – ciało płodu jak i rozwój mózgu. Konsekwencje takich uszkodzeń mogą być trwałe i utrzymywać się przez całe życie.

W literaturze naukowej używa się wielu nazw dla określenia uszkodzeń wynikających z toksycznego działania alkoholu na dziecko przed narodzeniem. Najbardziej popularne określenie to „Fetal Alcohol Syndrome” – FAS na język polski tłumaczone jako „alkoholowy zespół płodowy”. Oznacza on zespół wad wrodzonych, somatycznych (dotyczących ciała) oraz neurologicznych (układu nerwowego, głównie mózgu). Wady te obejmują:

- specyficzny wygląd twarzy,
- zaburzenia wzrostu,
- dysfunkcje mózgu (problemy z zachowaniem i uczeniem się).²¹

Picie alkoholu w czasie ciąży niesie ze sobą także ryzyko wystąpienia nieco lżejszych zaburzeń i uszkodzeń, które w piśmiennictwie medycznym opisywane są jako:

- Alkoholowy Efekt Płodowy (FAE-Fetal Alcohol Effect) objawiający się mniejszą ilością defektów,
- Uszkodzenie Płodu Spowodowane Alkoholem np. wady serca, wzroku, słuchu, anomalie stawów,
- Poalkoholowe Zaburzenia Układu Nerwowego np. zaburzenia uwagi.²²

Brak jest danych dotyczących dzieci z wyżej wymienionymi schorzeniami. Prowadzone są natomiast badania dotyczące picia alkoholu przez kobiety w czasie ciąży. W 2005 roku 11% kobiet w województwie śląskim zadeklarowało (w Polsce nieco więcej, bo 17%), że w okresie, gdy spodziewały się dziecka, co najmniej raz piły alkohol. Najczęściej (16%) były to kobiety obecnie mające 41-60 lat, zdecydowanie w najmniejszym stopniu alkohol spożywały kobiety z najstarszego pokolenia (obecnie w wieku powyżej 60 lat – tylko 3%). Do picia w czasie ciąży najczęściej przyznawały się kobiety z wykształceniem zawodowym (18%), a najrzadziej z podstawowym (4%). Częstotliwość picia alkoholu w czasie ciąży nie jest duża. W województwie śląskim najczęściej (56% wskazań) kobiety piły alkohol kilka razy

²¹ M. Klecka, *Ciąża i alkohol. W trosce o Twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006, s. 11.

²² D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2007.

w okresie całej ciąży.²³ Wyniki badań przeprowadzonych w 2005 i 2008 r. w województwie śląskim pokazują, że picie alkoholu w okresie ciąży, zwłaszcza używanie trunków wysokoprocentowych, nie jest akceptowane przez jego mieszkańców.

1.8. Naruszanie prawa przez osoby będące pod wpływem alkoholu

Nadużywanie napojów alkoholowych zawsze wiąże się z ryzykiem powstania problemów naruszania prawa. W zależności od okoliczności picia oraz postępowania pijącego ryzyko to może się znacznie zwiększać bądź zmniejszać. Do sytuacji obarczonych szczególnie wysokim ryzykiem wystąpienia szkód należą: picie alkoholu w czasie pracy oraz prowadzenie samochodu lub innego pojazdu będąc pod wpływem alkoholu.

Nietrzeźwość w ruchu drogowym

Po spożyciu alkoholu dochodzi do pogorszenia koordynacji ruchowej, spowolnienia reakcji, błędnej oceny prędkości i odległości, pogorszenia wzroku polegającego m.in. na ograniczeniu pola widzenia. Jest to szczególnie ważne podczas wykonywania zadań wymagających dużej koncentracji i szybkiego reagowania, co ma miejsce podczas prowadzenia pojazdów mechanicznych. Ryzyko zagrożenia wypadkiem drogowym w zależności od stężenia alkoholu we krwi zwiększa się 7 razy przy stężeniu 0,5-1,0‰, 31 razy przy stężeniu od 1,0 do 1,5‰, 128 razy przy stężeniu powyżej 1,5‰.²⁴

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi rozróżnia:

- stan po użyciu alkoholu – gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi 0,2–0,5‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi 0,1–0,25 mg/1 dm³,
- stan nietrzeźwości – gdy stężenie alkoholu we krwi przekracza 0,5‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu przekracza 0,25 mg/1 dm³.

Prowadzenie pojazdu w stanie po użyciu alkoholu (0,2–0,5‰) jest wykroczeniem i podlega sankcjom przewidzianym w art. 87. Kodeksu wykroczeń (Dz. U. z 2007 r. Nr 109, poz. 756. z późn. zm.), tj. karze aresztu lub grzywny nie mniejszej niż 50 zł oraz zakazowi prowadzenia pojazdów. Prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości (powyżej 0,5‰) jest

²³ *Wzory konsumpcji alkoholu w województwie śląskim*, op. cit.

²⁴ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, 2009, s. 355.



przestępstwem i podlega sankcjom przewidzianym art. 178a. Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 Nr 88, poz. 553. z późn. zm.), tj. grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2 oraz zakazowi prowadzenia pojazdów.

Prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu było przedmiotem badań ankietowych przeprowadzonych w województwie śląskim w 2005 i 2008 r.²⁵ Do prowadzenia samochodu po spożyciu alkoholu przyznało się w województwie śląskim w 2008 r. 4,1% badanych. Odsetek ten należy traktować jako dolną granicę oszacowania, bowiem respondenci niechętnie przyznają się do tego typu zachowania. Można, założyć, że faktyczna liczba osób dopuszczających się takich czynów jest znacznie większa. W badaniu z 2005 r. do prowadzenia samochodu po spożyciu alkoholu przyznało się 3,6% badanych. Odsetek ten był nieznacznie wyższy od uzyskanego w badaniu ogólnopolskim w tym samym roku (2,9%).

Informacji o zjawisku nietrzeźwości na drogach dostarczają także policyjne statystyki. W ostatnich latach, w całym kraju w wyniku kontroli drogowych policjanci ujawniali rocznie od 150-200 tys. kierujących, u których zawartość alkoholu w organizmie przekraczała dopuszczalne normy. Pijani kierujący są sprawcami ok. 10% ogółu wypadków drogowych, w których to (w skali roku) ginie kilkaset osób, a dalsze kilka tysięcy odnosi rany. Charakterystyczną i bardzo niebezpieczną cechą nietrzeźwości na polskich drogach jest fakt, że w ponad 86% ujawnionych przypadków zawartość alkoholu we krwi kierujących przekracza 0,5‰ – co zdecydowanie nie jest efektem wypicia „małego” piwa czy kieliszka wina do posiłku. Zdaniem ekspertów, przypadki „ciężkiego” pijaństwa na drogach w Polsce są wynikiem bardzo niskiej kultury spożycia alkoholu w połączeniu z brakiem wyobraźni i odpowiedzialności, a także ze swoistą skłonnością do omijania prawa.²⁶

²⁵ *Wzorce konsumpcji alkoholu w województwie śląskim*, op. cit.; *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*, op. cit.

²⁶ J. Krzak, *Pijani kierowcy w Polsce i UE*, Biuro Analiz Sejmowych na www.parl.sejm.gov.pl

Wypadki drogowe w Polsce – w tym spowodowane przez nietrzeźwych kierujących

Rok	Wypadki drogowe w Polsce					
	Ogółem			w tym spowodowane przez nietrzeźwych kierujących		
	liczba	zabici	ranni	liczba	zabici	ranni
2005	48 100	5 444	61 191	4 005	490	5 609
2006	46 876	5 243	59 123	5 151	582	6 497
2007	49 536	5583	63 224	5 053	608	6 449
2008	49 054	5 437	62 097	4 979	603	6 319
2009	44 196	4 572	56 046	4 139	466	5 318

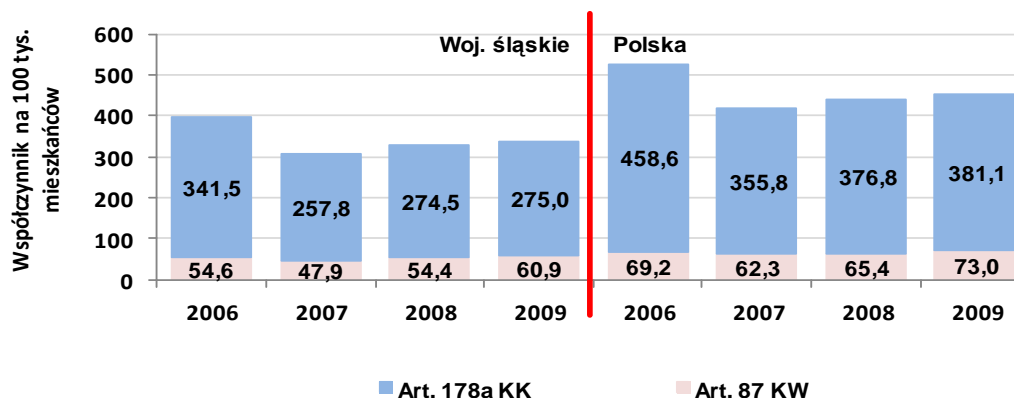
Źródło: Biuro Analiz Sejmowych na www.parl.sejm.gov.pl na podstawie danych Policji.

W 2007 r., zarówno w kraju jak i na poziomie województwa, nastąpił spadek liczby ujawnień osób kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (art.178a KK²⁷ oraz art. 87 KW²⁸). Od 2008 r. odnotowywany jest powolny wzrost tego wskaźnika, chociaż jest on nadal znacznie niższy niż w 2006 r.

²⁷ *Kodeks Karny* (Dz. U. z 1997 r., nr 88, poz.553) – art. 178 a. (113) § 1. Kto, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 2. (114) Kto, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub w strefie ruchu inny pojazd niż określony w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 3. (115) (uchylony). § 4. (116) Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 był wcześniej prawomocnie skazany za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego albo za przestępstwo określone w art. 173, 174, 177 lub art. 355 § 2 popełnione w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego albo dopuścił się czynu określonego w § 1 w okresie obowiązywania zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych orzeczonego w związku ze skazaniem za przestępstwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

²⁸ *Kodeks Wykroczeń* (t.j.: Dz. U. z 2010 r., nr 46, poz. 275) – Art. 87. § 1. Kto, znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega karze aresztu albo grzywny nie niższej niż 50 złotych. § 2. Kto, znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, prowadzi na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub strefie ruchu inny pojazd niż określony w § 1, podlega karze aresztu do 14 dni albo karze grzywny. § 3. W razie popełnienia wykroczenia określonego w § 1 lub 2 orzeka się zakaz prowadzenia pojazdów.

Osoby kierujące pojazdami będący pod wpływem alkoholu – dane ujawnione przez Policję w województwie śląskim oraz w całej Polsce (współczynniki na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: J. Sierosławski, Raport na temat *Problemy alkoholowe w województwie śląskim*. op. cit.

Współczynnik osób kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu ujawnionych przez Policję w 2009 r. w województwie śląskim (336 na 100 tysięcy mieszkańców) jest niższy od średniej ogólnopolskiej (454 na 100 tysięcy mieszkańców). Najwyższe wskaźniki występują w województwach: zachodniopomorskim (745 na 100 tysięcy mieszkańców) i lubuskim (821 na 100 tysięcy mieszkańców) – są one ponad dwukrotnie wyższe niż w województwie śląskim.

Osoby kierujące pojazdami pod wpływem alkoholu – dane ujawnione przez Policję z 2009 r. w Polsce i województwie śląskim

Obszar	Liczba ujawnionych kierowców będących pod wpływem alkoholu			Współczynnik na 100 tys. mieszkańców		
	Ogółem	w tym z:		Ogółem	Art. 87 KW	Art. 178 KK
		Art. 87 KW	Art. 178 KK			
POLSKA	173 324	27 878	145 446	454,1	73,0	381,1
Województwo śląskie	15 590	2 826	12 764	335,9	60,9	275,0

Źródło: Ibidem.

W 2009 r. w województwie śląskim odnotowano 764 wypadki drogowe spowodowane przez osoby będące pod wpływem alkoholu oraz 923 osoby ranne i 63 osoby zabite w wyniku tych wypadków.

Wypadki drogowe w województwie śląskim spowodowane przez osoby będące pod wpływem alkoholu oraz liczba rannych i zabitych w wyniku tych wypadków

Rok	Wypadki	Ranni	Zabici
2006	852	1 052	48
2007	801	977	47
2008	793	929	50
2009	764	923	63

Źródło: J. Sierosławski, Raport na temat *Problemy alkoholowe w województwie śląskim. Analiza danych za lata 2000-2009* na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Pod względem odsetka wypadków drogowych spowodowanych przez osoby będące pod wpływem alkoholu oraz odsetka rannych, sytuacja w województwie śląskim nie odbiega od średniej krajowej. Odsetki te kształtują się na poziomie ok. 13% i są względnie stałe w poszczególnych latach. Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku osób zabitych. W województwie śląskim odsetek ten podlega dość znacznym fluktuacjom. W latach 2006-2008 był on niższy od ogólnopolskiego, natomiast w 2009 roku znacznie wzrósł, do poziomu przewyższającego średnią krajową.

Odsetki wypadków drogowych związanych z alkoholem i ich ofiar wśród wszystkich wypadków drogowych w latach 2006-2009

Rok	Wypadki		Ranni		Zabici	
	woj. śląskie	Polska	woj. śląskie	Polska	woj. śląskie	Polska
2006	13,8	13,6	13,6	13,5	11,2	13,5
2007	12,7	13,1	12,4	13,0	9,9	13,9
2008	13,4	13,0	12,7	12,9	11,0	13,8
2009	13,7	12,1	13,5	12,1	15,2	12,5

Źródło: Ibidem.

Nietrzeźwość pracownicza

W wielu zakładach pracy występują, z różnym nasileniem, problemy związane z alkoholem i przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych. Wpływa to niekorzystnie na efektywność pracy. Gorsza efektywność wynika m.in. z większej o co najmniej 30% absencji, dwu- a nawet trzykrotnie większej wypadkowości, spadku wydajności, niewłaściwej jakości wyrobów.²⁹ Nietrzeźwość pracownicza była przedmiotem badania ankietowego przeprowadzonego w województwie śląskim w 2005 i 2008 r. W 2008 r. picie w miejscu i czasie pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało 5,4% badanych, którzy byli zatrudnieni w tym okresie. Analogiczny odsetek w 2005 r. wynosił 6,8%. rozpowszechnienie tego zjawiska jest zróżnicowane w zależności od cech społeczno-demograficznych. W 2008 r. odsetek badanych przyznających się do nietrzeźwości pracowniczej był wyższy wśród mężczyzn, osób w wieku od 18-39 lat, z wykształceniem wyższym.³⁰

Nietrzeźwość publiczna

Konsumpcja alkoholu w miejscach publicznych, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jest zabroniona pod karą grzywny. Poważne problemy mogą mieć również osoby nietrzeźwe zatrzymane przez policję lub straż miejską, które swoim zachowaniem zakłócają porządek w miejscach publicznych lub tworzą zagrożenie dla swojego życia lub zdrowia względnie życia lub zdrowia innych osób. Większość z nich umieszczanych jest w izbie wytrzeźwień lub w policyjnym pomieszczeniu dla osób nietrzeźwych. Na terenie województwa śląskiego działa 11 izb wytrzeźwień. W 2008 r. trafiło do nich łącznie 53 436 osób. Współczynniki zatrzymanych na 100 tys. mieszkańców w województwie śląskim są wyższe od ogólnopolskich, co wynika z większego nasycenia obszaru województwa izbami wytrzeźwień.

²⁹ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, 2009, s. 351.

³⁰ *Wzory konsumpcji alkoholu w województwie śląskim...* op. cit.; *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania...* op. cit.

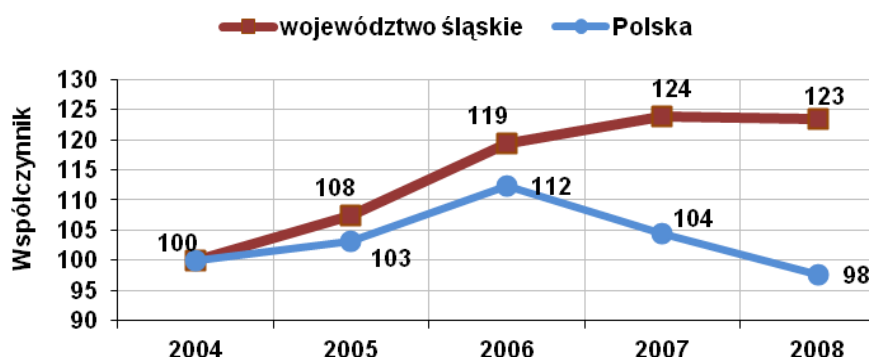
Zatrzymani w izbach wytrzeźwień w latach 2004-2008 w województwie śląskim i w całym kraju

Rok	Województwo śląskie		Polska	
	Liczba	Współczynnik na 100 tys.	Liczba	Współczynnik na 100 tys.
2004	43 312	921,4	230 184	603,0
2005	46 544	993,3	237 312	621,9
2006	51 730	1 107,9	258 832	678,9
2007	53 673	1 153,2	240 274	630,4
2008	53 436	1 150,2	224 623	589,0

Źródło: Ibidem.

Współczynniki dynamiki liczby osób zatrzymanych w izbach wytrzeźwień w województwie śląskim wskazują trend wzrostowy w latach 2004-2007 oraz stabilizację w 2008 roku. W skali kraju w latach 2004-2006 także notowano wzrost, ale od 2007 roku nastąpiło odwrócenie trendu, co może wynikać z tendencji do likwidacji izb wytrzeźwień w niektórych miastach.

Zatrzymani w izbach wytrzeźwień województwa śląskiego i całego kraju w latach 2004-2008 – współczynniki dynamiki (dane za 2004 rok = 100)



Źródło: Ibidem.

Wśród pensjonariuszy izb wytrzeźwień dominują mężczyźni. W skali kraju kobiety stanowiły w 2008 roku 7,2%, a w województwie śląskim 8,6%.

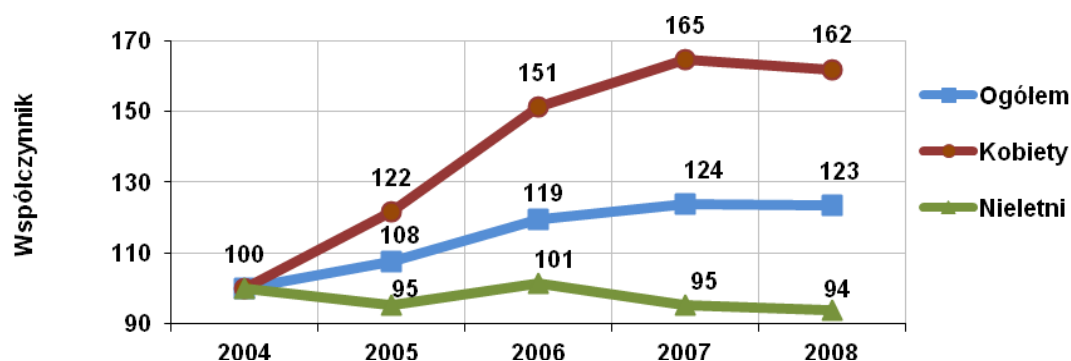
Kobiety zatrzymane w izbach wytrzeźwień województwa śląskiego i całego kraju w latach 2004-2008

Rok	Województwo śląskie		Polska	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek
2004	2 843	6,6	13 207	5,7
2005	3 456	7,4	15 160	6,4
2006	4 300	8,3	17 475	6,8
2007	4 677	8,7	17 264	7,2
2008	4 603	8,6	16 086	7,2

Źródło: Ibidem.

Zarówno w województwie śląskim jak i w skali kraju odsetek kobiet zatrzymanych w izbach wytrzeźwień wykazuje wyraźny trend wzrostowy. Między 2004 a 2008 r. odsetek ten wzrósł w województwie z 6,6% do 8,6%, a na poziomie kraju z 5,7% do 7,2%.

Zatrzymani w izbach wytrzeźwień w latach 2004-2008 w województwie śląskim współczynniki dynamiki dla kobiet, niepełnoletnich i ogółu zatrzymanych (dane za 2004 r. = 100)



Źródło: Ibidem.

Najwyższe współczynniki zatrzymanych w izbach wytrzeźwień występują w Jaworznie, Tychach i Sosnowcu.

Zatrzymani w izbach wytrzeźwień w miastach województwa śląskiego w 2008 r.

Miasto	Liczba zatrzymanych	Współczynnik na 100 tys.	Odsetek zatrzymanych 3 razy lub więcej
Bielsko-Biała	6 244	3 554	3,0
Bytom	4 642	2 525	7,0
Chorzów	4 087	3 607	59,1
Częstochowa	4 786	1 989	4,5
Gliwice	2 814	1 431	14,5
Jaworzno	4 581	4 811	6,0
Katowice	4 986	1 610	2,5
Ruda Śląska	3 578	2 486	30,7
Sosnowiec	8 903	4 024	3,0
Tychy	5 837	4 508	22,2
Zabrze	2 978	1 581	11,1

Źródło: Ibidem.

Inne przypadki naruszania prawa przez osoby będące pod wpływem alkoholu³¹

Statystyki policyjne wskazują na istotny związek między stanem trzeźwości a popełnianymi przestępstwami. W 2009 r. w województwie śląskim w wybranych kategoriach przestępstw, w których badany jest stan trzeźwości sprawcy, zarejestrowano następujące zależności:

- zabójstwo – ogółem podejrzanych dorosłych było 97 osób, z tego 52 osoby nietrzeźwe, co stanowiło 53,6% ogółu podejrzanych w tej kategorii,
- uszczerbek na zdrowiu – ogółem podejrzanych dorosłych było 952 osoby, z tego 317 osób nietrzeźwych, co stanowiło 33,3% ogółu podejrzanych w tej kategorii,
- udział w bójce lub w pobiciu – ogółem podejrzanych dorosłych było 2 037 osób, z tego 770 osób nietrzeźwych, co stanowiło 37,8% ogółu podejrzanych w tej kategorii,
- zgwałcenia – ogółem podejrzanych dorosłych było 90 osób, z tego 31 osób nietrzeźwych, co stanowiło 34,4% ogółu podejrzanych w tej kategorii,
- rozbój, kradzież i wymuszenia rozbójnicze – ogółem podejrzanych dorosłych było 1 733 osoby, z tego 584 osoby nietrzeźwe, co stanowiło 33,7% ogółu podejrzanych w tej kategorii,
- uszkodzenie rzeczy – ogółem podejrzanych dorosłych było 1 870 osób, z tego 969 osób nietrzeźwych, co stanowiło 51,8% ogółu podejrzanych w tej kategorii,

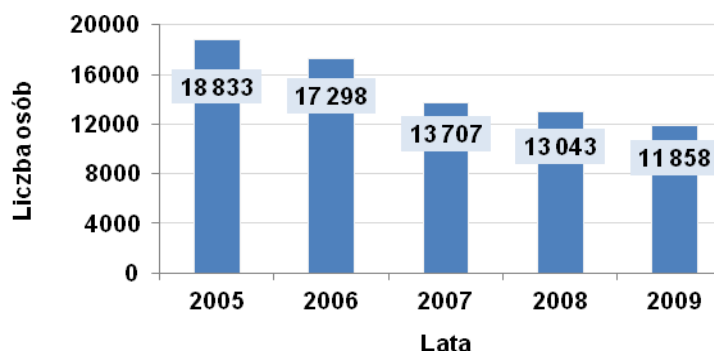
³¹ Sprawozdanie z zakresu rozpoznania i profilaktycznej pracy policji na rzecz zapobiegania demoralizacji nieletnim oraz patologiom społecznym w województwie śląskim w 2009 roku, Komenda Wojewódzka Policji Wydział Prewencji, Katowice, styczeń 2010 rok.

- przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu – ogółem podejrzanych dorosłych było 1 487 osób, z tego 1 097 osób nietrzeźwych, co stanowiło 73,8% ogółu podejrzanych w tej kategorii.

Przemoc domowa

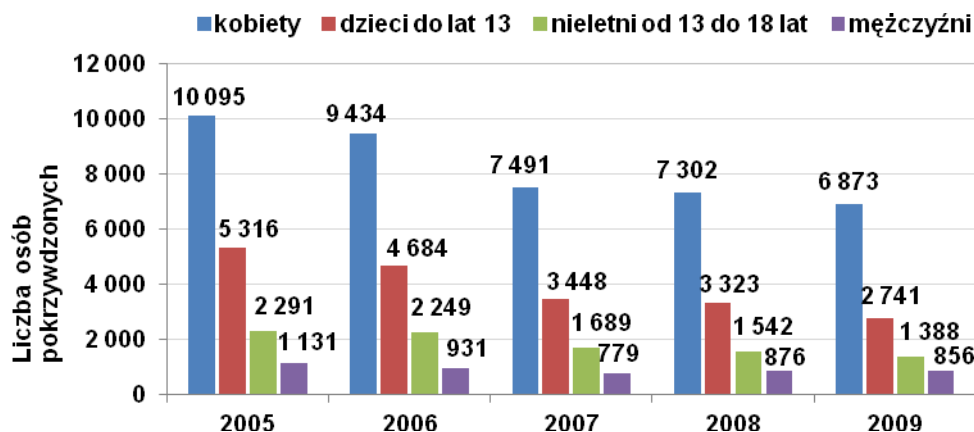
Liczba osób pokrzywdzonych w wyniku przemocy domowej w województwie śląskim w 2009 r. wynosiła 11 858. Wśród ofiar przemocy domowej w 2009 r. najliczniejszą grupę stanowiły kobiety (6 873 osoby – 58%), w dalszej kolejności osoby nieletnie do ukończenia 13 roku życia (2 741 osoby – 23%) oraz osoby niepełnoletnie pomiędzy 13 a 18 rokiem życia (1 388 osób – 11,7%) i mężczyźni (856 osób – 7,2%).

Osoby pokrzywdzone w wyniku przemocy domowej w województwie śląskim w latach 2000-2007



Źródło: Śląska Komenda Wojewódzka Policji.

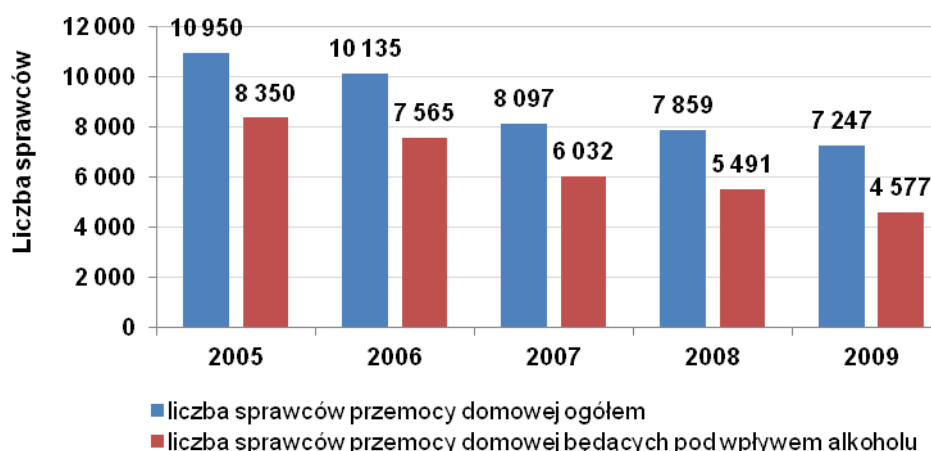
Osoby pokrzywdzone w wyniku przemy domowej w województwie śląskim w latach 2005-2009 wg kategorii społecznych



Źródło: Ibidem.

W 2009 r. odnotowano 7 247 sprawców przemy domowej, wśród których najliczniejszą grupę (95%) stanowili mężczyźni. W tym samym roku liczba sprawców przemy domowej dokonujących przestępstw pod wpływem alkoholu wyniosła 4 577, co stanowi ponad 63% ogólnej liczby sprawców przemy domowej.

Sprawcy przemy domowej dokonujący przestępstw pod wpływem alkoholu w województwie śląskim w latach 2000-2007



Źródło: Ibidem

1.9. Problemy społeczno-ekonomiczne związane z alkoholem

Marginalizacja społeczna osób z problemem alkoholowym i ich rodzin

Osoby uzależnione na skutek postępującej degradacji psychofizycznej tracą zdolność do efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych, tracą posiadane miejsca pracy i mają ograniczone zdolności do skutecznego poszukiwania zatrudnienia. Proces ten w istotny sposób wpływa na rozmiary zjawiska bezrobocia i ubóstwa. W części przypadków prowadzi to do radykalnego zrywania więzów z najbliższym otoczeniem, utraty podstawowych źródeł wsparcia, a także bezdomności.³²

Szkody zdrowotne i psychospołeczne powstałe z powodu nadużywania alkoholu ponoszą nie tylko osoby uzależnione, lecz również dorośli oraz dzieci przebywające w ich bezpośrednim otoczeniu. Zachowanie osób uzależnionych często nacechowane przemocą, agresją, zaniedbywaniem podstawowych obowiązków rodzinnych przyczynia się do destrukcji życia ich rodzin, obejmującej zjawisko pauperyzacji, zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego oraz stygmatyzacji społecznej.³³

W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się dzieci w rodzinach alkoholowych, które często doświadczają nie tylko ubóstwa, ale również istotnych zaburzeń emocjonalnych i zakłóceń rozwoju psychofizycznego. Przyczynia się to do powstawania problemów w nauce, w części przypadków do obniżenia poziomu wykształcenia, z czego wynikają potem ograniczone zdolności do aktywnego funkcjonowania na rynku pracy. Życie w chronicznym stresie, zagrożeniu i przemocy może prowadzić do zaburzeń zachowania i związanych z nim naruszeń prawa oraz porządku publicznego, które sprzyjają procesowi wykluczenia społecznego.³⁴

W literaturze przedmiotu mówi się także o tzw. międzypokoleniowym przenoszeniu alkoholizmu. Prawdopodobieństwo, że dzieci alkoholików same również zostaną alkoholikami jest cztery razy większe niż w przypadku innych dzieci, w przypadku wnuków alkoholików ryzyko to wzrasta trzykrotnie. Córki alkoholików są bardziej od innych dziewcząt skłonne poślubić alkoholików, powtarzając tym samym bolesny cykl w następnych pokoleniach.³⁵

³² www.parpa.pl

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Bryan E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa 1998.

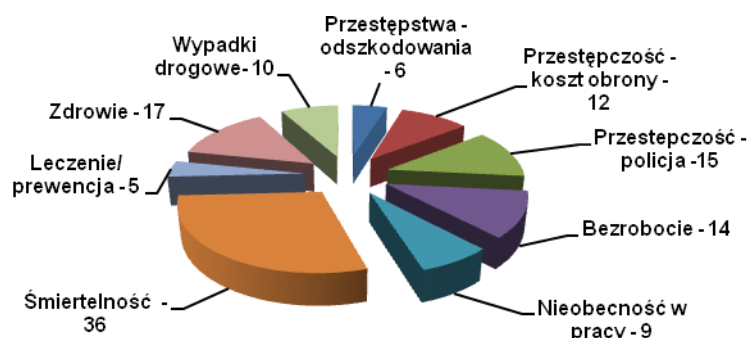
W 2009 r. świadczenia pomocy społecznej w województwie śląskim z powodu problemów alkoholowych przyznano 3 889 rodzinom, tj. 5,4% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej. Współczynniki na 100 tys. mieszkańców rodzin objętych pomocą z powodu problemu alkoholowego wyniósł 303,9, co plasuje województwo śląskie na trzecim miejscu w kraju.

Społeczno-ekonomiczny koszt spożywania alkoholu

Oszacowanie ekonomicznego aspektu polskich problemów alkoholowych, czyli wysokości strat związanych z obecnością alkoholu w naszym życiu, jest trudnym zadaniem. Dotychczas w Polsce nie były realizowane takie badania. Zostały one zaplanowane do realizacji w projekcie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

Ogólny wyrażalny w pieniądzu koszt alkoholu poniesiony przez społeczeństwo Unii Europejskiej w 2003 r. został oszacowany na kwotę 125 mld euro, co stanowiło 1,3% produktu narodowego brutto UE. Koszty niewyrażalne wprost w pieniądzu (takie jak ból, cierpienie, czyny przestępcze, czy utrata zdrowia) wyniosły 27 mld euro (przy czym, wg innych sposobów oceniania szkód koszty te szacowano pomiędzy 150 mld a 760 mld euro).³⁶

Wymierne koszty spożywania alkoholu w Europie w podziale na koszty składowe w mld euro



Źródło: P. Anderson, B. Baumberg, op. cit.

³⁶ P. Anderson, B. Baumberg, ... op. cit., str. 45.

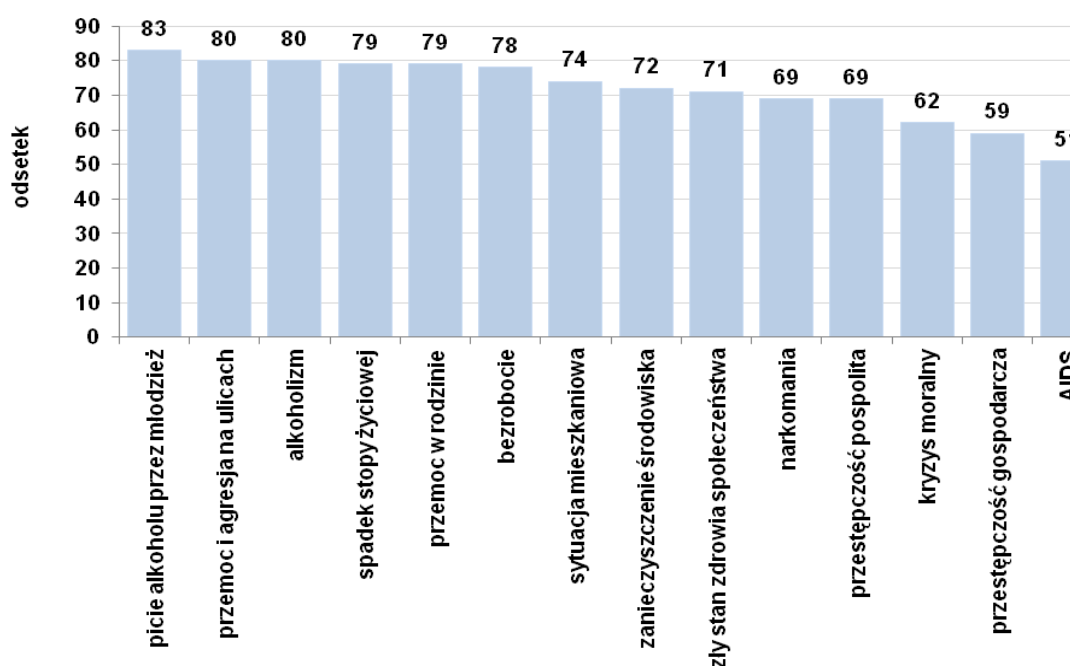


Produkt krajowy brutto w Polsce w roku 2008, według Głównego Urzędu Statystycznego, wyniósł 1 275 432 mln zł. Oznacza to, iż koszty ekonomiczne (koszty leczenia, wypadków drogowych, zaangażowania wymiaru sprawiedliwości, systemu pomocy społecznej i ubezpieczeń; przedwczesna umieralność; spadek wydajności pracy i wiele innych) związane z używaniem i nadużywaniem alkoholu w Polsce można szacować na poziomie około 16 580,616 mln zł. Wpływy z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych w 2001 r. wyniosły ok. 6,8 mld zł, a 2009 r. ok. 10 mld zł.

Postrzeżenie problemów alkoholowych przez mieszkańców województwa śląskiego

W badaniu *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania* przeprowadzonym w 2008 r., 83% mieszkańców województwa śląskiego za najważniejszy problem społeczno-gospodarczy uznało picie alkoholu przez młodzież. Alkoholizm oraz przemoc i agresja na ulicach uplasowały się na 2 pozycji – za ważny problem społeczny uznało je 80% respondentów. Na trzecim miejscu znalazła się przemoc w rodzinie (79%).

Hierarchia ważności problemów społecznych w opinii mieszkańców województwie śląskim w %



Źródło: M. Józko, *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania ...* op. cit.



2. Zasoby instytucjonalne w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim

2.1. Lecznictwo odwykowe

Podstawy prawne systemu leczenia odwykowego w Polsce

Specjalistyczne leczenie odwykowe w Polsce działa w oparciu o następujące akty prawne:

- art. 21 *ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*³⁷,
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2000 roku, Nr 3, poz. 44 ze zm.)*.

Na podstawie wyżej wymienionych aktów prawnych, leczenie osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin prowadzą zakłady leczenia odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej.

Zakłady leczenia odwykowego w województwie śląskim

W systemie leczenia odwykowego funkcjonują 4 rodzaje zakładów³⁸:

- Placówki ambulatoryjne – przychodnie/poradnie realizujące program terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Pacjent uczestniczy 2-3 razy w tygodniu w terapii grupowej i indywidualnych sesjach z terapeutą. Leczenie obejmuje opiekę lekarską i psychologiczną.
- Placówki stacjonarne – całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu. Pobyt obejmuje: diagnostykę uzależnienia i współistniejących zaburzeń zdrowia somatycznego wywołanych przeważnie nadużywaniem alkoholu, leczenie farmakologiczne tych zaburzeń oraz udział w programie terapii uzależnienia.

³⁷ Op. cit.

³⁸ K. Dąbrowska, D. Zwierzchowski, *Przewodnik do procedury zobowiązania do leczenia odwykowego*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006, s. 28.

- Oddziały dzienne – forma pośrednia pomiędzy oddziałem całodobowym a przychodnią. Pacjent zgłasza się do oddziału codziennie (w dni robocze). Przebywa w oddziale ok. 7-8 godzin dziennie, na noc udaje się do domu.
- Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych³⁹ – całodobowe oddziały, które leczą tzw. zespoły abstynencyjne występujące u osób uzależnionych od alkoholu, które z różnych względów zaprzestają picia lub zmniejszają spożycie alkoholu. Pierwsze objawy pojawiają się wtedy, gdy znacząco obniża się stężenie alkoholu we krwi tj. zazwyczaj po kilku – kilkunastu godzinach po ostatnim spożyciu alkoholu.

W 2010 r. w województwie śląskim funkcjonowało w sumie 76 zakładów lecznictwa odwykowego, w tym: 49 poradni i przychodni, 14 oddziałów dziennych, 7 oddziałów całodobowych, 6 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.⁴⁰

Liczba poszczególnych typów placówek lecznictwa odwykowego w województwie w latach 2005-2010

Typ placówki	Liczba placówek w poszczególnych latach					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Poradnia /Przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	51	51	53	50	48	49
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu (DOTU)	12	13	12	15	14	14
Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu (COTUA)	6	7	7	7	7	7
Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA)	5	6	6	6	6	6
Suma	74	77	78	78	75	76

Źródło: Dane z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gorzycach.

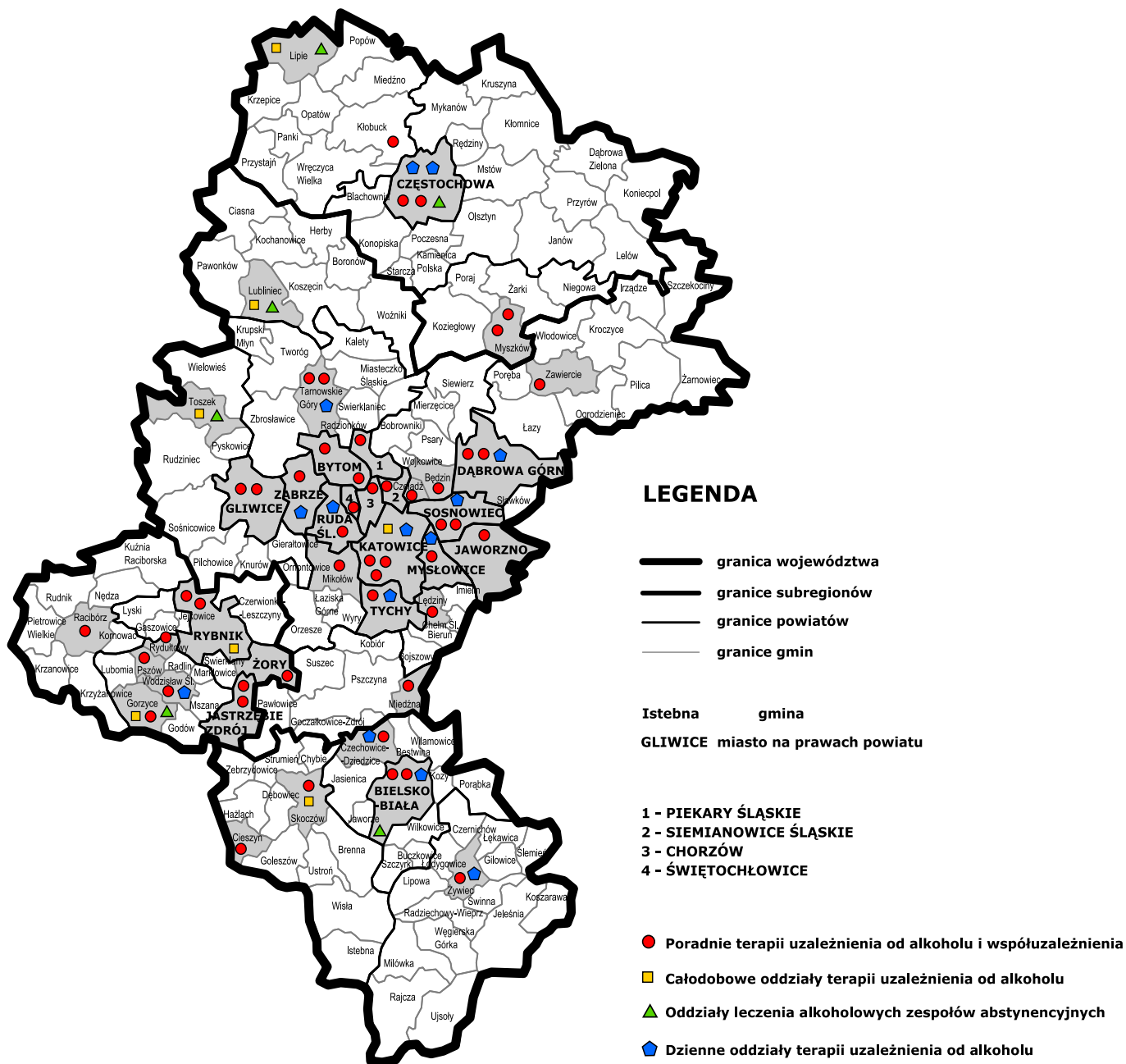
³⁹ Definicja zaczerpnięta z portalu internetowego Lecznictwo Odwykowe, www.leczenieodwykowe.pl

⁴⁰ Wykaz zakładów lecznictwa odwykowego funkcjonujących na terenie województwa śląskiego jest załączony do niniejszego programu

Sieć placówek ambulatoryjnych leczenia odwykowego dość równomiernie pokrywa cały obszar województwa. W każdym mieście na prawach powiatu grodzkiego działa co najmniej jedna poradnia lub przychodnia. Na podstawie rozmieszczenia trudno jednak wypowiadać się o faktycznej dostępności wartościowej pomocy terapeutycznej. Placówki te są bardzo zróżnicowane pod względem oferty terapeutycznej, kwalifikacji personelu, środków materialnych, a przede wszystkim ilości świadczeń zakupionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pod pojęciem poradni czy przychodni mieszczą się zarówno instytucje pracujące 6 dni w tygodniu po kilkanaście godzin dziennie, dysponujące wieloosobowymi zespołami terapeutycznymi, jak i placówki w praktyce jednoosobowe, otwarte kilka razy w tygodniu i dysponujące kontraktem kilkuset porad.

Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Zakłady leczenia odwykowego w województwie śląskim



Źródło: Wojewódzko Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gorzycach.

Oferta świadczeń zdrowotnych placówek leczenia odwykowego

Zakłady leczenia odwykowego realizują programy psychoterapii uzależnień i współuzależnień oraz udzielają indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych. Świadczenia te obejmują:

- działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia lub współuzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych,
- postępowanie medyczne ukierunkowane na leczenie szkód zdrowotnych, w szczególności: leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach leczenia odwykowego jest psychoterapia uzależnienia. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii uzależnienia wynosi od 18 do 24 miesięcy. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych – od czterech do sześciu miesięcy. Po zakończeniu podstawowego etapu programu pacjenci kierowani są w celu kontynuowania leczenia do pogłębionej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych. Hospitalizacja w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych nie przekracza 10 dni. W tym czasie pacjenci poddawani są terapii farmakologicznej i motywowani do podjęcia leczenia w podstawowym programie terapii uzależnienia.⁴¹

⁴¹ J. Fudała, *Lecznictwo odwykowe w Polsce w latach 2005-2006*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2007, s. 51.



Zadania realizowane przez placówki leczenia odwykowego w województwie śląskim w 2008 r.⁴²

Zadanie	Odsetek placówek realizujących zadanie
Działania medyczne, diagnostyczne i motywujące	
Diagnoza medyczna	93,94
Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych	39,39
Diagnoza problemowa	89,39
Badania psychologiczne	69,70
Kierowanie na badania laboratoryjne	84,85
Kontakt wstępny motywacyjny	93,94
Grupy wstępne	89,39
Podstawowy program terapii	
Oddziaływania wzmacniające motywację do zmiany – analiza zysków i strat	86,36
Praca nad rozpoznaniem własnego uzależnienia (autodiagnoza)	86,36
Praca nad planowaniem zdrowia	92,42
Nauka umiejętności utrzymywania wczesnej abstynencji	89,39
Pogłębiony program terapii uzależnienia	
Praca nad wzmocnieniem zasobów i poczucia skuteczności pacjentów	69,70
Terapia zaburzeń emocjonalnych	46,97
Trening zachowań konstruktywnych	75,76
Inne programy i treningi dla uzależnionych	57,58
Praca nad zapobieganiem nawrotom	81,82

Źródło: *Raport o stanie leczenia odwykowego w województwie śląskim w 2008 roku*, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gorzycach, s. 34-36.

Personel placówek leczenia odwykowego

W 2008 r. w zakładach leczenia odwykowego na terenie województwa śląskiego zatrudnionych było 385 pracowników merytorycznych. Ponad połowę tej grupy stanowili terapeuci, w tym zatrudnienia na: stanowisku specjalisty psychoterapii uzależnień – 34,3%; na stanowisku instruktora terapii uzależnień – 19,7%; na stanowiskach młodszych asystentów, asystentów i starszych asystentów – 9,4% (są to osoby w trakcie specjalizacji z psychiatrii lub psychoterapii). Pozostałą część pracowników, zatrudnionych w przeważającej części w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, stanowili lekarze pracujący na

⁴² *Raport* opracowany przez S. Wolnego, na podstawie ankiety „Lecznictwo odwykowe w 2008 roku” z 66 placówek leczenia odwykowego (tj. 82,5% ogółu tego typu placówek w województwie śląskim).



stanowisku specjalistów (psychiatrzy, interniści, neurologzy, anestezjolodzy) – 11,2% oraz pielęgniarki – 4,9%.⁴³

W myśl zapisów § 18 ust. 2 i 3 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu*, osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia powinny posiadać kwalifikacje zawodowe uzyskane w specjalistycznych programach szkoleniowych w zakresie terapii uzależnień, potwierdzone certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. Zasady realizacji programów szkoleniowych oraz system wydawania certyfikatów opracowuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii. Program szkoleniowy obejmuje następujące etapy:

- etap pierwszy: szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia w wymiarze nie mniejszym niż 650 godzin zajęć dydaktycznych,
- etap drugi: staż kliniczny w placówce terapii uzależnień w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych,
- etap trzeci: superwizja kliniczna dla celów szkoleniowych w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin zajęć dydaktycznych.⁴⁴

Certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień można uzyskać po ukończeniu programu szkoleniowego oraz zdaniu egzaminu potwierdzającego nabytą wiedzę i umiejętności.

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

Zgodnie z zapisami art. 22 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, zarząd województwa organizuje na obszarze województwa wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia. W świetle zapisów § 5 ust. 1 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu*,

⁴³ Ibidem, s. 40.

⁴⁴ Program uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego (znowelizowany dnia 12.10.2009 roku), dostępny na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – www.parpa.pl



zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu, do zadań tego ośrodka należy w szczególności:

- wykonywanie zadań przychodni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla ludności określonego terenu,
- udzielanie konsultacji specjalistycznych dla zakładów leczenia odwykowego,
- koordynacja pracy zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa,
- działalność metodyczno-organizacyjna w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów oraz leczenia odwykowego na terenie województwa, a także ocena tych danych,
- inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w leczeniu odwykowym oraz osób współdziałających z zakładami leczenia odwykowego w realizacji zadań programowych, w tym organizowanie staży i szkoleń.

Na podstawie § 5 ust. 1 cytowanego rozporządzenia, do zadań kierownika wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia należy w szczególności:

- 1) koordynacja wdrażania rozporządzenia na terenie województwa,
- 2) koordynacja działalności zakładów leczenia odwykowego związana z zapewnianiem dostępności świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych i współuzależnionych,
- 3) ocena jakości świadczeń udzielanych przez zakłady leczenia odwykowego na terenie województwa oraz wnioskowanie o realizację programów naprawczych,
- 4) wnioskowanie o konieczności podjęcia doskonalenia zawodowego pracowników,
- 5) współpraca z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz ze specjalistą krajowym w dziedzinie terapii uzależnień.

W województwie śląskim funkcję takiego ośrodka pełni Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTU AiW), który jest jednostką organizacyjną Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego z siedzibą w Gorzycach.

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gorzycach prowadzi działalność metodyczną, organizacyjną i koordynacyjną polegającą m.in. na: zbieraniu, opracowywaniu i ocenie w formie raportu danych statystycznych

dotyczących stanu leczenia odwykowego na terenie województwa śląskiego, udzielaniu konsultacji specjalistycznych dla zakładów leczenia odwykowego, prowadzeniu internetowej bazy zakładów leczenia odwykowego. Ponadto organizuje szkolenia dla pracowników zakładów leczenia odwykowego oraz innych grup zawodowych realizujących zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym lekarzy, nauczycieli, pracowników socjalnych, pedagogów i psychologów. Działalność ta, jak również ewentualne remonty i doposażenie Ośrodka w sprzęt i materiały niezbędne do prawidłowego funkcjonowania są finansowane ze środków budżetu województwa śląskiego w formie udzielanej corocznie dotacji.

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej

Do zadań placówek udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (przychodni, ośrodków zdrowia i poradni) w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień od alkoholu należą w szczególności:

- 1) wczesne rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu przez osoby nieuzależnione i wynikających z tego szkód zdrowotnych oraz podejmowanie interwencji w celu ograniczenia picia alkoholu przez tych pacjentów,
- 2) stosowanie procedur przesiewowych służących wczesnemu wykrywaniu uzależnienia od alkoholu i kierowanie osób z podejrzeniem uzależnienia do konsultacji w poradniach lub przychodniach leczenia odwykowego,
- 3) leczenie osób doznających szkód zdrowotnych z powodu picia alkoholu oraz udzielanie podstawowych świadczeń leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu i współuzależnionym.

Realizacja zadań wymienionych w 1 i 2 punkcie sprawia dużą trudność zarówno lekarzom jak i pielęgniarcom. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych w województwie śląskim w 2008 r. 92% respondentów zadeklarowało, wówczas że w okresie ostatniego roku poprzedzającego badanie lekarz nie pytał ich o ilość spożywanego alkoholu, a jedynie 2% mieszkańców przyznała, że lekarz zalecił im ograniczenie ilości spożywanego alkoholu.⁴⁵ Jako przyczyny tej sytuacji pracownicy POZ podają: brak czasu, niedostateczne przygotowanie merytoryczne, obawę przed antagonizowaniem pacjenta, nieprzystawalność

⁴⁵ *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*, op. cit.



interwencji dotyczących problemów alkoholowych do profilu działania podstawowej opieki zdrowotnej oraz przekonanie, że osoby pijące problemowo nie są w stanie pozytywnie reagować na interwencje⁴⁶.

W realizacji powyższych zadań placówki podstawowej opieki zdrowotnej powinny współdziałać z poradniami dla osób z problemami alkoholowymi oraz z przychodniami terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, a także z punktami konsultacyjno-informacyjnymi tworzonymi przez organy samorządu terytorialnego oraz organizacje społeczne. Zalecane procedury służące wczesnemu wykrywaniu problemów alkoholowych oraz interwencji opracowuje i upowszechnia Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

2.2. Samorządy gminne

Podstawy prawne działalności gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Zgodnie z zapisami art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz. U z 2007 roku Nr 70 poz. 473 ze zm.), prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. W szczególności zadania te obejmują:

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej 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;

⁴⁶ J. Fudała, *Lecznictwo odwykowe w Polsce w latach 2005-2006*, Warszawa 2007, s. 5.

- 4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- 5) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego⁴⁷;
- 6) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Gminne Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Realizacja wyżej wymienionych zadań jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy, realizowanego przez ośrodek pomocy społecznej lub inną jednostkę wskazaną w programie.

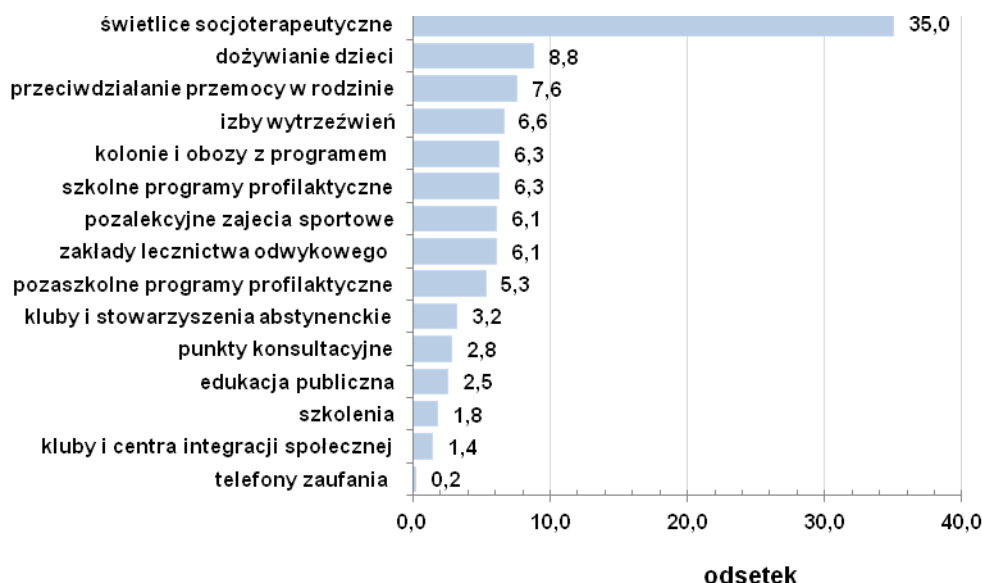
Na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych gminy dysponują środkami finansowymi pochodzącymi z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. W 2009 roku do gmin województwa śląskiego wpłynęły z tego tytułu środki finansowe w łącznej kwocie 85 294 511,00 zł, z czego wydatkowano 74 517 585,00 zł (87%), w tym 69 607 392,00 zł na przeciwdziałanie alkoholizmowi oraz 4 910 193,00 zł na zwalczanie narkomanii. Największą ilością środków, pochodzących z opłat za zezwolenia, dysponowały miasta na prawach powiatu, w tym: Katowice – 7 087 886,64 zł, Częstochowa – 4 362 275,67 zł, Bielsko-Biała – 4 150 407,92 zł, Sosnowiec – 4 071 579,06 zł.⁴⁸

W strukturze wydatków gmin w obszarze przeciwdziałania alkoholizmowi dominują zadania z zakresu profilaktyki adresowane do dzieci i młodzieży.

⁴⁷ Przepisy te dotyczą zakazu reklamy i promocji napojów alkoholowych, z wyjątkiem piwa, którego reklama i promocja jest dozwolona pod pewnymi warunkami oraz sprzedaży i podawania napojów alkoholowych osobom, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości, osobom do lat 18, na kredyt lub pod zastaw.

⁴⁸ Regionalna Izba Obrachunkowa w Katowicach.

Struktura wydatków gmin województwa śląskiego w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2008 roku



Źródło: *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2008 roku. Zestawienia statystyczne*, PARPA, Warszawa.

Z raportów nt. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych na obszarze województwa śląskiego” wynika, że samorzady w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień realizują następujące zadania:

- wspierają finansowo działalność zakładów leczenia odwykowego (poprzez zakup dodatkowych świadczeń i programów zdrowotnych, finansowanie dodatkowego zatrudnienia, doposażenie placówek, dofinansowanie remontów i inwestycji),
- przeciwdziałają przemocy w rodzinie poprzez:
 - tworzenie i finansowanie specjalistycznych miejsc pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie (punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej, grup wsparcia),
 - stworzenie oferty programów edukacyjno-korekcyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie,
 - budowanie lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
 - realizację programów profilaktyki przemocy w rodzinie,
 - podnoszenie kompetencji służb w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

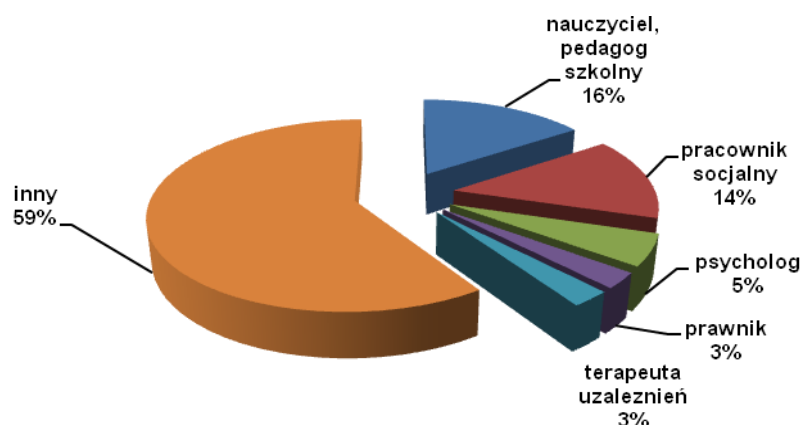


- wspierają finansowo działalność punktów konsultacyjnych, organizacji pozarządowych, centrów i klubów integracji społecznej oraz telefonów zaufania,
- prowadzą profilaktyczną działalność informacyjną i edukacyjną, w szczególności dla dzieci i młodzieży. Metodami służącymi realizacji tego celu są przede wszystkim:
 - organizowanie i finansowanie szkolnych i pozaszkolnych programów profilaktycznych,
 - organizowanie i finansowanie zajęć edukacyjnych dla rodziców,
 - organizowanie i finansowanie programów profilaktyki dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka,
 - kształcenie w dziedzinie profilaktyki pedagogów szkolnych, nauczycieli i wychowawców,
 - prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych,
 - wdrażanie programów interwencyjno-profilaktycznych wobec młodzieży u której pojawiły się problemy alkoholowe.
- udzielają pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym poprzez:
 - tworzenie i finansowanie działalności świetlic opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych dla dzieci, w tym dożywianie dzieci w zajęciach w tego typu placówkach,
 - prowadzenie zajęć i programów socjoterapeutycznych dla dzieci,
 - dofinansowanie kolonii i obozów z programem socjoterapeutycznym lub profilaktycznym,
 - podnoszenie kwalifikacji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą
- edukacja publiczna (np. kampanie, festyny, imprezy profilaktyczne, rozpowszechnianie ulotek i broszur),
- szkolenia,
- badania, diagnozy.

Osoby koordynujące gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

W celu realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wójt, burmistrz, prezydent miasta może powołać pełnomocnika. Według danych pochodzących z samorządów gminnych⁴⁹, w 2008 r. w 156 gminach województwa śląskiego były wyznaczone osoby bezpośrednio odpowiedzialne za koordynację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym 87 osób określiło swoją funkcję jako „pełnomocnik” (56%), a 9 jako „koordynator” (6%).

Zawód osoby odpowiedzialnej za koordynację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim w 2008 roku



Źródło: *Ibidem*.

⁴⁹ *Profilaktyka i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2008 roku. Zestawienie statystyczne.* Dane zawarte w zestawieniu zostały zgromadzone na podstawie opracowanej przez PARPA ankiety PARPA-G1. *Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2008 roku.* Ankietę wypełniło 165 gmin spośród 167 działających w województwie śląskim.



Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych

Zgodnie z zapisami art. 4¹ ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz. U z 2007 roku Nr 70, poz. 473 ze zm.), wójtowie, burmistrzowie, prezydenci miast powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności inicjujące działania w przedmiotowym obszarze oraz podejmujące czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

Według danych uzyskanych na podstawie ankiety PARPA G1⁵⁰, w 2008 roku w 164 samorządach gminnych województwa śląskiego funkcjonowały gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Struktura komisji była zróżnicowana ze względu na liczbę członków, ich przygotowanie merytoryczne oraz liczbę zespołów roboczych. W komisjach pracowały w sumie 1 252 osoby. W skład jednej komisji wchodziło około 8 osób. Komisje w dużych miastach, funkcjonujących na prawach powiatu, liczyły przeciętnie 12 członków, podczas gdy ta wartość dla gmin w powiatach ziemskich wynosiła średnio 7 osób. Liczba osób działających w komisjach jest dość stabilna. Wahania na przełomie ostatnich lat nie przekraczają kilku procent. W 2008 r. gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych roku przeprowadziły rozmowy interwencyjno-motywujące z 8 766 osobami nadużywającymi alkohol. Komisja po bezowocnych staraniach motywujących osobę uzależnioną do podjęcia dobrowolnego leczenia odwykowego powinna wystąpić do właściwego sądu rodzinnego o zobowiązanie takiej osoby do poddania się leczeniu. Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w 2008 r. 4 330 razy wnioskowały do sądów o takie zobowiązania. W 2008 r. komisje przeprowadziły także rozmowy wspierająco-motywujące z 8 531 osobami będącymi członkami rodzin z problemami alkoholowymi.

Niepokojący jest niski poziom wiedzy mieszkańców województwa śląskiego na temat podmiotów świadczących pomoc osobom z problemem alkoholowym. W badaniu przeprowadzonym w 2008 r. jedynie 41% respondentów zadeklarowało, że słyszało o gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Żaden respondent nie korzystał z jej pomocy. Nieco lepiej przedstawia się sytuacja w przypadku punktów informacyjno-

⁵⁰ Ibidem.

konsultacyjnych, o których działalności słyszało 53% mieszkańców województwa. Spośród wymienionych w ankiecie instytucji, najbardziej znane okazały się Grupy Anonimowych Alkoholików (85%), telefon Niebieska Linia (76%) i kluby abstynenckie (68%).⁵¹

2.3. Punkty konsultacyjne dla osób uzależnionych i ich rodzin

Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w systemie pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym, zwłaszcza w gminach, w których nie funkcjonują placówki leczenia odwykowego lub dostęp do nich jest utrudniony (np. ze względu na dużą odległość). Punkty mogą być tworzone przez samorząd terytorialny lub organizacje pozarządowe.

Do podstawowych zadań punktu konsultacyjnego należy:

- 1) motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i osób współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia odwykowego, kierowanie do leczenia specjalistycznego,
- 2) motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych do zmiany szkodliwego wzoru picia,
- 3) udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. poprzez rozmowy, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu w placówce odwykowej),
- 4) rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy,
- 5) inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej, gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.⁵²

⁵¹ *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania* op. cit.

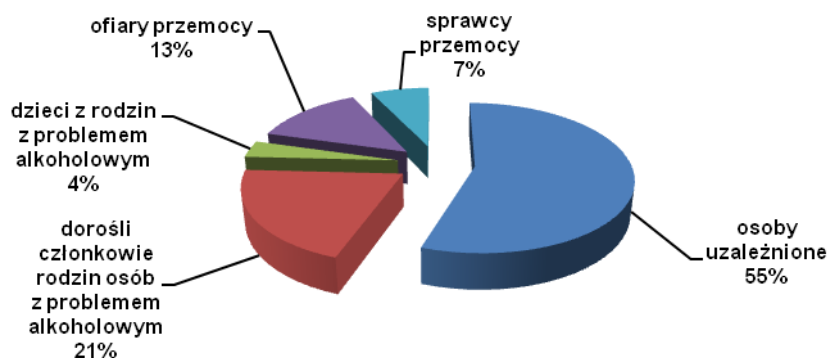
⁵² *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku*, PARPA, Warszawa 2009, s. 18.

Obecnie oferta punktów konsultacyjnych ma charakter bardziej interdyscyplinarny, a ich zadaniem jest zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków.⁵³

W 2008 roku w Polsce funkcjonowało 2 478 punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym, w tym 161 w województwie śląskim.⁵⁴ Punkty takie działały we wszystkich powiatach ziemskich oraz w większości powiatów grodzkich. Najwięcej tego typu placówek usytuowanych było w powiatach w północnej i południowej części województwa z utrudnionym dostępem do placówek leczenia odwykowego tj. powiat częstochowski – 13 punktów, powiat bielski i cieszyński – po 11 punktów, powiat kłobucki, raciborski i żywiecki – po 10 punktów.

W 2008 roku punkty udzieliły konsultacji 45 238 osobom, w tym osobom uzależnionym (55%), członkom rodzin z problemem alkoholowym (25%), ofiarom i sprawcom przemocy (20%).⁵⁵

Klienci punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie śląskim w 2008 roku



Źródło: Ibidem.

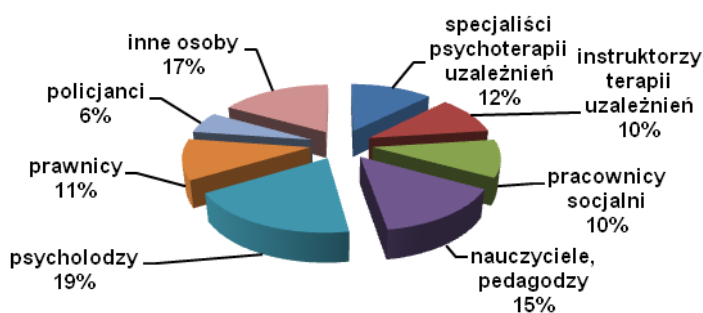
⁵³ Ibidem.

⁵⁴ *Profilaktyka i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2008 roku*, op. cit.

⁵⁵ Ibidem.

Osoby dyżurujące w punkcie powinny być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych problemów, które występują w rodzinie alkoholowej oraz posiadać umiejętności udzielania pomocy psychologicznej, w tym nawiązania kontaktu, przeprowadzenia interwencji kryzysowych, udzielania wsparcia, motywowania, poradnictwa⁵⁶. Rekomendowane jest zatrudnianie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, a jeśli jest to niemożliwe należy zadbać o przeszkolenie personelu oraz nadzór superwizyjny. W 2008 roku w województwie śląskim usługi w punktach konsultacyjnych świadczone były przede wszystkim przez specjalistów i instruktorów terapii uzależnień, psychologów, nauczycieli i pedagogów, prawników, pracowników socjalnych.

Pracownicy punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie śląskim w 2008 roku



Źródło: Ibidem.

2.4. Organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe

Organizacje pozarządowe (fundacje i stowarzyszenia) oraz kościoły i związki wyznaniowe są istotnym partnerem samorządów w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Stanowią one ważne oparcie dla osób uzależnionych od alkoholu – motywują do podjęcia leczenia, wspierają w utrzymaniu abstynencji po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego oraz przeciwdziałają wykluczeniu społecznemu. Podmioty te udzielają także istotnego wsparcia dla członków rodzin z problemem alkoholowym. Świadczą m.in. pomoc psychologiczną,

⁵⁶ Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku, PARPA, Warszawa 2009.



prowadzą placówki dla dzieci i młodzieży (świetlice i kluby), organizują różnorodne zajęcia. Odbiorcami zadań realizowanych przez organizacje pozarządowe są także pozostali członkowie społeczeństwa. Organizacje prowadzą bowiem działania o charakterze profilaktycznym, edukacyjnym oraz informacyjnym skierowane do różnych grup społecznych.

W 2008 roku w województwie śląskim funkcjonowały 83 stowarzyszenia abstynenckie, co plasuje województwo śląskie na pierwszym miejscu pod tym względem w Polsce. Najwięcej tego typu stowarzyszeń działało w Częstochowie – 8, Zabrze – 7, Sosnowcu – 4, Tychach – 4 oraz w powiecie bielskim – 4, cieszyńskim – 4 i żywieckim – 4.

Grupy samopomocowe (wzajemnej pomocy) są dobrowolnymi zgromadzeniami osób, których działanie skierowane jest na wspólne pokonywanie problemów dotyczących ich bezpośrednio albo ich bliskich. Uczestnicy opierają się na własnych doświadczeniach, a nie na wiedzy pochodzącej od profesjonalistów. W grupie samopomocy obowiązuje zasada równości. Uczestnictwo w niej jest dobrowolne, a poruszane w trakcie spotkań sprawy i problemy nie mają prawa wyjść poza grupę. Grupy samopomocy umożliwiają m.in. emocjonalne oraz społeczne oparcie i zrozumienie, rozładowanie emocji, akceptację problemu, doskonalenie umiejętności radzenia sobie z problemem, poszerzenie wiedzy o problemie, naukę nowego sposobu życia.⁵⁷ Najbardziej znanymi **grupami samopomocowymi** dla osób związanych z problemem alkoholowym są:

- **Grupy Anonimowych Alkoholików (AA)** – skupiające osoby uzależnione od alkoholu, realizujące program zdrowienia zawarty w *Dwunastu Krokach*. Sposób organizacji oraz funkcjonowania grup AA określa *Dwanaście Tradycji*. Zgodnie z preambułą tego dokumentu *Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedyńm warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne dobrowolne datki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją, nie angażuje się w żadne publiczne polemiki, nie popiera ani nie zwalcza żadnych poglądów. Naszym podstawowym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu.*⁵⁸

⁵⁷ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia*, op. cit., s. 279-280.

⁵⁸ www.alkoholizm-info.net

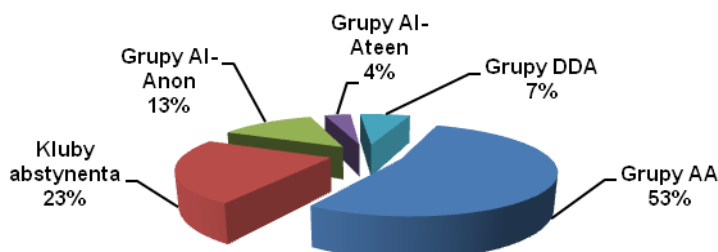
- **Grupy Al-Anon** – skupiające dorosłych członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu (głównie współmałżonków).
- **Grupa Alatot / Preteen Alateen** – skupiające dzieci alkoholików w wieku od 7 do 12 lat.
- **Grupy Al-Ateen** – skupiające starsze dzieci alkoholików (nastolatki).
- **Grupy DDA** – skupiające dorosłe dzieci alkoholików, których specyficzne doświadczenia życiowe ciążą na obecnym życiu.
- **Kluby abstynenta** – gromadzące całe rodziny, które mają problem alkoholowy.

Zadania realizowane przez ww. grupy stanowią ważne uzupełnienie działań terapeutycznych świadczonych przez zakłady leczenia odwykowego.

W 2008 roku w województwie działało łącznie 191 grup Anonimowych Alkoholików, co plasuje województwo śląskie na trzecim miejscu pod tym względem w kraju. Pomoc w grupie Anonimowych Alkoholików najłatwiej można znaleźć w dużych miastach – w Katowicach (31 grup), Bielsku Białej (12 grup) i Zabrzu (13 grup). W powiatach ziemskich najwięcej grup AA funkcjonowało w powiecie bielskim i żywieckim (po 11 grup) oraz cieszyńskim (9 grup).

Grup Al-Anon było ponad czterokrotnie mniej – 47. Wyraźnie więc rysuje się dysproporcja między tymi siostrzanymi ruchami, bowiem populacja członków rodzin alkoholików jest kilkakrotnie liczniejsza od uzależnionych od alkoholu. Pomoc w grupie Al-Anon również najłatwiej można znaleźć w dużych miastach - w Zabrzu (4 grupy) Katowicach i Dąbrowie Górniczej (po 3 grupy). Rozwój ruchów Al-Ateen (13 grup) i DDA (25 grup) ciągle jest w fazie początkowej. Jednocześnie należy zauważyć, że na terenie województwa śląskiego działa największa liczba tego typu grup w skali całego kraju.

Grupy pomocowe i samopomocowe w województwie śląskim w 2008 roku



Źródło: Ibidem.



2.5. Centra integracji społecznej

Centra i kluby integracji społecznej są jednostkami realizującymi zadania z zakresu reintegracji społeczno-zawodowej skierowanymi do osób podlegających wykluczeniu społecznemu, w tym do osób uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego. Szczegółowe zasady funkcjonowania centrów i klubów integracji społecznej określa ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. Nr 122 poz. 1143 ze zm.). Celem działalności centrum integracji społecznej jest:

- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu;
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych;
- nauka planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą;
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Kluby integracji społecznej organizują w szczególności:

- działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia,
- prace społecznie użyteczne,
- roboty publiczne,
- poradnictwo prawne,
- działalność samopomocową w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych.

Centra oraz kluby integracji społecznej mogą być prowadzone przez gminę lub organizację pozarządową. W województwie śląskim funkcjonuje w sumie 5 centrów integracji społecznej oraz 14 klubów integracji społecznej⁵⁹.

⁵⁹ Na podstawie *Bilansu potrzeb w zakresie pomocy społecznej w województwie śląskim za lata 2009-2010*, opracowanego przez ROPS na podstawie danych z ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie działających na terenie województwa śląskiego.

2.6. Placówki pomocy społecznej, w tym wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży

Osoby i rodziny z problemem alkoholowym, w tym również przemocy w rodzinie mogą korzystać ze świadczeń placówek pomocy społecznej, zwłaszcza w 149 gminnych ośrodkach pomocy społecznej, w 19 miejskich ośrodkach pomocy rodzinie (w powiatach grodzkich), w 17 powiatowych centrach pomocy rodzinie (w powiatach ziemskich) oraz w placówkach specjalistycznych. Wśród tych ostatnich można wymienić 18 powiatowych i gminnych ośrodków interwencji kryzysowej (po 9 tego rodzaju placówek prowadzonych przez gminy i powiaty), w tym 15 dla ofiar przemocy w rodzinie. Placówki te służą osobom i rodzinom w sytuacjach uzasadnionych natychmiastową specjalistyczną pomocą psychologiczną, poradnictwem socjalnym lub prawnym, oraz krótkoterminowym schronieniem – bez względu na posiadany dochód. Ważne zadania mają też jednostki specjalistycznego poradnictwa (na terenie województwa śląskiego – 11, w tym 10 specjalistycznego poradnictwa rodzinnego), które prowadzą poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne dla osób i rodzin mających trudności lub wykazujących potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych – również bez względu na posiadany dochód. Placówki te specjalizują się w pomocy rodzinom naturalnym, zastępczym i adopcyjnym oraz w terapii rodzinnej. Funkcjonują jeszcze 3 specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, które świadczą usługi na rzecz ofiar przemocy w rodzinie w zakresie interwencyjnym, bytowym i terapeutyczno-wspomagającym.⁶⁰

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego odgrywają ważną rolę w systemie pomocy dziecku i rodzinie, w tym dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁶¹ wyróżnia dwa rodzaje tego typu placówek:

- opiekuńcze – prowadzone w formie kół zainteresowań, świetlic, klubów, ognisk wychowawczych, które pomagają dzieciom w pokonywaniu trudności szkolnych i organizowaniu czasu wolnego,

⁶⁰ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdania MPiPS-03 za 2009 r.

⁶¹ Ustawa o pomocy społecznej.



- specjalistyczne – realizujące programy psychokorekcyjne lub psychoprofilaktyczne, w tym terapię pedagogiczną, psychologiczną, rehabilitację, resocjalizację np. świetlice socjoterapeutyczne.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego współpracują z osobami i podmiotami działającymi w środowisku lokalnym. Korzystanie z usług tego rodzaju instytucji jest dobrowolne i nieodpłatne.

W 2009 roku w województwie śląskim zarejestrowanych⁶² było 130 placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego. Dysponowały one 5 049 miejscami, a z ich usług skorzystało w całym roku 6 447 osób. Miejsca w tego rodzaju jednostkach stanowiły 66,5% puli miejsc, którymi dysponowały wszystkie rodzaje placówek opiekuńczo-wychowawczych. Na poziomie ponadlokalnym⁶³ z ogólnej liczby 725 miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego 581 należało do jednostek opiekuńczych, natomiast 144 do specjalistycznych.

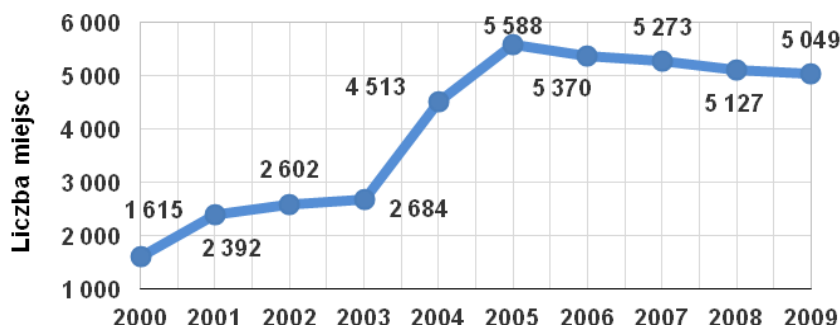
Na przestrzeni lat 2000-2009 mieliśmy do czynienia ze znaczącym wzrostem zarówno poziomu zasobów, jak również liczby klientów. W przypadku liczby placówek wyniósł 382%, liczby miejsc 313%, natomiast jeśli chodzi o liczbę klientów – 399%.

Najwyższą dynamikę wzrostu liczby miejsc odnotowano w latach 2003-2005, kiedy to ich stan zwiększył się z 2 684 do 5 588 (wzrost o 208%) osiągając maksimum w całym okresie 2000-2009. Niestety od tego momentu mamy do czynienia ze zjawiskiem stopniowego zmniejszania się liczby miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego.

⁶² W rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

⁶³ Na poziomie lokalnym brak tego rodzaju danych statystycznych.

Liczba miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego w województwie śląskim w latach 2000-2009



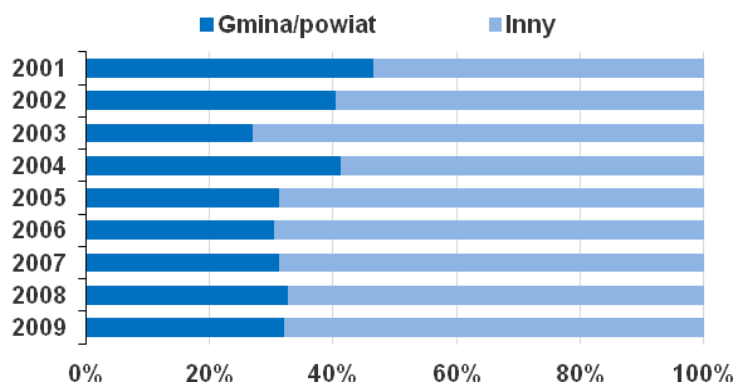
Źródło: Wydział Polityki Społecznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Sprawozdania MPiPS-03 za lata 2000-2009.

Na koniec 2009 r. 3 431 miejsc (68,0%) należało do placówek prowadzonych przez podmioty inne niż gmina czy też powiat - najczęściej przez stowarzyszenia, fundacje oraz kościelne osoby prawne. Dla porównania w roku 2001⁶⁴ było to 1 280 miejsc, które stanowiły 53,5% zasobów tego rodzaju jednostek. Tak więc w latach 2001-2009 mieliśmy do czynienia z dosyć dynamicznym wzrostem zasobów podmiotów niepublicznych.

Kolejną bardzo wyraźną tendencją jaka wystąpiła w tym okresie był znaczny spadek udziału miejsc w placówkach o zasięgu ponadlokalnym. W 2000 r. 86,7% miejsc należało do instytucji, których zasięg przekraczał granicę gminy, podczas gdy na koniec 2009 r. było to już zaledwie 14,4%.

⁶⁴ W 2000 r. nie prowadzono jeszcze statystyk dotyczących podmiotu prowadzącego jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - struktura miejsc wg podmiotu prowadzącego w latach 2001-2009 w województwie śląskim



Źródło: Ibidem.

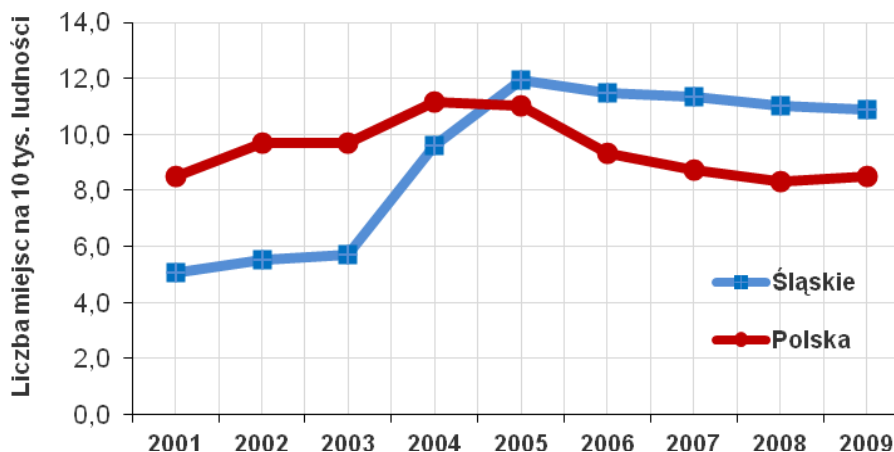
Sytuację w województwie śląskim na tle reszty kraju można określić jako dobrą. Liczba miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego w przeliczeniu na 10 tys. ludności była na koniec 2009 roku wyższa od przeciętnej krajowej i wyniosła 10,9. Dla porównania w Polsce wskaźnik ten kształtował się na poziomie 8,5. Nie zawsze jednak sytuacja była tak korzystna. W 2001 roku wskaźnik poziomu zasobów był w województwie śląskim zdecydowanie niższy od krajowego. Taki stan rzeczy utrzymywał się do roku 2003, kiedy to nastąpił duży przyrost zasobów w województwie śląskim. Trwał on do 2005 roku, co pozwoliło w latach 2004-2005 przewyższyć wskaźnik ogólnopolski.

Pod względem liczby miejsc na 10 tys. ludności województwo śląskie znalazło się w 2009 roku na piątym miejscu wśród polskich regionów. Najwyższe wartości wskaźnik ten osiągnął w województwach: lubuskim (18,6), lubelskim (16,0) oraz warmińsko-mazurskim (13,7), najniższe natomiast w opolskim (1,5), mazowieckim (2,5) oraz pomorskim (3,8).

Cechą charakterystyczną województwa śląskiego jest duży udział miejsc w placówkach o zasięgu lokalnym. Na koniec 2009 r. wyniósł on 85,6%. Dla porównania dla kraju wskaźniki ten kształtował się na poziomie 47,6%. Z kolei biorąc pod uwagę strukturę miejsc ze względu na podmiot prowadzący mieliśmy w tym czasie do czynienia niemal z identyczną sytuacją na poziomie kraju i regionu.

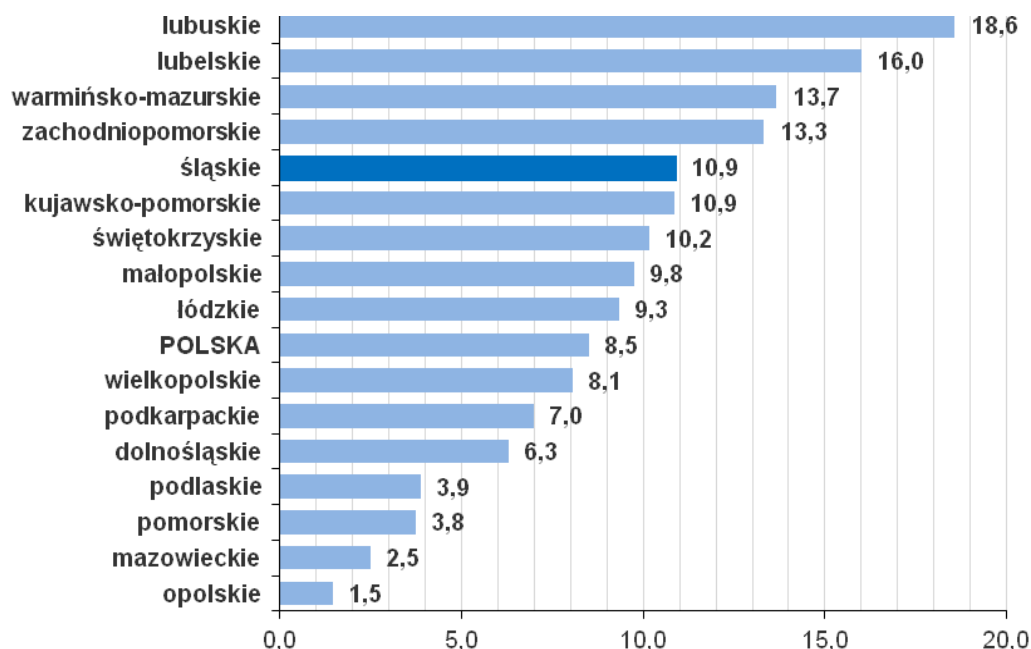
Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - liczba miejsc na 10 tys. ludności w województwie śląskim oraz w Polsce w latach 2001-2009



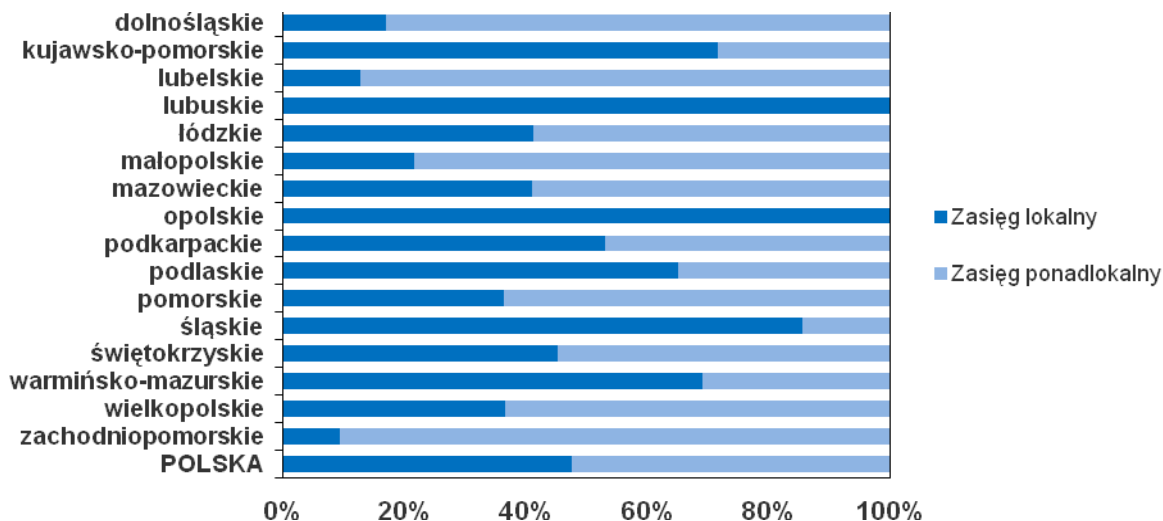
Źródło: 1) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdania MPiPS-03 za lata 2001-2009;
2) Główny Urząd Statystyczny - www.stat.gov.pl

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego – liczba miejsc na 10 tys. ludności wg województw - stan na koniec 2009 r.



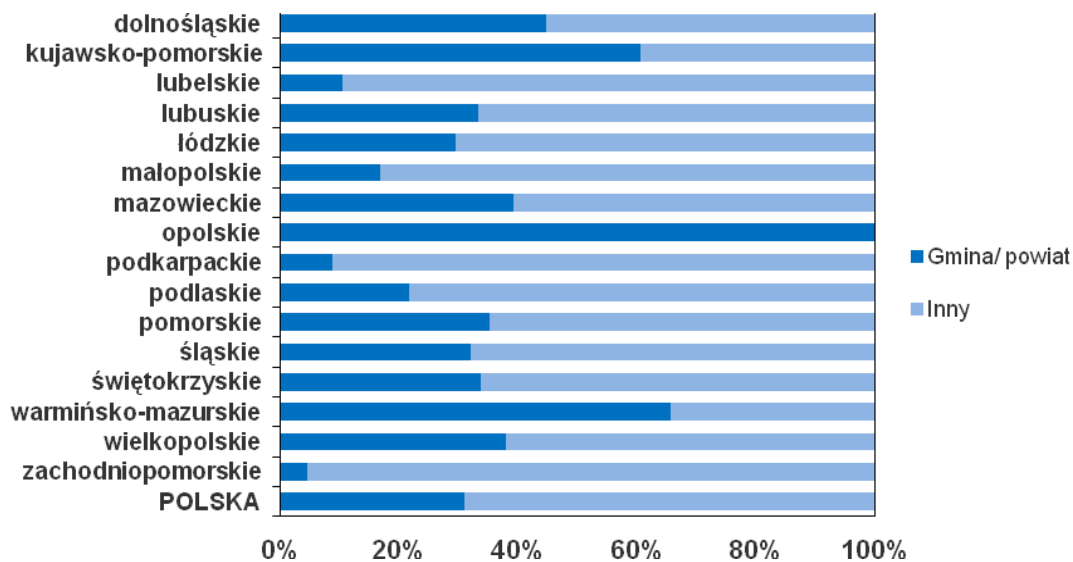
Źródło: 1) Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdania MPiPS-03 za okres I-XII 2009;
2) Główny Urząd Statystyczny - www.stat.gov.pl

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - struktura miejsc wg zasięgu działania i województw – stan na koniec 2009 roku



Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdanie MPiPS-03 za okres I-XII 2009 r.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - struktura miejsc wg podmiotu prowadzącego i województw – stan na koniec 2009 roku

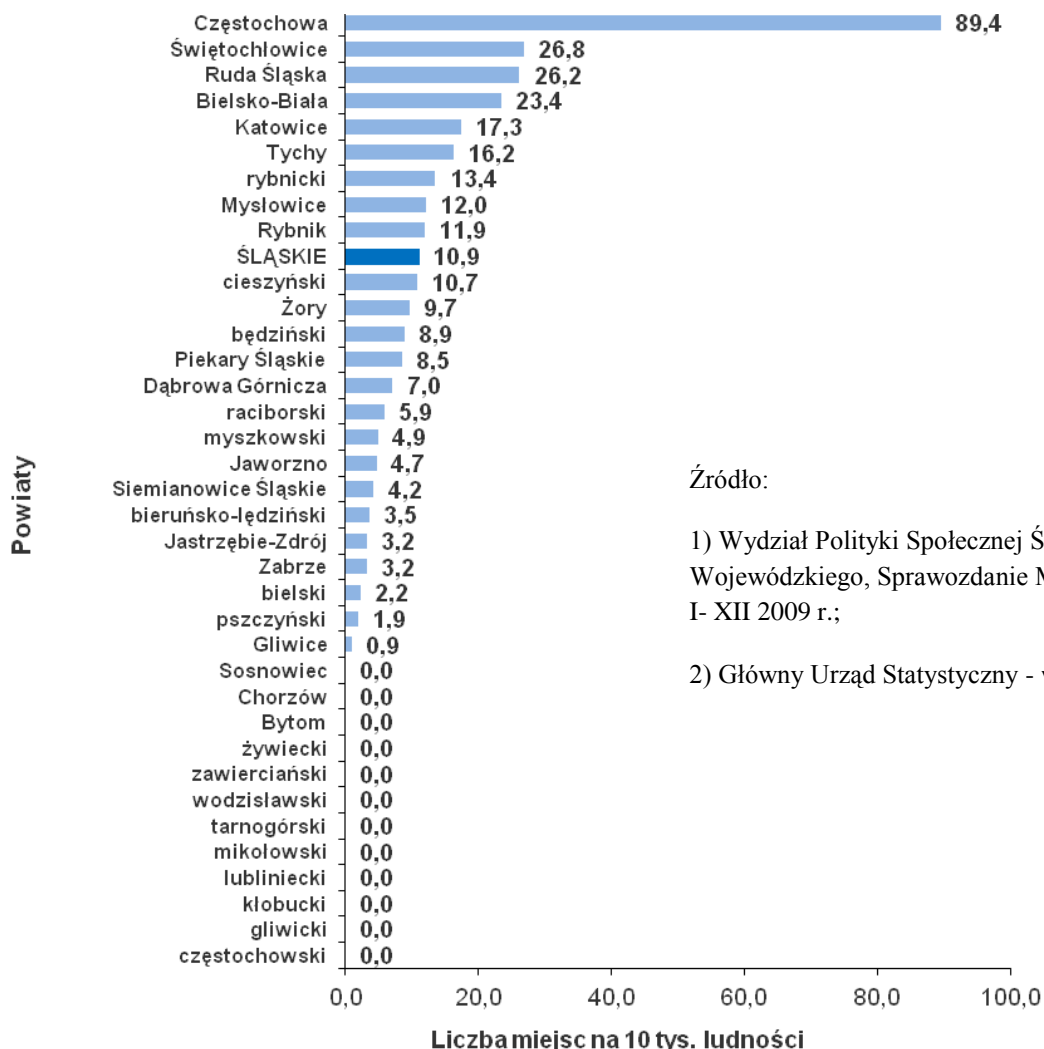


Źródło: Ibidem.

W samym województwie śląskim wskaźnik liczby miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego w przeliczeniu na 10 tys. ludności był zróżnicowany. Na tle całego regionu zdecydowanie odznaczał się powiat Częstochowa, gdzie jego poziom wyniósł 89,4. W kolejnym pod względem wysokości wskaźnika powiecie – Świętochłowicach - był on znacznie niższy i kształtował się na poziomie 26,8. Warto podkreślić, że w jednej trzeciej powiatów województwa śląskiego jego wartość wyniosła 0,0. Nie oznacza to jednak, że na ich terenie nie funkcjonowały żadne instytucje świadczące usługi charakterystyczne dla placówek opiekuńczo-wychowawczych, a jedynie to, że żadna z nich nie znalazła się w rejestrze prowadzonym przez wojewodę.

Wskaźnik liczby miejsc w omawianych placówkach zdecydowanie korzystniej przedstawiał się w powiatach grodzkich niż ziemskich, na co wpływ miały jego wysokie wartości w miastach na prawach powiatu: Częstochowie, Świętochłowicach, Rudzie Śląskiej, Bielsku-Białej, Katowicach, Tychach, Mysłowicach oraz Rybniku.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego - liczba miejsc na 10 tys. ludności wg powiatów województwa śląskiego - stan na koniec 2009 roku



Źródło:

1) Wydział Polityki Społecznej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Sprawozdanie MPiPS-03 za okres I- XII 2009 r.;

2) Główny Urząd Statystyczny - www.stat.gov.pl

Powyższa analiza, dotycząca liczby i rodzaju placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego, została dokonana na podstawie danych Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach. Wynika z niej, że w 2009 roku w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego znalazło się 130 placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego. Faktyczna liczba tego typu placówek funkcjonujących w województwie śląskim jest znacznie większa, gdyż nie wszystkie placówki są rejestrowane. Powodem tego stanu rzeczy jest brak wiedzy na temat konieczności rejestracji, jak również trudności ze spełnieniem obowiązujących standardów. Z ankiet wypełnionych przez gminy pn.

„PARPA-G1. Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2008 roku” wynika, że w 2008 r. w województwie śląskim funkcjonowało w sumie 665 świetlic, w tym 496 świetlic realizujących program opiekuńczo-wychowawczy oraz 196 świetlic realizujących program socjoterapeutyczny. Z usług tych placówek skorzystało ogółem ponad 27 tys. dzieci, z czego ponad 8 tys. (tj. 30%) stanowiły dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Na realizację przedmiotowych programów gminy wydatkowały ponad 19 mln zł.⁶⁵

Obok wyżej opisanych podmiotów, w realizację zadań z zakresu profilaktyki, rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania przemocy w rodzinie, włączają się również inne instytucje takie jak: placówki oświatowe (szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne), sądy, Policja, prokuratury, jednostki organizacyjne pomocy społecznej (ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie), izby wytrzeźwień, poradnie rodzinne, telefony zaufania itp.

⁶⁵ *Profilaktyka i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce...* op. cit.

3. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • Prowadzenie badań obejmujące m.in. problematykę uzależnień przez różne instytucje badawcze i naukowe w kraju i UE (np. HBSC; ESPAD). • Postrzeganie alkoholizmu jako jednego z najpoważniejszych czynników ryzyka dla zdrowia populacji (wg WHO). • Wzrost świadomości społecznej na temat choroby alkoholowej i jej leczenia. • Tendencje spadkowe oraz stabilizacyjne picia alkoholu przez młodzież. • Brak akceptacji dla picia alkoholu przez kobiety w ciąży. • Niższy odsetek pijących w porównaniu z danymi ogólnokrajowymi. • Realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego różnorodnych form profilaktyki skierowanych do dzieci i młodzieży oraz programów promocji zdrowego stylu życia i aktywności sportowej dzieci i młodzieży. • Rozwinięta sieć placówek dla dzieci i młodzieży (świetlic i klubów) w większych gminach. • Wzmacnianie sieci placówek wsparcia dziennego, w tym nowo tworzonych klubów i świetlic dla dzieci i młodzieży w gminach o niskim dochodzie z tytułu koncesji na detaliczną sprzedaż napojów. • Zaangażowanie różnych podmiotów, w tym organizacji społecznych, środowisk abstynenckich i samopomocowych w działania na rzecz promocji zdrowego stylu życia oraz zapobiegania picia alkoholu przez dzieci i młodzież. • Możliwość doskonalenia zawodowego osób działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. • Współpraca z administracją rządową w zakresie realizacji programów i kampanii rządowych 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem sprzedaży alkoholu osobom nieletnim. • Mała wiedza społeczna na temat działalności Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (59% badanych deklaruje, że nie zna tego typu instytucji). • Niewystarczająca integracja służb społecznych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. • Niewystarczająca wiedza o problemach uzależnień pracodawców, pracowników służby zdrowia i przedstawicieli innych zawodów, w tym pedagogów i nauczycieli. • Niewystarczająca ilość placówek wsparcia dziennego realizujących programy socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza na terenach wiejskich. • Niewystarczająca liczba specjalistów z zakresu socjoterapii w placówkach dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza na terenach wiejskich. • Niewystarczające w gminach (zwłaszcza wiejskich) środki finansowe na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. • Problem niezgodnego z ustawą o wychowaniu w trzeźwości wydatkowania środków finansowych z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (w gminach). • Różna jakość usług świadczonych przez zakłady leczenia odwykowego (pod względem oferty terapeutycznej, kwalifikacji personelu, środków materialnych, a przede wszystkim ilości świadczeń zakupionych przez NFZ). • Brak systemu badania jakości usług świadczonych przez zakłady leczenia odwykowego. • Brak oferty terapeutycznej dla niektórych grup pacjentów (osoby nieletnie i po 65 r. ż; głuchoniemi oraz o obniżonej sprawności intelektualnej).



<p>w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wspieranie powstających placówek służących reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych (np. centrów integracji społecznej). • Wspieranie rozwoju oraz modernizacji bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej zakładów lecznictwa odwykowego (jednostek samorządu województwa). • Rozwinięta i dość równomiernie rozłożona sieć ambulatoryjnych zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa (w każdym powiecie działa tego typu placówka). • Realizacja przez zakłady lecznictwa odwykowego programów terapii pogłębionej oraz oddziaływań terapeutycznych skierowanych nie tylko do osób uzależnionych lecz również członków ich rodzin, osób współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, sprawców przemocy. • Wzrost kwalifikacji pracowników merytorycznych zakładów lecznictwa odwykowego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak oferty terapeutycznej dla ofiar i sprawców przemocy w programach leczenia odwykowego. • Niewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów w województwie śląskim. • Odległe terminy oczekiwania na leczenie odwykowe. • Niewystarczająca liczba placówek prowadzących reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu po zakończonym leczeniu. • Niski odsetek lekarzy stosujących procedury w zakresie wczesnego rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmujących interwencje wobec pacjentów pijących alkohol ryzykowanie i szkodliwie. • Małe zainteresowanie pracowników ochrony zdrowia udziałem w szkoleniach w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykowanie i szkodliwie • Brak badań służących ocenie efektywności programów i strategii profilaktycznych. • Zróżnicowany poziom jakości zadań realizowanych przez placówki dla dzieci i młodzieży (świetlice i kluby).
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • Korzystne regulacje prawne – ustawy o obowiązkach gmin w zakresie opracowania i realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. • Duże możliwości finansowe w realizacji gminnych programów rozwiązywania problemów uzależnień, zwłaszcza miejskich gmin, w tym na prawach powiatu. • Sieć placówek specjalistycznych działających w systemie pomocy społecznej. • Zespoły interdyscyplinarne ds. rozwiązywania problemów społecznych. • Dostosowanie do potrzeb społecznych sieci świetlic realizujących programy socjoterapeutyczne i opiekuńcze. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obniżenie wieku inicjacji alkoholowej. • Negatywne wzory spożywania alkoholu. • Społeczne przyzwolenie na nadużywanie napojów alkoholowych. • Zjawisko mody na upijanie się wśród młodzieży. • Wzrost liczby uzależnień wśród dzieci i młodzieży. • Społeczne przyzwolenie dorosłych na spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie. • Łamanie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych nieletnim. • Rosnąca w ostatnich latach konsumpcja napojów alkoholowych, w tym wyrobów spirytusowych (37,58%) w strukturze spożycia napojów alkoholowych w Polsce (pomimo podwyższenia w 2009 r. podatku akcyzowego na alkohol).

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Obowiązek szkół w zakresie realizacji szkolnych programów profilaktycznych. • Działalność ruchów i stowarzyszeń na rzecz rozwijania postaw abstynenckich i kształtowania postaw moralnych. • Zaangażowanie młodzieży w działalność wolontariatu. • Możliwość realizowania projektów dotowanych z Funduszy Strukturalnych, w tym Europejskiego Funduszu Społecznego. • Kampanie społeczne na rzecz zapobiegania i przeciwdziałania uzależnieniom. • Zwiększająca się świadomość zagrożeń związanych z uzależnieniami. • Rosnąca aktywność społeczna środowisk lokalnych oraz organizacji pozarządowych. • Wdrażanie programów edukacyjnych dla rodziców i opiekunów zwiększających ich kompetencje wychowawcze w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży (np. Szkoła dla rodziców) • Wzrost świadomości społecznej dotyczącej przemocy w rodzinie. • Wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w zakładach opieki zdrowotnej. • Podejmowanie przez placówki terapii uzależnień programów dla „osób dorosłych, dzieci alkoholików”. • Prace prowadzone w PARPA nad programem akredytacji placówek leczenia odwykowego. • Program uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego (realizowany przez PARPA). • Program potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (realizowany przez PARPA). | <ul style="list-style-type: none"> • Zwiększająca się dostępność napojów alkoholowych w handlu – wzrost liczby punktów sprzedaży przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży. • Wykluczenie społeczne osób uzależnionych oraz członków ich rodzin. • Stereotypy w postrzeganiu osób uzależnionych i ich rodzin oraz na temat nietrzeźwości (pijaństwa). • Stygmatyzacja dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym. • Zjawisko przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym. • Brak oferty specjalistycznej pomocy dla dzieci i młodzieży – ofiar przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym. • Szkodliwe picie alkoholu – wśród członków subkultur młodzieżowych, klubów kibica itp. • Zjawisko picia alkoholu przez kobiety w ciąży oraz występowanie poalkoholowych zaburzeń rozwojowych wśród dzieci. • Negatywne konsekwencje zdrowotne dzieci i młodzieży pijących napoje alkoholowe oraz osób dorosłych nadużywających alkoholu. • Szkody społeczne spowodowane nadużywaniem alkoholu oraz uzależnieniem (np. dysfunkcja rodziny, upośledzenie czynności poznawczych osób niepełnoletnich spożywających alkohol, zjawisko przemocy, demoralizacja, patologia, przestępczość, wypadki w pracy i wypadki drogowe, utrata zdrowia). • Kampanie reklamowe alkoholu w massmediach, kinie i na billboardach (w tym w czasie i miejscach dostępnych dla dzieci i młodzieży). • Wzrost liczby zatruć alkoholem. • Niechęć do podejmowania leczenia przez uzależnionych oraz do współpracy w tym zakresie osób współuzależnionych. • Mało efektywna procedura zobowiązania do leczenia odwykowego. • Trudności z dostosowaniem zakładów leczenia odwykowego do wymaganych standardów |
|--|--|