



Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2025



Warszawa, 2021

SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| I. Skróty i objaśnienia | 3 |
| II. Wstęp | 7 |
| III. Regulacje prawne | 10 |
| IV. Wnioski i rekomendacje wynikające z diagnozy problemów alkoholowych w województwie mazowieckim | 13 |
| V. Analiza SWOT problemów alkoholowych w województwie mazowieckim | 18 |
| VI. Cele, obszary, działania, wskaźniki oraz adresaci i realizatorzy | 22 |
| 1. Cele, obszary oraz działania i wskaźniki Programu | 22 |
| 2. Adresaci i realizatorzy Programu | 31 |
| VII. Finansowanie Programu | 33 |
| VIII. Monitoring i ewaluacja Programu | 34 |
| IX. Szczegółowa diagnoza problemów alkoholowych w województwie mazowieckim | 35 |
| 1. Powszechność zaburzeń wynikających z używania alkoholu | 35 |
| 2. Stan leczenia odwykowego w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 | 36 |
| 3. Osoby leczone z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu | 39 |
| 4. Kadra leczenia odwykowego | 41 |
| 5. Leczenie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu oraz oferta pomocy | 41 |
| 6. Oferty leczenia dla szczególnych grup pacjentów | 42 |
| 7. Finansowanie leczenia | 43 |
| 8. Finansowanie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu przez NFZ | 43 |
| 9. Samorządy gminne | 44 |
| 10. Samorząd województwa – WOTUW | 44 |
| 11. Finansowanie zadań pozaleczniczych Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Pruszkowie | 45 |
| 12. Pomoc rodzinom z problemem alkoholowym poza systemem leczenia odwykowego | 47 |
| 13. Alkohol a przestępczość | 61 |
| 14. Finansowanie działań profilaktycznych realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych | 63 |
| X. Spis tabel i wykresów | 67 |
| XI. Bibliografia | 70 |

I. SKRÓTY I OBJAŚNIENIA

Skróty:

- **Ankieta PARPA G1** – roczne sprawozdanie z działalności gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – zbieranie w ramach „Programu badań statystycznych statystyki publicznej”
- **CIS** – Centrum Integracji Społecznej
- **COTUA** – Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień
- **DOTUA** – Dzienny Oddział Terapii Uzależnień
- **ESPAD** – European School Survey Project on Alcohol and Drugs
- **FAS** – (Fetal Alcohol Syndrome) – płodowy zespół alkoholowy
- **FASD** – (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych
- **GKRPA** – gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych
- **GPPIRPA** – Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- **IPIŃ** – Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- **KBPN** – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
- **KIS** – Klub Integracji Społecznej
- **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia
- **NSP** – Nowe Substancje Psychoaktywne, tzw. „dopalacze”
- **OLAZA** – Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych
- **ORE** – Ośrodek Rozwoju Edukacji jest publiczną placówką doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym prowadzoną przez Ministra Edukacji
- **PARPA** – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- **PCPR** – powiatowe centrum pomocy rodzinie, instytucja publiczna odpowiedzialna na szczeblu powiatu w szczególności za realizację zadań z zakresu pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej, a także zorganizowanie usług społecznych różnego typu, świadczonych w instytucjach i w rodzinach
- **WOTUW** – Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia
- **Program** – Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2021–2025

Objaśnienia:

Ileokroć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

- 1) **FASD** (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych rozumie się przez to zaburzenia neurorozwojowe powstałe w wyniku prenatalnej ekspozycji na alkohol. Uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego (OUN) mogą towarzyszyć uszkodzenia innych organów wewnętrznych, m.in. serca, układu kostnego, układu moczowego, słuchu, wzroku. W ramach FASD rozróżnia się dwie podstawowe kategorie diagnostyczne:
 - **FAS** (Fetal Alcohol Syndrome, płodowy zespół alkoholowy w klasyfikacji ICD-10 oznaczony kodem Q86.0);

- **NDPAE** (neurodevelopmental disorders associated with prenatal alcohol exposure) – zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (w klasyfikacji ICD10 oznaczone kodem G96.8)¹;
- 2) **leczeniu uzależnienia** – rozumie się przez to działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP lub związanych z uzależnieniem behawioralnym; przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych, programy substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów²;
- 3) **promocji zdrowia**³ – rozumie się przez to działalność umożliwiającą ludziom zwiększanie kontroli nad sprawami dotyczącymi zdrowia i prowadzącą do jego poprawy;
- 4) **profilaktyce uniwersalnej**⁴ – rozumie się przez to działania kierowane do całej populacji, bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych. Działania dotyczą zagrożeń rozpowszechnionych w znacznym stopniu – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych. Ich celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych, wzmacnianie czynników chroniących i redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych oraz zapobieganie nowym przypadkom. Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i czynników chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji itp.);
- 5) **profilaktyce selektywnej**⁵ – rozumie się przez to działania kierowane do grup zwiększonego ryzyka (osób narażonych na działanie poważnych czynników ryzyka), tj.: dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, dzieci przysposobione, uczniowie z problemami szkolnymi, osoby uczęszczające na imprezy klubowe itp. Główne działania polegają na dostarczaniu informacji i uczeniu najważniejszych umiejętności życiowych, uwzględniając specyfikę problemów jednostki lub grupy. Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka organizowane są indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, zajęcia opiekuńczo-wychowawcze, socjoterapia);
- 6) **profilaktyce wskazującej**⁶ – rozumie się przez to działania kierowane do jednostek, których zachowania zaczynają być wysoce ryzykowne (np. nastolatki upijające się w weekendy) i mamy sygnały, że pojawiają się już poważne problemy związane z ich zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu itp.). Główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja. Działania te wymagają specjalistycznego przygotowania, dlatego na tym poziomie, w „profilaktykę” częściej angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej;

¹ Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. MEDYCYNA PRAKTYCZNA – PEDIATRIA – WYDANIE SPECJALNE 1/2020.

² Opioidy nazywane także opiatami to duża grupa leków przeciwbólowych stosowanych w anestezjologii, medycynie paliatywnej i wielu innych specjalizacjach

³ Health Promotion Glossary, WHO, 1998, <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua>

⁴ System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.

⁵ Health Promotion Glossary, WHO, 1998, <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua>

⁶ Tamże.

- 7) **redukcji szkód (harm reduction)** – jest to system określonych działań wielodyscyplinarnych, mających na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie skutków zdrowotnych przyjmowania substancji psychoaktywnych. Jest to strategia ukierunkowana na to, aby skutki używania środków odurzających były tak bezpieczne, jak tylko jest to sytuacyjnie możliwe. Obejmuje ona dostarczanie informacji, edukacji, umiejętności oraz modyfikowanie postaw, skutkiem których zminimalizowane zostaną negatywne konsekwencje używania środków odurzających tak dla samych użytkowników, jak dla społeczeństwa i dla kultury;
- 8) **ryzykownym spożywaniu alkoholu** – rozumie się przez to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) niepociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony;
- 9) **systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego** – rozumie się przez to system oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego opracowany i wdrażany we współpracy przez KBPN, PARPA, ORE, IPiN;
- 10) **szkodliwym piciu alkoholu** – rozumie się przez to wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu; aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy; robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350 g i więcej w tygodniu przez mężczyznę; jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekłe, osoby przyjmujące leki, osoby starsze;
- 11) **uzależnieniu od substancji psychoaktywnych** – rozumie się przez to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych, poznawczych i społecznych, wśród których używanie substancji psychoaktywnej (takiej jak alkohol, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze, NSP, tytoń) dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość; głównymi objawami uzależnienia są głód substancji (przymus, silne pragnienie), utrata kontroli nad używaniem substancji;
- 12) **uzależnieniu behawioralnym** – rozumie się przez to zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, które wiążą się z odczuwaniem przymusu i brakiem kontroli nad wykonywaniem określonej czynności oraz kontynuowaniem jej mimo negatywnych konsekwencji dla jednostki oraz dla jej otoczenia; do tego typu zaburzeń zachowania zalicza się przede wszystkim: uzależnienie od hazardu, od komputera i internetu, od pracy, seksu, pornografii i zakupów;
- 13) **używaniu szkodliwym** – rozumie się przez to używanie substancji psychoaktywnej określone w art. 4 pkt 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050);
- 14) **wczesnym rozpoznaniu i krótkiej interwencji** – rozumie się przez to krótkie interwencje podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub innych specjalistów wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie, osób używających

środków odurzających innych niż alkohol, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, a także interwencje podejmowane wobec osób zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi.

II. WSTĘP

Ekspersi Światowej Organizacji Zdrowia ds. Problemów Związanych z Konsumpcją Alkoholu zwracają uwagę na to, że problemy alkoholowe obejmują nie tylko uzależnienie, ale szereg bardzo różnych i szkodliwych zjawisk, takich jak: picie alkoholu przez dzieci i młodzież, wpływ uzależnienia na życie rodzinne, w szczególności na rozwój i funkcjonowanie dzieci, wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych kierowców i pieszych, przemoc domowa, nielegalny handel i reklama alkoholu itp. Tak więc współczesna koncepcja problemów alkoholowych jest szersza niż wąskie pojęcie uzależnienia. Akcentuje wpływ na jednostkę, rodzinę i społeczeństwo. Ekspersi pracujący dla Niezależnego Komitetu Naukowego ds. Narkotyków w Wielkiej Brytanii oszacowali, że alkohol, na tle innych porównywanych środków odurzających, jest najbardziej szkodliwą substancją w zakresie szkód jakie wyrządza otoczeniu (problemy rodziny, przestępczość, koszty ekonomiczne takie jak ochrona zdrowia, policja, pomoc społeczna). Natomiast przy połączeniu dwóch wymiarów – szkód jednostkowych i szkód dla otoczenia alkohol także znajduje się na pierwszym miejscu⁷.

Biorąc pod uwagę wielowymiarowość szkód powodowanych przez alkohol, celem działań podejmowanych zarówno przez administrację rządową, jak i jednostki samorządu terytorialnego, jest ograniczenie skali problemów powodowanych przez alkohol nie tylko w grupie ryzyka, ale w całej populacji. Chociaż problemy alkoholowe występują w całej Polsce to mają swoją regionalną specyfikę, dlatego wymagają działań zaplanowanych na poziomie lokalnym w oparciu o lokalną diagnozę i zasoby. Zrealizowane w Polsce badania epidemiologiczne pozwalają szacować liczbę osób uzależnionych od alkoholu na ok. 600 tys., zaś osób pijących alkohol szkodliwie – na ok. 2,5 mln. Natomiast w województwie mazowieckim problem alkoholowy znajduje się wśród problemów społecznych uważanych za najważniejsze. Odniesienie wyników badania EZOP⁸ do liczby mieszkańców Mazowsza w wieku 18–64 lata⁹, pozwala oszacować liczebność grupy osób nadużywających alkoholu w 2018 r. na nieco ponad 413 tys. osób, w tym osób uzależnionych od alkoholu na ok. 82,6 tys. Kobiety stanowiły ok. 15% grupy nadmiernie pijących mieszkańców Mazowsza i 8,6% grupy osób uzależnionych na Mazowszu, co daje liczbę 61,95 tys. kobiet nadużywających alkoholu, w tym 7,1 tys. kobiet uzależnionych od alkoholu. Samorząd Województwa Mazowieckiego na mocy ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁰ (dalej: „ustawa”) – zobligowany jest do przygotowania wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

W latach 2016–2020 dokumentem programowym dla województwa mazowieckiego w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi był Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016–2020 (dalej: „WPPiRPA na lata 2016–2020”). Celem głównym WPPiRPA na lata 2016–2020 było podniesie jakości działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Cel ten został zrealizowany poprzez cele operacyjne i wykonanie rozmaitych działań w czterech obszarach, tj.:

⁷ Nutt, King, Lawrence, 2010. Lancet, X/2010.

⁸ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B., red. (2012): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

⁹ Dane Rocznika Statystycznego województwa mazowieckiego 2018, GUS, data publikacji 31.12.2018.

¹⁰ Tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 2277 z późn. zm.

- profilaktyka problemów alkoholowych oraz pomoc rodzinom z problemem alkoholowym, w tym przeciwdziałanie przemocy;
- współpraca z gminami oraz innymi podmiotami działającymi na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych;
- leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych od alkoholu, pijących szkodliwie oraz osób współuzależnionych;
- badania i monitoring problemów alkoholowych.

Głównymi realizatorami WPPiRPA na lata 2016–2020 byli: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. Z uwagi na złożoność problemów alkoholowych w regionie, Samorząd Województwa Mazowieckiego współpracował przy realizacji WPPiRPA na lata 2016–2020 z organizacjami pozarządowymi, oraz innymi podmiotami działającymi na Mazowszu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu tj: samorządami gminnymi, PARPA, policją, jednostkami oświatowymi, mediami. Dzięki podjętym działaniom udało się zwiększyć zasięg wykorzystania programów profilaktycznych opartych o dowody naukowe, rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji i Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz aktywnie wesprzeć organizacje pozarządowe oraz inne podmioty zajmujące się profilaktyką uzależnień na Mazowszu w propagowaniu wiedzy o systemie rekomendacji programów profilaktycznych poprzez organizowanie licznych szkoleń, konkursów dotacyjnych i konferencji.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2021–2025 (dalej: „Program”) stanowi odpowiedź na potrzeby mieszkańców Mazowsza i został opracowany na podstawie szczegółowej diagnozy problemów alkoholowych w województwie mazowieckim (przedstawionej w rozdziale 9 Programu) oraz doświadczeń zdobytych w trakcie realizacji WPPiRPA na lata 2016–2020. Przy tworzeniu analizy SWOT, określeniu celu głównego, wybraniu najważniejszych celów szczegółowych i działań realizacyjnych, uwzględniono zagrożenia wynikające z pojawienia się epidemii Covid-19 i wynikających z tego konsekwencji dla całokształtu życia społeczno-gospodarczego na Mazowszu. Program stanowi realizację zapisu art. 4 ust. 1–4 ustawy, zgodnie z którym samorząd województwa realizuje zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w postaci wojewódzkiego programu stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Ponadto przy tworzeniu założeń Programu wykorzystano zapisy Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020¹¹ (dalej: „NPZ”). Na dzień opracowania niniejszego dokumentu, nie został opracowany nowy NPZ na lata 2021–2025.

W Programie określono cel główny, tj. **Ograniczenie szkód związanych z używaniem alkoholu w województwie mazowieckim** oraz wskazano najważniejsze obszary, w których realizowane będą poszczególne cele operacyjne i działania, tj.:

- 1) **Obszar 1** – Promocja zdrowia;
- 2) **Obszar 2** – Profilaktyka;
- 3) **Obszar 3** – Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa;
- 4) **Obszar 4** – Diagnoza i monitoring problemów alkoholowych.

¹¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1492

W każdym obszarze znajduje się minimum jeden cel operacyjny Programu. Część działań została określona w sposób bardzo szczegółowy, a niektóre z nich w sposób bardziej ogólny. Dzięki temu Program ma charakter otwarty i stwarza możliwość bieżącej jego weryfikacji, biorąc pod uwagę aktualne problemy, potrzeby społeczne, bieżące badania oraz zmiany legislacyjne. Przedstawiono też wskaźniki realizacji działań, które wskażą czy dane działanie zostało zrealizowane, a postawiony cel osiągnięty.

Działania realizowane w obszarze promocji zdrowia zmierzać będą przede wszystkim do podniesienia wiedzy mieszkańców województwa mazowieckiego lub wybranych grup docelowych na temat problemów związanych z używaniem alkoholu oraz do podniesienia kwalifikacji zawodowych osób pracujących na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na Mazowszu. Działania realizowane w obszarze profilaktyki służyć będą ograniczeniu czynników ryzyka i wzmocnieniu czynników chroniących przed piciem alkoholu i problemami z tym związanymi. Natomiast działania realizowane w obszarze redukcji szkód i rehabilitacji zdrowotnej, społecznej i zawodowej będą zmierzały do poszerzenia i udoskonalenia oferty w zakresie leczenia, rehabilitacji i redukcji szkód osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin oraz podniesienia jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, szczególnie z problemem alkoholowym. W ostatnim obszarze dotyczącym diagnozy i badania problemów alkoholowych prowadzone będą działania zmierzające do rozpoznania skali, wzorów i przyczyn zachowań związanych z piciem alkoholu w różnych populacjach oraz systematycznego kontrolowania rodzaju, skali i zasobów pomocy w obszarze problemów alkoholowych na Mazowszu.

Program został opracowany przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej i został skonsultowany ze specjalistami z zakresu profilaktyki uzależnień. Jego cele i działania omówiono z przedstawicielami instytucji oraz organizacji z terenu województwa mazowieckiego, zajmującymi się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Program został też poddany konsultacjom społecznym. Uczestnictwo szerokiego grona konsultantów było szansą na wieloaspektowe podejście do problemów alkoholowych na Mazowszu, a także zacieśniło współpracę pomiędzy podmiotami działającymi na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie mazowieckim. Z uwagi na duży zasięg, zagrożeń oraz szkód związanych z problemami alkoholowymi niniejszy Program adresowany jest do całej populacji Mazowsza, a nie tylko rodzin z problemem alkoholowym czy też do grup podwyższonego ryzyka. Program będzie obejmował okres realizacji zadań od 1 stycznia 2021 r.

III. REGULACJE PRAWNE

Podstawy prawne Programu to:

- 1) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, z późn. zm.), stanowiąca kluczowy dokument normalizujący zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- 2) ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183), określająca zadania z zakresu zdrowia publicznego, przy czym wskazano, że jednym z zadań z tego zakresu jest promocja zdrowia;
- 3) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492), którego integralną częścią jest Krajowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, gdzie znajdują się zadania dla różnych podmiotów z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Program będzie realizowany również w oparciu o:

- 1) ustawę z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 176);
- 2) ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057);
- 3) ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2020 r. poz. 218, z późn. zm.);
- 4) ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.);
- 5) ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 1668);
- 6) ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.);
- 7) ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305);
- 8) ustawę z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. poz. 2019, z późn. zm.);
- 9) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.);
- 10) ustawę z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821, z późn. zm.);
- 11) ustawę z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824);
a także o dokumenty międzynarodowe, tj.:
- 12) Strategię UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ogłoszona 24 października 2006 r.;
- 13) Globalną Strategią Redukującą Szkodliwe Spożywanie Alkoholu – dokument WHO przyjęty 21 maja 2010 r. podczas 63 obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia.

Program został przygotowany głównie w oparciu o krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, zawarty w NPZ na lata 2016–2020. Cele operacyjne wskazane w projekcie Programu są zgodne z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz z celami operacyjnymi wskazanymi w projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. W NPZ, którego głównym celem jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, przyjęto jako 2. cel operacyjny profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowi integralną część NPZ, zawarte tam cele i zadania stanowią wytyczne dla realizacji wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Niniejszy Program wpisuje się w założone tam cele oraz zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych dla samorządu województwa. Program będzie miał charakter długofalowych i skoordynowanych działań, skierowanych do wszystkich mieszkańców województwa mazowieckiego Założenia Programu wpisują się także w cele projektu Strategii Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2030 oraz w cele Strategii Rozwoju Województwa Mazowieckiego do roku 2030.

Samorząd województwa zapewni realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, udzielając pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządom gminnym oraz instytucjom i organizacjom pozarządowym oraz samopomocowym działającym na terenie województwa, specjalizujących się w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. Szczególnie istotną rolę w realizacji poszczególnych zadań Programu odgrywać będą organizacje pozarządowe, które dobrze znają lokalne problemy i potrzeby konkretnych grup, jak też dysponują odpowiednią, wykwalifikowaną kadrą, która w sposób rzetelny zrealizuje zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom. Istotnym wsparciem w wykonaniu zadań zawartych w Programie będzie prężnie działający na terenie Mazowsza ruch abstynencki

Program wykazuje też wysoką zbieżność z planowaną strategią polityki społecznej województwa mazowieckiego na lata 2021–2030. W dokumencie Opracowanie nt. diagnozy problemów społecznych oraz koncepcji opracowania „Strategii Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2030”¹² (dalej nazywany SPS) zaproponowano jako cel główny mazowieckiej strategii polityki społecznej do 2030 r. wzmocnienie kapitału ludzkiego, społecznego i kulturowego oraz zapewnienie większej spójności społecznej przez działania mającego charakter inwestycji społecznych. Podobnie jest wypadku celu strategicznego Programu. Również cele główne Programu są kompatybilne z kierunkami planowanej strategii województwa, które sformułowano jako przeciwdziałanie kwestiom społecznym, deinstytucjonalizację i rozwój zintegrowanych usług społecznych oraz inwestycje w służby społeczne. Co więcej najważniejsze priorytety wyznaczone w ramach polityki społecznej oraz przeciwdziałania uzależnieniom w ramach planowanej strategii województwa są kompatybilne z działaniami wymienionymi w Programie. W SPS postuluje się, aby koncentrować wysiłki na:

¹² Grewiński M., Durasiewicz A., Lizut J., Opracowanie nt. diagnozy problemów społecznych oraz koncepcji opracowania „Strategii Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2021-2030”, Warszawa 2020 <http://mcps.com.pl/badania-spoleczne/badania-przeprowadzone-przez-wydzial-ds-badan-spolecznych-obszernosc-integracji-spolecznej>

- **Priorytet 1** – Przygotowanie programów, projektów i podejmowanie działań profilaktycznych, prewencyjnych i interwencyjnych mających na celu podniesienie jakości życia ogółu mieszkańców Mazowsza.
- **Priorytet 2** – Podejmowanie inicjatyw i działań na rzecz różnorodnych grup ryzyka socjalnego i dążenie do przeciwdziałania rozwojowi kwestii społecznych.
- **Priorytet 3** – Podejmowanie działań na rzecz rodzin i osób młodych w celu zapewnienia spójności społecznej i harmonijnego rozwoju społecznego.

IV. WNIOSKI I REKOMENDACJE WYNIKAJĄCE Z DIAGNOZY PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, jako jeden z realizatorów Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2016–2020, zleciło przygotowanie badań niezbędnych do opracowania rzetelnej diagnozy problemów alkoholowych w województwie mazowieckim. Diagnoza pokazująca skalę i problemy alkoholowe na Mazowszu stanowi podstawę do stworzenia nowego wojewódzkiego programu i planowania koniecznych działań, przy przyjęciu jak najbardziej skutecznych strategii. Zrealizowano dwa badania, tj.:

- 1) „Ustalenie rozmiarów problemów alkoholowych oraz zasobów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych na terenie województwa mazowieckiego. Przygotowanie diagnozy do WPPiRPA na Mazowszu” – autor Katarzyna Łukowska; zrealizowano w 2019 r.
- 2) „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną – badania ESPAD” – autor Janusz Sierosławski, zrealizowano w 2019 r.

Podstawowym źródłem wiedzy o skali problemów i zasobach województwa mazowieckiego jest ankieta PARPA G1. Jest to ankieta wypełniana corocznie przez przedstawicieli gmin odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów alkoholowych na swoim terenie. Uzyskane dzięki niej dane (w omawianym okresie średni wskaźnik zebranych ankiet wyniósł ok. 98%), zagregowane na poziomie województwa mazowieckiego, dają możliwość analizy zmian w interesujących nas obszarach na przestrzeni kilku lat. W niniejszym raporcie wykorzystano głównie dane za lata 2015–2018. Jednak w przypadku opisu działań profilaktycznych, aby pokazać trendy w czasie, wykorzystano też dane z lat 2013–2014. Wynika to z faktu, że pytania w ankietach PARPA G1 z 2013 r., dotyczące różnych form działań profilaktycznych realizowanych w gminach, zostały znacząco zmienione. Zmieniały się też nieco w kolejnych latach, co każdorazowo jest odnotowane przy omawianiu poszczególnych wskaźników. Dane z ankiet PARPA G1 pozwalają też na porównanie sytuacji w województwie mazowieckim z trendami ogólnopolskimi. Do oszacowania zjawiska nadużywania i uzależnienia od alkoholu są wykorzystywane wyniki badań epidemiologicznych RARHA zrealizowanych w 2015 r. (RARHA, 2017).

PARPA uczestniczyła w realizacji międzynarodowego projektu badawczego Wspólne działanie na rzecz ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu (ang. Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm – RARHA) prezentującego dobre praktyki w kampaniach społecznych, wczesnych interwencjach i profilaktyce szkolnej.

Opis dostępnych w województwie mazowieckim świadczeń dla osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu oraz ich bliskich jest oparty o dane z:

- 1) bazy danych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu prowadzonej przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Wojewódzkimi Ośrodkami Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, na podstawie ankiet wypełnianych corocznie przez placówki leczenia odwykowego (za lata 2015–2018);
- 2) Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące kontraktowania świadczeń przez placówki leczenia uzależnienia od alkoholu oraz dane ze stron internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ (za lata 2015–2018);

- 3) ankiety PARPA W1 „Realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przez samorząd województwa w latach 2015–2018”;
- 4) corocznych sprawozdań z pozaleczniczej działalności Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (za lata 2015–2018).

Do diagnozy skali przemocy w rodzinie oraz diagnozy zasobów wykorzystano, poza danymi z ankiety PARPA G1, ogólnopolskie badania przeprowadzone przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej „Badania porównawcze oraz diagnoza skali występowania przemocy w rodzinie wśród osób dorosłych i dzieci, z podziałem na poszczególne formy przemocy wraz z opisem charakterystyki ofiar przemocy i sprawców” oraz badania „Diagnoza zjawiska przemocy i możliwości uzyskania pomocy w sytuacji doświadczania przemocy w percepcji dzieci i młodzieży”. Dodatkowo korzystano z danych gromadzonych przez MPiPS w ramach sprawozdania z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

Informacje na temat nietrzeźwości w ruchu drogowym i przestępczości związanej z alkoholem w latach 2015–2018 zostały pozyskane z Komendy Głównej Policji, a dane o izbach wytrzeźwień działających w województwie mazowieckim – z badania PARPA G1.

W dalszej części tego rozdziału prezentujemy wnioski i rekomendacje wynikające z diagnozy problemów alkoholowych w województwie mazowieckim. Szczegółowe dane prezentujemy w rozdziale 9 niniejszego dokumentu, natomiast poniżej umieściliśmy konkluzje dotyczące kierunków działań zmierzających do poprawy bądź zmiany najbardziej niekorzystnych tendencji w zakresie problemów alkoholowych na Mazowszu.

1. Zasadne jest kontynuowanie działań prowadzących do zwiększenia dostępności, poprawy jakości i warunków leczenia osób uzależnionych oraz osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych, ze szczególnym uwzględnieniem wzmocnienia oferty dla osób doświadczających przemocy w rodzinie. Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym jest objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny. Z uwagi na to należy organizować szkolenia dla terapeutów z zakresu pracy z parą.
2. Warto zwiększyć liczbę szkoleń dla kadry terapeutycznej na Mazowszu z zakresu pracy z osobą uzależnioną i jej bliskimi, którzy bywają też ofiarami i świadkami przemocy.
3. Należy wspierać stworzenie oferty leczenia uzależnienia dla pacjentów niepełnosprawnych, szczególnie oferty pomocy dla osób niesłyszących pijących problemowo oraz dla pacjentów z podwójną diagnozą. Warto organizować szkolenia w obszarze leczenia osób uzależnionych dla psychologów będących doradcami osób z uszkodzonym słuchem lub finansować pracę tłumaczy migowych.
4. Zasadne jest większe wspieranie działań związanych z FASD w województwie mazowieckim. Istotne jest przygotowanie zespołów diagnostycznych i terapeutycznych z FASD (m.in. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych). Należy też zwiększyć ofertę specjalistyczną dla dzieci z FAS/FASD i ich bliskich.
5. Używanie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną jest niepokojące i wymaga interwencji. Alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodych ludzi. Badania wśród młodzieży szkolnej wskazują też na wysoki odsetek osób przyznających się do osiągnięcia stanu upojenia alkoholowego. Z uwagi na to należy zwiększyć jakość działań adresowanych do dzieci i młodzieży, a także całych rodzin, poprzez:

- a) wspieranie i realizację przez samorząd województwa rekomendowanych programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych adresowanych do dzieci, młodzieży i ich opiekunów;
 - b) konieczne jest też, większe niż do tej pory, wspieranie realizacji programów z zakresu profilaktyki wskazującej przeznaczonych dla młodzieży już sięgającej po środki psychoaktywne, w tym dla młodzieży upijającej się;
 - c) wspieranie i realizację programów szkoleniowych dla różnych grup zawodowych (m.in. nauczycieli, pedagogów, psychologów, przedstawicieli gmin), które zwiększyłyby kompetencje społeczne i poszerzyłyby wiedzę o skutecznych strategiach profilaktycznych lub przygotowałyby nauczycieli do realizacji programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji;
 - d) organizację spotkań, konferencji, seminariów, na których można byłoby motywować gminy do przeznaczania większych środków finansowych na sprawdzone programy profilaktyczne, korzystania z bazy programów rekomendowanych – zgodnych z ustalonymi standardami jakości, a także zachęcać je do zgłaszania programów profilaktycznych ze swojego terenu do systemu programów rekomendowanych opracowanego wspólnie przez: KBPN, PARPA, ORE MEN oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii (system weryfikacji programów);
 - e) organizowanie spotkań, narad roboczych i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie pracy profilaktycznej z młodzieżą;
 - f) ograniczenie finansowania ze środków publicznych działań, które nie wpływają na ograniczenie zachowań problemowych (w tym picia alkoholu i używania narkotyków) przez młodzież, a w szczególności: spektakli „profilaktycznych”, festynów i innych imprez plenerowych, konkursów „profilaktycznych”, pogadank i prelekcji, pozalekcyjnych zajęć sportowych, jako samodzielnej strategii alternatyw bez wsparcia skutecznymi strategiami profilaktycznymi, imprez sportowych;
 - g) należy bardziej włączyć rodziców/opiekunów do udziału w programach profilaktycznych adresowanych do młodzieży, jak również zwiększyć ilość szkoleń adresowanych do rodziców/opiekunów kształtujących ich umiejętności wychowawcze.
6. Należy zwiększyć liczbę wielomodułowych szkoleń z zakresu profilaktyki problemów alkoholowych, uwzględniających najnowszą wiedzę profilaktyczną i psychologiczną, jak też zapewniających naukę umiejętności społecznych dla różnych grup zawodowych.
7. Warto zwiększyć i promować działania edukacyjne i pomocowe na temat problemów wynikających z picia alkoholu (nadużywania) przez osoby starsze. Istotne jest wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej, w których część mieszkańców spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Osoby zatrudnione w DPS nie mają często wystarczającej wiedzy i umiejętności, żeby pomóc takim osobom starszym mającym problem z alkoholem. Ważna jest realizacja szkoleń dla profesjonalistów (pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej, działaczy organizacji pozarządowych) dotyczących umiejętności rozpoznawania wzorów używania alkoholu, motywowania osób starszych do ograniczania picia, zmiany destruktcyjnych zachowań lub do podjęcia leczenia. Zasadne jest wspieranie usług telepomocy (e-pomocy) dla osób starszych mających problemy z nadużywaniem środków psychoaktywnych.

8. Należy wspierać rozwój i stabilizację placówek wsparcia dziennego realizujących programy socjoterapeutyczne dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Znaczna część dzieci korzystających z placówek socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych pochodzi z rodzin z problemem alkoholowym. Z tego też względu należy zadbać o dostosowanie zajęć w tych placówkach do specyficznych potrzeb tych dzieci. Szczególnie warto wspierać realizację programów socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym i/lub programów opiekuńczo-wychowawczych oraz spotkań dla ich opiekunów i rodziców. Należy również kontynuować realizację programów szkoleniowych dla kadry pracującej w świetlicach socjoterapeutycznych/środowiskowych. Warto także motywować gminy do tworzenia PWD i innych miejsc pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym zgodnie ze standardami przedstawionymi w ustawie o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej oraz z rekomendacjami PARPA.
9. Zasadne jest dalsze wspieranie stowarzyszeń abstynenckich działających na Mazowszu w celu realizacji zadań z zakresu edukacji i rehabilitacji. Ważne jest prowadzenie programów edukacyjnych dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w celu podniesienia poziomu i ujednolicenia wiedzy, kompetencji i umiejętności osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.
10. Istotne jest prowadzenie stałej, stabilnej współpracy z samorządem gminnym i powiatowym, jak też innymi podmiotami zaangażowanymi na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom na Mazowszu. Szczególnie warto prowadzić edukację oraz motywować przedstawicieli samorządów gminnych do prowadzenia rozważnej polityki w zakresie ograniczania dostępności alkoholu celem utrzymania trendu dalszego ograniczania liczby punktów sprzedaży alkoholu. Potrzebne jest systematyczne edukowanie i szkolenie decydentów, którzy mają wpływ na kształt lokalnej polityki wobec alkoholu. Ważne jest dalsze prowadzenie kompleksowych szkoleń dla członków GKRPA opartych na rekomendacjach PARPA z zakresu profilaktyki uzależnień.
11. Należy zwiększyć działania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym, szczególnie poprzez wspieranie i/lub organizowanie programów szkoleniowych dla osób pracujących z osobami dotkniętymi przemocą w rodzinie (dla członków zespołów interdyscyplinarnych, dla przedstawicieli GKRPA) w celu podniesienia ich kompetencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Warto też prowadzić działania edukacyjne w celu zachęcenia gmin do zwiększenia wydatków na programy z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowymi i zachowaniom nałogowym. Ważne jest też upowszechnienie informacji wśród mieszkańców województwa mazowieckiego dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości jej przeciwdziałania, a także miejscach dostępnej pomocy. Zasadnie jest również organizowanie szkoleń dla osób mających kontakt z osobami stosującymi przemoc w rodzinie na temat specyfiki funkcjonowania osób stosujących przemoc, podejmowania interwencji w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty” oraz uruchamiania procedur prawno-karnych.
12. Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach młodzieży (badanie ESPAD 2019). Należy zatem podjąć działania edukacyjne skierowane do sprzedawców napojów alkoholowych, mające na celu ograniczanie dostępności napojów alkoholowych i przestrzeganie zakazu sprzedaży

- alkoholu osobom poniżej 18 roku życia. Ważne jest też prowadzenie szkoleń dla właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych.
13. Należy kontynuować wsparcie udzielane organizacjom pozarządowym w tworzeniu centrów i klubów integracji społecznej na Mazowszu, z uwagi na to, że CIS i KIS oferują nie tylko kompleksowe usługi z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej, ale stały się spoiwem szerokiej koalicji lokalnej, składającej się z samorządu lokalnego, biznesu, organizacji pozarządowych. Powoduje to, że pomoc udzielona uczestnikom nie jest fragmentaryczna, czy jednotorowa.
 14. Zjawisko nietrzeźwości na mazowieckich drogach, choć uległo zmniejszeniu, nadal pozostaje poważnym problemem, dlatego też w dalszym ciągu należy prowadzić działania w celu ograniczenia zjawiska nietrzeźwości w ruchu drogowym, np. poprzez realizację szkoleń, czy kampanii edukacyjnych adresowanych do ogółu populacji, jak też prowadzenie zajęć edukacyjnych w szkołach nauki jazdy – poprzez np. współpracę z Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego w zakresie wzbogacenia programów szkoleniowych dla kandydatów na kierowców o tematykę dotyczącą wpływu alkoholu na organizm i zdolności poznawcze kierowcy.
 15. Ważne jest wprowadzenie kompleksowych programów profilaktycznych w środowisku pracy, które obejmowałyby edukację, tworzenie środowiska pracy sprzyjającego zdrowiu psychicznemu i bezpieczeństwu pracowników, wsparcie osób z grup podwyższonego ryzyka, ułatwienia terapii osobom uzależnionym, a także reintegrację pracowników po terapii uzależnienia od alkoholu.
 16. Warto kontynuować kampanię profilaktyczną „Porozumienie dla trzeźwości”, która cieszy się dużym zainteresowaniem na Mazowszu i adresowana jest do wszystkich mieszkańców województwa mazowieckiego – obejmuje działania profilaktyczne i edukacyjne skierowane zarówno do dzieci i młodzieży, jak też osób dorosłych, a w tym do środowiska abstynentów, którzy swoją postawą i aktywnym działaniem szerzą etos trzeźwościowy w województwie mazowieckim. Należy też wspierać inne kampanie profilaktyczno-edukacyjne dla mieszkańców województwa mazowieckiego w celu podniesienia wiedzy na temat problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie, a także miejsc, gdzie można uzyskać skuteczną pomoc. Wszystkie tego typu działania powinny być oparte na dobrym rozpoznaniu grupy (lub grup) docelowej i dostosowaniu treści i formy przekazu precyzyjnie do jej (ich) potrzeb. W tym celu ważne jest, żeby samorząd województwa współpracował też z mediami.
 17. Zasadnym jest także przygotowanie badania nt. stanu problemów alkoholowych w województwie mazowieckim, co najmniej po 3 latach obowiązywania nowego Programu.

V. ANALIZA SWOT PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM

SWOT to popularna technika służąca do porządkowania i analizy informacji. Nazwa jest akronimem od angielskich słów określających cztery elementy składowe analizy: Strengths – silne strony, Weaknesses – słabe strony, Opportunities – szanse, okazje i Threats – zagrożenia¹³. W zarządzaniu analiza SWOT jest stosowana do analizy wewnętrznego i zewnętrznego otoczenia organizacji, instytucji, a także analizy projektu, czy rozwiązania biznesowego. Jest stosowana także jako uniwersalne narzędzie pierwszego etapu analizy strategicznej. Pozwala wykorzystać zgromadzone informacje do opracowania strategii działania opartej na silnych stronach i szansach, przy jednoczesnym eliminowaniu, bądź ograniczaniu słabych stron i zagrożeń. W tym przypadku została wykorzystana do analizy problemów alkoholowych w województwie mazowieckim.

Mocne strony:

- W skali ogólnopolskiej w województwie mazowieckim funkcjonuje najwięcej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu.
- Od kilku lat utrzymuje się wysoki odsetek pacjentów leczonych ambulatoryjnie.
- Bogata oferta terapeutyczna dla osób uzależnionych i ich rodzin (większość placówek realizuje też programy ponadpodstawowe). Poszerza się oferta pracy z osobami z zaburzeniami nawyków i popędów (w tym uzależnionymi od hazardu). Zwiększył się odsetek osób objętych pomocą terapeutyczną w ramach terapii dorosłych dzieci alkoholików.
- W latach 2015–2018 (poza rokiem 2016) systematycznie rosły kwoty przeznaczane na leczenie uzależnienia od alkoholu w województwie mazowieckim, w tym też na prowadzenie punktów konsultacyjnych, choć w tych latach zmniejszyła się liczba klientów.
- Co szósta placówka leczenia bazy PARPA (15%) otrzymała w 2018 r. bezpośrednie dofinansowanie działalności leczniczej ze strony Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. W Polsce otrzymanie wsparcia ze strony samorządu województwa zadeklarowała tylko co dziesiąta placówka odwykowa.
- Dofinansowanie zadań pozaleczniczych WOTUW na Mazowszu jest najwyższe w kraju, a WOTUW wykazuje duże zaangażowanie w zakresie doskonalenia pracowników.
- Zwiększyła się w ostatnich czterech latach wielkość środków finansowych przeznaczona na stowarzyszenia i kluby abstynenckie.
- Badanie EZOP pokazało jak duża jest grupa abstynentów w województwie mazowieckim.
- Odsetek wypadków drogowych z udziałem uczestników ruchu będących pod wpływem alkoholu wśród wszystkich wypadków był w województwie mazowieckim wyraźnie niższy niż w całej Polsce.
- Zjawisko nietrzeźwości na mazowieckich drogach uległo zmniejszeniu w ostatnich latach w porównaniu z danymi z Polski.

¹³ W: Krzysztof B. Matusiak: Innowacje i transfer technologii. Słownik pojęć. Warszawa: Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2011, s. 16–17.

- Mniejsza liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach z udziałem uczestników ruchu będących pod działaniem alkoholu.
- Wyraźnie malejąca tendencja w zakresie punktów sprzedaży alkoholu. Mniejsza dostępność napojów alkoholowych mierzona liczbą mieszkańców przypadających na punkt sprzedaży alkoholu.
- W ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych największe wydatki przeznaczano na działania skierowane do dzieci i młodzieży.
- Znacznie więcej rodziców, którzy decydują się na udział w programach profilaktycznych uczestniczy głównie w programach rekomendowanych, a nie tych o nieznanym jakości.
- Bogata oferta szkoleniowa dla różnych grup zawodowych działających na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom i przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym.
- Duży zasób dobrze wykształconej kadry szkoleniowej.
- Duża liczba działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej realizowanej przez gminy i powiaty oraz przez samorząd województwa.
- Duża dostępność publikacji/materiałów edukacyjnych dotyczących profilaktyki uzależnień adresowanych do przedstawicieli różnych grup zawodowych.

Słabe strony:

- W latach 2015–2018 zmniejszyła się liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu. Największy procentowy spadek (-20%) dotyczył liczby oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.
- Brak jakichkolwiek placówek odwykowych w trzech powiatach mazowieckich (białobrzeskim, łosickim, gostynińskim).
- Niewystarczająca oferta leczenia uzależnienia dla pacjentów niepełnosprawnych – mniejsza niż średnio w Polsce gotowość do przyjmowania do leczenia odwykowego osób umysłowo upośledzonych, osób z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, osób z podwójną diagnozą.
- Niewystarczająca oferta dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie.
- W województwie mazowieckim NFZ nadal nie kontraktuje ani jednego hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu, nie funkcjonuje ani jeden oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu. Świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży są kontraktowane, podobnie jak w latach ubiegłych, tylko w trzech poradniach: w Warszawie, w Ostrowi Mazowieckiej i w Wołominie.
- W latach 2015–2018 słabnący potencjał diagnostyczno-interwencyjny – monitorujący WOTUW w Pruszkowie – malejący realny kontakt z placówkami odwykowymi na terenie Mazowsza.
- Malejąca liczba placówek realizujących program opiekuńczo-wychowawczy obejmujący swoim działaniem dzieci, których rodzice potrzebują wsparcia w zapewnieniu im właściwej opieki.
- Wysoki odsetek gmin, w których dzieci nie mają dostępu do świetlic z programem socjoterapeutycznym.
- Niedofinansowanie placówek wsparcia dziennego przez gminy w województwie mazowieckim.
- Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży

- Okazjonalne picie alkoholu jest szeroko rozpowszechnione już wśród 15–16-latków .
- Niewystarczająca ilość realizowanych programów z zakresu profilaktyki wskazującej przeznaczonych dla młodzieży już sięgającej po środki psychoaktywne, pochodzącej z grup ryzyka.
- Wysoki odsetek młodzieży przyznającej się do osiągnięcia stanu upojenia alkoholowego.
- Najczęściej w gminach realizowane są dla młodych ludzi najmniej skuteczne formy profilaktyki, typu: pogadanki, festyny, spektakle i programy o nieznannej jakości.
- W gminach niski poziom realizacji programów znajdujących się w bazie rekomendowanych programów profilaktyki i zdrowia psychicznego.
- Działania profilaktyczne i terapeutyczne związane z FASD są podejmowane sporadycznie i tylko przez pojedyncze gminy (brak jakiegokolwiek placówki świadczącej pomoc specjalistyczną dla dzieci z FAS/FASD w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych).
- Zmniejszyła się liczba punktów konsultacyjnych dla osób mających nie tylko problem uzależnienia ale też przemocy w rodzinie (o 8%) i znacznie zmniejszyła się liczba ośrodków interwencji kryzysowej o 43%, a grupy wsparcia spadły o połowę, a ogólna liczba uruchomionych przez GKRPA Niebliskich Kart zwiększyła się o 14%.
- Niestabilna polityka poszczególnych samorządów gminnych w finansowaniu placówek pomocowych dla ofiar przemocy w rodzinie.
- Niewystarczający dostęp do wykwalifikowanej kadry terapeutycznej w mniejszych miejscowościach.

Szanse:

- Większy niż w Polsce odsetek pacjentów pijących szkodliwie, którzy zgłaszają się na leczenie odwykowe.
- Oferta dla pacjentów zgłaszających się na leczenie w dalszym ciągu jest dość bogata (większość poradni oferuje programy ponadpodstawowe).
- W latach 2014–2018 zmniejszała się liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej w związku z uzależnieniem lub nadużywaniem alkoholu przez jednego z członków rodziny – spadek o blisko 13,5%.
- W ostatnich latach (2015–2018) zwiększyła się liczba zrealizowanych przez gminy (105 gmin) rekomendowanych programów profilaktycznych skonstruowanych w oparciu o współczesną wiedzę o profilaktyce i o potwierdzonej skuteczności oraz zwiększył się odsetek wydatków przeznaczonych na finansowanie rekomendowanych programów profilaktycznych z 6,8% w 2015 r. do 10,8 % w 2018 r.
- Dobra współpraca pomiędzy samorządami różnych szczebli i innymi podmiotami zaangażowanymi w działania na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na Mazowszu.
- Duża i wciąż jakościowo lepsza oferta szkoleń dla przedstawicieli różnych zawodów.
- Możliwość implementowania wypracowanych dobrych praktyk.
- Wzrost zainteresowania kampaniami społecznymi dotyczącymi przeciwdziałania uzależnieniom – w tym kampanią „Porozumienie dla trzeźwości”.
- Aktywizacja środowisk lokalnych, w tym przedstawicieli lokalnych organizacji pozarządowych, kościoła katolickiego w przeciwdziałaniu uzależnieniom.
- Większe zainteresowanie społeczne zdrowym stylem życia.

- Rozwój wiedzy naukowej na temat skutecznych strategii profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wzrastająca dostępność szkoleń opartych na tej wiedzy, dla różnych grup odbiorców.

Zagrożenia:

- Ograniczenie dostępności do leczenia odwykowego – szczególnie dla osób wymagających pilnej hospitalizacji – zlikwidowano dwa oddziały detoksykacyjne: w Warszawie i jeden w Sochaczewie, a także zmniejszyła się liczba godzin przyjęć dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie.
- Na Mazowszu mniejszy odsetek poradni niż w Polsce deklaruje realizację terapii par i rodzin.
- W porównaniu z ofertą ogólnopolską mazowieckie placówki odwykowe rzadziej pracują z osobami doświadczającymi przemocy, sprawcami przemocy oraz z osobami mającymi podwójne rozpoznanie (uzależnienie i współwystępujące inne zaburzenie psychiczne).
- Wzrost liczby osób z podwójną diagnozą i niewystarczająca dla nich oferta profilaktyczna.
- Brak hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu i oddziału odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu.
- W 2018 r. wyraźny spadek liczby stowarzyszeń abstynenckich – o 23%.
- Zbyt mała w porównaniu z innymi województwami liczba centrów integracji społecznej, jak też klubów integracji społecznej np., województwie mazowieckim – 7, w województwie wielkopolskim – 34.
- W ostatnich dwóch latach odsetek dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym korzystających z placówek socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych spadł do 36%.
- Kwalifikacje kadry terapeutycznej, mierzone odsetkiem osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień są średnio nieco niższe niż przeciętnie w kraju.
- Od 2013 r. obserwuje się spadek liczby dzieci korzystających z pomocy świetlic opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.
- Liczba rodziców uczestnicząca w programach profilaktycznych adresowanych również do młodych ludzi utrzymuje się od kilku lat na tym samym poziomie.
- Fluktuacja kadr pomocowych wpływa na długofalowość i jakość działań profilaktycznych.
- Nielegalna reklama alkoholu.

VI. CELE, OBSZARY, DZIAŁANIA, WSKAŹNIKI ORAZ ADRESACI I REALIZATORZY

1. Cele, obszary oraz działania i wskaźniki Programu

Celem strategicznym programu jest ograniczenie szkód związanych z używaniem alkoholu w województwie mazowieckim.

Cele operacyjne Programu będą realizowane w 4 obszarach:

- Obszar 1 – Promocja zdrowia i szkolenie kadr.
- Obszar 2 – Profilaktyka.
- Obszar 3 – Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa.
- Obszar 4 – Diagnostyka i monitoring problemów alkoholowych.

Obszar 1: Promocja zdrowia i szkolenie kadr

Cel operacyjny 1.1.

Wzmocnienie polityki prozdrowotnej związanej z ograniczaniem picia i problemów związanych z piciem alkoholu – podniesienie rangi profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych we wszystkich obszarach życia społecznego

Wskaźniki osiągnięcia celu 1.1:

1. Wydatki na cele prozdrowotne związane z ograniczeniem picia i problemów związanych z piciem alkoholu w proporcji do innych wydatków samorządowych.
2. Zgodność gminnych programów profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych ze współczesną wiedzą na temat skuteczności działań z zakresu ograniczeniem picia i problemów związanych z piciem alkoholu.
3. Liczba osób i podmiotów współpracujących działających na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowiskach lokalnych w celu ograniczenia picia i problemów związanych z piciem alkoholu.

Działania:

1. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym konferencji dla wójtów, burmistrzów i radnych, którzy mają wpływ na kształt lokalnej polityki wobec alkoholu.
2. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym szkoleń i konferencji dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, mających na celu podniesienia poziomu i ujednoczenia wiedzy, kompetencji i umiejętności osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.
3. Prowadzenie działań edukacyjnych w celu zachęcenia gmin do zwiększenia wydatków na programy z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowymi.
4. Inicjowanie i rozwijanie współpracy pomiędzy podmiotami i osobami działającymi na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowiskach lokalnych, mających na celu wymianę doświadczeń i promocję dobrych praktyk.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba zrealizowanych działań edukacyjnych i konferencji dla wójtów, burmistrzów i radnych, którzy mają wpływ na kształt lokalnej polityki wobec alkoholu.
2. Liczba działań edukacyjnych, w tym szkoleń i konferencji dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, mających na celu podniesienia poziomu i ujednoczenia wiedzy, kompetencji i umiejętności osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.
3. Liczba działań edukacyjnych w celu zachęcenia gmin do zwiększenia wydatków na programy z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowymi i przeciwdziałania zachowaniom, które mogą prowadzić do nałogów behawioralnych.
4. Liczba działań służących rozwijaniu współpracy pomiędzy podmiotami i osobami działającymi na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w środowiskach lokalnych.

Cel operacyjny 1.2.

Promocja zachowań prozdrowotnych mających związek z spożywaniem alkoholu oraz edukacja w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Wskaźniki osiągnięcia celu 1.2:

1. Opinia mieszkańców na temat lokalnej polityki prozdrowotnej związanej z spożywaniem alkoholu.
2. Postawy mieszkańców wobec zachowań prozdrowotnych mających związek z spożywaniem alkoholu.
3. Liczba osób, które skorzystały z edukacji zdrowotnej w zakresie ograniczania następstw zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu.

Działania:

1. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów.
2. Prowadzenie działań edukacyjnych dotyczących szkodliwości picia alkoholu w okresie ciąży oraz następstw w postaci zespołu FASD.
3. Prowadzenie działań edukacyjnych zaadresowanych do różnych grup wiekowych i społecznych.
4. Organizowanie lub współorganizowanie działań edukacyjnych w tym kampanii zaadresowanych do dzieci i młodzieży dotyczących zachowania przez nich abstynencji.
5. Tworzenie i upowszechnienie materiałów profilaktyczno-edukacyjnych na temat problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
6. Wspieranie lub/i realizacja kampanii edukacyjnych na temat działania alkoholu na organizm człowieka i ryzyka szkód związanego z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu adresowych do mieszkańców województwa mazowieckiego.
7. Promocja i wsparcie działań edukacyjnych na temat problemów wynikających z picia alkoholu (nadużywania lub ryzyka spożywania alkoholu w starszym wieku) przez osoby starsze adresowanych do mieszkańców województwa mazowieckiego.

8. Upowszechnianie informacji wśród mieszkańców województwa dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, możliwości jej przeciwdziałania a także miejscach dostępnej pomocy.
9. Przygotowanie i upowszechnianie informacji na temat lokalnej oferty pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym i problemem przemocy (np. ulotki, informatory, publikacje, strony internetowe, ogłoszenia w mediach lokalnych).
10. Promocja rekomendowanych programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych oraz promocja Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów
2. Liczba działań edukacyjnych dotyczących szkodliwości picia alkoholu w okresie ciąży oraz następstw w postaci zespołu FASD.
3. Liczba działań edukacyjnych zaadresowanych do dorosłych dotyczących używania alkoholu przez dzieci i młodzież.
4. Liczba działań edukacyjnych w tym kampanii zaadresowanych do dzieci i młodzieży dotyczących zachowania przez nich abstynencji.
5. Wykaz wytworzonych materiałów profilaktyczno-edukacyjnych na temat problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, formy i zasięg (liczba odbiorców) upowszechniania.
6. Liczba zrealizowanych kampanii edukacyjnych na temat działania alkoholu na organizm człowieka i ryzyka szkód związanego z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu adresowych do mieszkańców województwa mazowieckiego.
7. Liczba działań edukacyjnych na temat problemów wynikających z picia alkoholu (nadużywania lub ryzyka spożywania alkoholu w starszym wieku) przez osoby starsze adresowanych do mieszkańców województwa mazowieckiego.
8. Formy i zasięg (liczba odbiorców) upowszechnianie informacji wśród mieszkańców województwa dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, możliwości jej przeciwdziałania a także miejscach dostępnej pomocy.
9. Formy i zasięg (liczba odbiorców) upowszechniania informacji na temat lokalnej oferty pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym i problemem przemocy, np. ulotki, informatory, publikacje, strony internetowe, ogłoszenia w mediach lokalnych.
10. Formy i zasięg (liczba odbiorców) promocji rekomendowanych programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych oraz promocji Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.

Cel operacyjny 1.3.

Zwiększenie kompetencji i umiejętności osób pracujących w systemie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowym oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Wskaźnik osiągnięcia celu 1.3:

Wzrost wiedzy na tematy związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie u osób realizujących działania z tego zakresu.

Działania:

1. Prowadzenie szkoleń z zakresu wdrażania w środowisku lokalnym, w szczególności w szkołach, rekomendowanych programów profilaktycznych.
2. Prowadzenie szkoleń z zakresu diagnostyki i terapii lub umiejętności pomocy dzieciom z FAS/FASD i ich rodzinom.
3. Prowadzenie szkoleń dla pracowników leczenia odwykowego zwiększających ich kompetencje i umiejętności zawodowe, w tym z zakresu pracy z parą.
4. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym szkoleń i konferencji, dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz pracy z dzieckiem z rodziny z problemem alkoholowym i problemem przemocy.
5. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym szkoleń dla personelu medycznego, w zakresie stosowania wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (głównie pijących ryzykownie i szkodliwie), a także w zakresie zjawiska przemocy w rodzinie i procedury „Niebieskie Karty”.
6. Wspieranie superwizji dla pracowników leczenia odwykowego.
7. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym szkoleń i konferencji dotyczących przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym realizacji procedury Niebieskie Karty, pracy z osobą doświadczającą przemocy i stosującą przemoc w rodzinie.
8. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym wspieranie szkoleń dla kandydatów na kierowców oraz kierowców, w zakresie przestrzegania zakazu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu.
9. Współpraca międzynarodowa w zakresie realizacji Programu.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba szkoleń z zakresu profilaktyki używania alkoholu i leczenia uzależnień dla profesjonalistów pracujących w systemie pomocy dzieciom i młodzieży oraz osobom z problemem alkoholowym i ich rodzinom.
2. Liczba szkoleń z zakresu wdrażania w środowisku lokalnym, w szczególności w szkołach, rekomendowanych programów profilaktycznych.
3. Liczba szkoleń z zakresu diagnostyki, terapii oraz umiejętności pomocy dzieciom z FAS/FASD i ich rodzinom.
4. Liczba szkoleń dla pracowników leczenia odwykowego zwiększających ich kompetencje i umiejętności zawodowe, w tym z zakresu pracy z parą.
5. Liczba działań edukacyjnych, w tym szkoleń dla personelu medycznego, w zakresie stosowania wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (głównie pijących ryzykownie i szkodliwie), a także w zakresie zjawiska przemocy w rodzinie i procedury „Niebieskie Karty”.
6. Liczba superwizji dla pracowników leczenia odwykowego.
7. Liczba działań edukacyjnych, w tym szkoleń i konferencji, dotyczących przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym realizacji procedury Niebieskie Karty, pracy z osobą doświadczającą przemocy i stosującą przemoc w rodzinie.
8. Liczba działań edukacyjnych, w tym wspieranie szkoleń dla kandydatów na kierowców oraz kierowców, w zakresie przestrzegania zakazu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu.
9. Liczba wydarzeń międzynarodowych (np. spotkań, konferencji, wizyt studyjnych) związanych z realizacją Programu.

Obszar 2 : Profilaktyka

Cel operacyjny 2.1.

Ograniczenie picia alkoholu i czynników zwiększających ryzyka sięgania po alkohol w populacji generalnej

Wskaźniki osiągnięcia celu 2.1:

1. Spadek spożycia alkoholu (częstość/ilość) wśród nastoletnich uczniów w województwie mazowieckim.
2. Spadek spożycia alkoholu (częstość/ilość) wśród dorosłych mieszkańców województwa mazowieckiego.

Działania:

1. Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym wspieranie szkoleń adresowanych do sprzedawców napojów alkoholowych i właścicieli punktów sprzedaży, mających na celu ograniczanie sprzedaży napojów alkoholowych osobom poniżej 18 roku życia.
2. Wspieranie i upowszechnianie programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, w szczególności programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej.
3. Wspieranie i realizacja programów z zakresu profilaktyki uniwersalnej prowadzonych w miejscu pracy.
4. Wspieranie i realizacja programów profilaktycznych kształtujących umiejętności wychowawcze i pozytywne relacje rodzinne dla rodziców/ opiekunów i wychowawców dzieci i młodzieży.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba działań edukacyjnych, w tym wspieranie szkoleń adresowanych do sprzedawców napojów alkoholowych i właścicieli punktów sprzedaży, mających na celu ograniczanie sprzedaży napojów alkoholowych osobom poniżej 18 roku życia.
2. Liczba programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, w szczególności programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej realizowanych w województwie mazowieckim.
3. Liczba programów z zakresu profilaktyki uniwersalnej prowadzonych w miejscu pracy.
4. Liczba programów profilaktycznych kształtujących umiejętności wychowawcze i pozytywne relacje rodzinne dla rodziców/ opiekunów i wychowawców dzieci i młodzieży. Sprawozdania z realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Cel operacyjny 2.2.

Ograniczenie picia alkoholu i czynników zwieszających ryzyko sięgania po alkohol w grupach podwyższonego ryzyka.

Wskaźnik osiągnięcia celu 2.2.

Rozpowszechnienie czynników zmniejszających ryzyko picia alkoholu w grupach podwyższonego ryzyka.

Działania:

1. Wspieranie i upowszechnianie programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej, w szczególności programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.
2. Wspieranie programów socjoterapii oraz pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym i/lub programów opiekuńczo-wychowawczych oraz spotkań dla ich opiekunów i rodziców.
3. Wspieranie działalności świetlic socjoterapeutycznych, środowiskowych, klubów młodzieżowych ze szczególnym uwzględnieniem realizacji programów socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym i/lub programów opiekuńczo-wychowawczych.
4. Wspieranie organizacji wypoczynku letniego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym połączona z programem profilaktycznym lub socjoterapeutycznym.
5. Wspieranie realizacji programów przeciwdziałających przemocy w rodzinie, szczególnie z problemem alkoholowym.
6. Wspieranie realizacji programów adresowanych do dorosłych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (tzw. DDA).
7. Wspieranie i realizacja programów z zakresu profilaktyki selektywnej prowadzonych w miejscu pracy.
8. Wspieranie profilaktyki FASD.
9. Wspieranie programów wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec osób ryzykownie pijących alkohol.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba realizowanych programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej, w szczególności programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki selektywnej adresowanej do dzieci, młodzieży i osób dorosłych.
2. Liczba realizowanych programów socjoterapii oraz pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym i/lub programów opiekuńczo-wychowawczych oraz spotkań dla ich opiekunów i rodziców, a także liczba osób uczestniczących.
3. Liczba działających świetlic socjoterapeutycznych, środowiskowych, klubów młodzieżowych ze szczególnym uwzględnieniem tych, które realizują programy socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym i/lub programy opiekuńczo-wychowawcze.
4. Liczba zorganizowanych kolonii i obozów letnich dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym połączona z programem profilaktycznym lub socjoterapeutycznym, a także liczba osób uczestniczących.
5. Liczba zrealizowanych programów przeciwdziałających przemocy w rodzinie, szczególnie z problemem alkoholowym.
6. Liczba zrealizowanych programów adresowanych do dorosłych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (tzw. DDA).

7. Liczba zrealizowanych programów z zakresu profilaktyki selektywnej prowadzonych w miejscu pracy.
8. Liczba działań z zakresu profilaktyki FASD, a także liczba osób uczestniczących.
9. Liczba działań wspierających programy wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec osób ryzykownie pijących alkohol w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i w miejscach pracy.

Obszar 3: Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna społeczna i zawodowa

Cel operacyjny 3.1.

Poprawa jakości udzielanej pomocy, w tym terapii, dla osób pijących szkodliwie, uzależnionych od alkoholu i osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych oraz osób doznających przemocy w rodzinie, a także osób stosujących przemoc, w szczególności w związku z problemem alkoholowym.

Wskaźnik osiągnięcia celu 3.1.

Ocena jakości pomocy otrzymanej przez osoby pijące szkodliwie, uzależnione od alkoholu i osoby z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnione oraz osoby doznające przemocy w rodzinie, a także osoby stosujące przemoc, w szczególności w związku z problemem alkoholowym.

Działania:

1. Zwiększenie dostępności i poprawy jakości leczenia osób uzależnionych od alkoholu.
2. Zwiększenie dostępności do terapii osób uzależnionych od alkoholu oraz osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych.
3. Prowadzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.
4. Wspieranie oferty działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie.
5. Wspieranie i inicjowanie oferty pomocy dla osób niesłyszących, pijących problemowo oraz dla pacjentów z podwójną diagnozą.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba miejsc prowadzących terapię osób uzależnionych oraz osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych, zgodnie ze standardami jakości terapii uzależnień.
2. Liczba osób, które skorzystały z terapii dla osób uzależnionych oraz osób z ich najbliższego otoczenia, w tym współuzależnionych.
3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na wsparcie działalności Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.
4. Liczba działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie.
5. Liczba ofert pomocy dla osób niesłyszących pijących problemowo oraz dla pacjentów z podwójną diagnozą.

Cel operacyjny 3.2.

Rozwój wsparcia w zakresie rehabilitacji oraz reintegracji dla osób uzależnionych od alkoholu.

Wskaźnik osiągnięcia celu 3.2.

Liczba osób korzystających z pomocy rehabilitacyjnej lub reintegracyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, które podjęły aktywność zawodową lub edukacyjną.

Działania:

1. Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej, edukacyjnej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia – wspieranie lub tworzenie nowych (w zależności od potrzeb) Centrów Integracji Społecznej oraz Klubów Integracji Społecznej.
2. Inicjowanie i wspieranie działalności środowisk abstynenckich na Mazowszu.
3. Wspieranie szkoleń dla przedstawicieli różnych środowisk w celu zbudowania koalicji lokalnej na rzecz stworzenia kompleksowego i skutecznego planu reintegracji społecznej i zawodowej dla osób mających problemy z alkoholem.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba działań zmierzających do aktywizacji zawodowej, edukacyjnej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu oraz liczba działań zwiększających dostępność do istniejących form wsparcia w zakresie reintegracji.
2. Liczba działających organizacji abstynenckich na Mazowszu oraz liczba ich członków.
3. Liczba szkoleń dla przedstawicieli różnych środowisk w celu zbudowania koalicji lokalnej na rzecz stworzenia kompleksowego i skutecznego planu reintegracji społecznej i zawodowej dla osób mających problemy z alkoholem.

Cel operacyjny 3.3.

Zwiększenie świadomości w zakresie ryzyka związanego z wypadkami w ruchu drogowym w związku z używaniem alkoholu.

Wskaźnik osiągnięcia celu 3.3.

Ocena wiedzy i postawy wobec ryzyka związanego z wypadkami w ruchu drogowym w związku z używaniem alkoholu.

Działanie:

Wspieranie lub/i realizacja programów psychokorekcyjnych dla kierowców osadzonych w zakładach karnych, którzy stracili prawo jazdy w związku z prowadzeniem po alkoholu.

Wskaźnik do działania:

Liczba zrealizowanych programów psychokorekcyjnych dla kierowców osadzonych w zakładach karnych, którzy stracili prawo jazdy w związku z prowadzeniem po alkoholu.

Cel operacyjny 3.4.

Poprawa jakości i tworzenie warunków do zwiększenia pomocy dla dzieci z FASD i ich opiekunów.

Wskaźniki osiągnięcia celu 3.4:

1. Liczba miejsc świadczących specjalistyczną pomoc dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.
2. Liczba osób korzystających ze specjalistycznej pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.

Działanie:

Tworzenie systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z płodowym zespołem alkoholowym (Fetal Alcohol Syndrome – FAS) oraz dla ich rodziców i opiekunów.

Wskaźnik do działania:

Liczba działań podjętych w celu stworzenia systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z płodowym zespołem alkoholowym (Fetal Alcohol Syndrome – FAS) oraz dla ich rodziców i opiekunów.

Obszar 4. Diagnoza i monitoring problemów alkoholowych

Cel operacyjny 4.1.

Analiza problemów alkoholowych i związanych z przemocą w rodzinie oraz zasobów pomocowych na Mazowszu.

Wskaźnik osiągnięcia celu 4.1:

Liczba raportów/badań analitycznych dotyczących problemów alkoholowych i związanych z przemocą w rodzinie oraz zasobów pomocowych w województwie mazowieckim.

Działania:

1. Inicjowanie i wspieranie badań dotyczących skali używania alkoholu, problemów wynikających z używania alkoholu, w tym przemocy w rodzinie.
2. Inicjowanie i wspieraniem badań dotyczących czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z picciem alkoholu i przemocą w rodzinie.
3. Monitorowanie trendów w zakresie picia alkoholu i problemów z tym związanych.
4. Pozyskanie danych nt. stanu leczenia odwykowego.
5. Współpraca z samorządami, instytucjami rządowymi, organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami w zakresie danych o stanie problemów alkoholowych oraz zasobach pomocowych na terenie województwa mazowieckiego.

Wskaźniki do działań:

1. Liczba zrealizowanych badań dotyczących skali używania alkoholu, problemów wynikających z używania alkoholu, w tym przemocy w rodzinie.
2. Liczba zrealizowanych badań dotyczących skali używania alkoholu, problemów wynikających z używania alkoholu, w tym przemocy w rodzinie.
3. Liczba przeprowadzonych analiz trendów w zakresie picia alkoholu i problemów z tym związanych.
4. Liczba pozyskanych danych nt. stanu leczenia odwykowego.

5. Wykaz działań prowadzonych we współpracy z samorządami, instytucjami rządowymi, organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami w zakresie zbierania danych o stanie problemów alkoholowych oraz zasobach pomocowych na terenie województwa mazowieckiego.

2. Adresaci i realizatorzy Programu

Nadzór nad prawidłową realizacją Programu będzie sprawował Zarząd Województwa Mazowieckiego.

W celu realizacji programu Zarząd Województwa Mazowieckiego powołał Pełnomocnika ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (uchwała nr 1234/67/19 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 3 września 2019 r.), do zadań którego należy:

- 1) koordynacja przygotowania i realizacja wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- 2) udzielanie pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem;
- 3) współdziałanie z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

Realizatorem Programu w imieniu Samorządu Województwa Mazowieckiego będzie:

- Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w zakresie zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych (w tym badań i monitoringu);
- Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w zakresie zadań związanych z promocją i ochroną zdrowia.

Z uwagi na to, że rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie mazowieckim wymaga współpracy wielu podmiotów działających na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przy realizacji Programu zostanie podjęta współpraca z niżej wymienionymi podmiotami: organizacjami pozarządowymi i podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,

- Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- jednostkami samorządu terytorialnego,
- jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
- Wojewódzkim Ośrodkiem Uzależnienia od Alkoholu i Współzależnienia w Pruszkowie oraz innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego,
- placówkami oświaty,
- policją,
- organami wymiaru sprawiedliwości,
- jednostkami penitencjarnymi,
- placówkami ochrony zdrowia,
- Narodowym Funduszem Zdrowia,
- podmiotami ekonomii społecznej,
- uczelniami wyższymi,
- instytutami badawczymi,
- mediami.

Adresaci Programu:

Z uwagi na duży zasięg i zagrożenia związane z problemami alkoholowymi Program adresowany jest do wszystkich mieszkańców województwa mazowieckiego, bowiem celem działań realizowanych w ramach Programu jest zmniejszenie problemów powodowanych przez picie alkoholu w całej populacji, a nie tylko w grupach podwyższonego ryzyka.

Realizacja Programu będzie miała charakter ciągły, zatem nie przyporządkowuje się działań do poszczególnych lat jego obowiązywania. Program ma charakter otwarty i może być wzbogacony o nowe treści zgodnie z aktualnymi problemami, czy zmianami legislacyjnymi zachodzącymi w czasie jego obowiązywania. Należy podkreślić, że cele operacyjne i wskazane działania zaplanowane są na poziomie ogólnym, co umożliwi dostosowanie podejmowanych działań do lokalnych potrzeb.

VII. FINANSOWANIE PROGRAMU

Zgodnie z art. 93 ust. 19 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi opłaty, o których mowa w art. 92 ust. 1 tejże ustawy (czyli opłaty za zezwolenia na obrót hurtowy napojami alkoholowymi), mogą być wykorzystane przez zarządy województw wyłącznie na finansowanie:

- 1) zadań określonych w art. 4 ust. 1 ustawy (tj. realizację zadań, o których mowa w art. 1 i 2 ustawy, w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych);
- 2) zadań określonych w wojewódzkim programie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii ;
- 3) zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wojewódzkiego programu, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Na realizację zadań wynikających z Programu przeznaczone są środki uzyskane zgodnie z art. 92 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z tytułu wydawania zezwoleń na prowadzenie w kraju obrotu hurtowego napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu, ujęte w budżecie Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Finansowanie przez Samorząd Województwa Mazowieckiego zadań objętych Programem zależne jest od wysokości środków finansowych w każdym roku budżetowym (mając na uwadze wysokość dochodów związanych z ww. zezwoleniami), dlatego też zachodzi konieczność corocznego, szczegółowego określenia planu zadań realizowanych w ramach Programu i związanych z tym wydatków na dany rok. W związku z tym plan finansowy będzie przygotowywany na każdy kolejny rok obowiązywania Programu i będzie przedstawiany Zarządowi Województwa Mazowieckiego do akceptacji. Działania Programu będą finansowane też przez pozostałych parterów/współrealizatorów tego programu, a odrębne źródło finansowania zadań Programu mogą stanowić środki własne Województwa Mazowieckiego oraz środki pozyskane z funduszy UE oraz inne źródła.

Obowiązek informacyjny

Podmioty podejmujące współpracę przy realizacji niniejszego Programu zobowiązane będą do oznaczania wszelkich materiałów informacyjnych i promocyjnych oraz rzeczy zakupionych ze środków przeznaczonych na jego realizację zestawem logo zgodnie z ich wytycznymi: Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej, logo Marki Mazowsze i piktogramem „Porozumienie dla trzeźwości” oraz zawierać formułę: „Zrealizowano w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Województwa Mazowieckiego”.



VIII. MONITORING I EWALUACJA PROGRAMU

Monitorowanie realizacji Programu

Program będzie monitorowany corocznie poprzez analizę wskaźników pozyskiwanych ze sprawozdań i raportów instytucji/organizacji zaangażowanych w prowadzenie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie mazowieckim.

Instytucją odpowiedzialną za monitorowanie Programu będzie Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, które corocznie w terminie do 30 kwietnia przedstawi Zarządowi Województwa Mazowieckiego informację z realizacji Programu. Zostanie w niej wskazane, jakie działania zostały podjęte w kierunku realizacji celów i czy zakładane działania były realizowane tak, by założone cele zostały osiągnięte. Ponadto sformułowane zostaną krótkie rekomendacje (wnioski końcowe), które mogą posłużyć do korekty zapisów Programu, wynikające chociażby z sytuacji pandemii COVID-19 lub jako wskazówka do dalszej realizacji zadań. Natomiast pełna diagnoza stanu problemów alkoholowych w województwie mazowieckim będzie zrealizowana w 2024 r. lub na początku 2025 r.

Ewaluacja Programu

W 2025 r. przeprowadzona zostanie ewaluacja końcowa, która pozwoli ocenić efektywność Programu (w jakim stopniu cele operacyjne zostały osiągnięte, a co z tym się wiąże, czy został zrealizowany cel główny programu). Stanowić ona będzie też źródło użytecznych informacji przy planowaniu kolejnego programu wojewódzkiego.

IX. SZCZEGÓŁOWA DIAGNOZA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM

1. Powszechność zaburzeń wynikających z używania alkoholu

Alkohol jest najbardziej popularną substancją psychoaktywną zarówno wśród dorosłych, jak i młodych ludzi. Z badań epidemiologicznych (EZOP 2012)¹⁴ wynika, że w Polsce większość konsumentów alkoholu spożywa go na poziomie niskiego ryzyka szkód, jednak blisko 12% dorosłych Polaków nadużywa alkoholu, tzn. pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione, określane jako pijące szkodliwie. Ekstrapolacja wyników badań epidemiologicznych na populację ludności Polski w wieku 18–64 lata daje liczbę ponad 3 mln osób, u których można rozpoznać zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania wynikające ze spożywania alkoholu. W grupie tej ponad 600 tysięcy to osoby uzależnione od alkoholu. Problemy alkoholowe dotyczą zdecydowanie częściej mężczyzn (20,4%), niż kobiety (3,5%). Wśród dorosłych respondentów w wieku 18–64 lat odsetek osób pijących w sposób problemowy oszacowano na 18,6% (co odpowiada 4,3 mln osób w Polsce, ok. 10 tys. w województwie mazowieckim). Problemy te dotyczą 26,4% mężczyzn oraz 11,1% kobiet. Biorąc pod uwagę kategorie wiekowe najwięcej osób przyznających się do szkodliwego picia alkoholu było wśród osób w wieku 18–34 lat (22,5%), najmniej w grupie osób w wieku 50–64 lat – 14,7%. W grupie osób 35–49 lat 18,1% osób deklarowało przynajmniej jedno problemowe zachowanie. Dwóch lub więcej symptomów problemowego picia doświadczyło w ciągu ostatniego roku 9,1% badanych (czyli ok. 2 mln osób w Polsce, a 5,1 tys. w województwie mazowieckim), 13,6% mężczyzn oraz 4,6% kobiet, po 9,7 osób w grupach wiekowych 18–34 i 35–49 lat, natomiast 7,7% w grupie osób najstarszych.

Picie alkoholu w sposób ryzykowny lub szkodliwy, powodujący występowanie szkód zdrowotnych, psychologicznych, czy społecznych można definiować jako przekraczanie przy jednej okazji 40 g alkoholu w przypadku kobiet i 60 g. w przypadku mężczyzn. Przynajmniej raz w miesiącu do takiego szkodliwego sposobu picia alkoholu przyznało się ogółem 20,5% respondentów – 28,3% mężczyzn i 12,7% kobiet. W kategoriach wiekowych najwyższy odsetek odnotowano w grupie osób 35–49 lat – 22,8%, następnie w najmłodszej grupie 18–34 lata – 22,1%, a najmniejszy odsetek w grupie najstarszej 50–64 lata – 16,2%.

Odniesienie wyników badania EZOP do liczby mieszkańców Mazowsza w wieku 18–64 lat¹⁵, pozwala oszacować liczebność grupy osób nadużywających alkoholu w 2018 r. na nieco ponad 413 tys. Osób, w tym osób uzależnionych od alkoholu na ok. 82,6 tys. Kobiety stanowiły ok. 15% grupy nadmiernie pijących mieszkańców Mazowsza i 8,6% grupy osób uzależnionych na Mazowszu, co daje liczbę 61,95 tys. Kobiet nadużywających alkoholu, w tym 7,1 tys. Kobiet uzależnionych od alkoholu. Badanie EZOP pokazało również jak duża jest grupa abstynentów w województwie mazowieckim. W ogóle nie spożywało¹⁶ 17,6% osób w wieku 18–64 lat. Postawy abstynenckie były częstsze wśród kobiet (25,5%), niż wśród mężczyzn (10,9%). Dane te pozwalają stwierdzić, że w 2018 r. wśród abstynentów na Mazowszu było 455,5 tys. Kobiet i 184,7 tys. Mężczyzn w wieku 18–64 lata.

¹⁴ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., red. (2012): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska", Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

¹⁵ Dane Rocznika statystycznego województwa mazowieckiego 2018, GUS, data publikacji 31.12.2018.

¹⁶ W badaniu EZOP definiowano abstynencję, jako niespożywanie alkoholu w okresie co najmniej 12 miesięcy przed badaniem.

Badania EZOP dostarczają też informacji na temat częstości spożywania alkoholu przez osoby w wieku 18-64 lat, co pozwala oszacować ilu mieszkańców Mazowsza w wieku produkcyjnym spożywało alkohol w 2018 r. co najmniej raz w tygodniu. Z zestawienia wynika, że w 2018 r. co czwarty mieszkaniec Mazowsza w wieku produkcyjnym (832,5 tys.) spożywał alkohol co najmniej raz w tygodniu. W grupie tej było 187 tys. kobiet i 645,6 tys. mężczyzn.

Tabela 1. Częstość spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy na Mazowszu w 2018 r. (procenty i tys.).

| Wyszczególnienie | Ogółem | Kobiety | Mężczyźni |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| codziennie/prawie codziennie | 3,9% 125,7 | 0,6% 10,5 | 6,8% 115,2 |
| 3-4 razy w tygodniu | 5,1% 165,3 | 1,8% 31,5 | 7,9% 133,9 |
| 1-2 razy w tygodniu | 16,5% 541,5 | 8,3% 145,0 | 23,4% 396,5 |
| 1-3 razy w miesiącu | 24,5% 835,1 | 22% 384,4 | 26,6% 450,7 |
| rzadziej niż raz w miesiącu | 28,8% 990,6 | 37,3% 651,7 | 20% 338,9 |
| ani razu | 17,6% 630,2 | 25,5% 445,5 | 10,9% 184,7 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

2. Stan leczenia odwykowego w województwie mazowieckim w latach 2015–2018

Generalnie w badanym okresie pogorszyła się dostępność do leczenia odwykowego w województwie mazowieckim, szczególnie dla wybranych grup pacjentów, tj. dla osób niepełnosprawnych. Ważnym parametrem oceny dostępności jest średni czas oczekiwania osób uzależnionych i ich rodzin na wejście w program terapeutyczny.

Czas wejścia do programu terapeutycznego w poradniach leczenia uzależnień na Mazowszu w 2018 r. wydłużył się do ok. dwóch tygodni dla osób uzależnionych, co może się wiązać z koniecznością oczekiwania na lekarską poradę diagnostyczną warunkującą rozpoczęcie psychoterapii uzależnienia. Jednakże w ostatnich latach zarówno na Mazowszu, jak i w całej Polsce zdecydowanie skraca się czas oczekiwania na przyjęcie do całodobowych oddziałów terapeutycznych osób podejmujących leczenie dobrowolne, jak i zobowiązanych do leczenia. Członkowie rodzin osób uzależnionych oczekują na rozpoczęcie terapii zwykle ok. tygodnia. Analiza jakościowa zgromadzonych danych pokazuje, że wysoki średni czas oczekiwania członków rodzin na wejście w program terapeutyczny (3,4 tygodnia) w 2018 r. spowodowany był między koniecznością oczekiwania przez pacjentów na uruchomienie psychoterapii grupowej dla tzw. „dorosłych dzieci alkoholików”.

W latach 2015–2018 zmniejszyła się jednakże liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu. Największy procentowy spadek (-20%) dotyczy liczby oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. W tym okresie zostały zlikwidowane dwa oddziały detoksykacyjne w Warszawie i jeden w Sochaczewie, co znacznie ograniczyło dostępność tych świadczeń dla osób wymagających hospitalizacji. W 2018 r. trzy powiaty: białobrzeski, gostyniński i łosicki (tj. 7,9% powiatów na Mazowszu) nie zabezpieczyły

ambulatoryjnych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu¹⁷. Tak sama sytuacja miała miejsce w latach ubiegłych, choć wcześniej nie było poradni w powiecie kozienickim, a funkcjonowała w powiecie gostyńskim.

Tabela 2. Liczba placówek leczenia uzależnienia różnych typów na Mazowszu w latach 2015–2018 (dane PARPA¹⁸).

| Rok | Poradnie | Oddziały dienne | Oddziały całodobowe terapeutyczne | OLAZA oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) | Razem |
|------|----------|--------------------|--------------------------------------|--|-------|
| 2014 | 74 | 15 | 10 | 13 | 112 |
| 2015 | 76 | 10 | 10 | 15 | 111 |
| 2016 | 76 | 11 | 10 | 14 | 111 |
| 2017 | 73 | 14 | 10 | 12 | 109 |
| 2018 | 72 | 13 | 10 | 12 | 107 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Tabela 3. Liczba placówek leczenia uzależnienia różnych typów na Mazowszu w latach 2015–2018 (dane NFZ¹⁹)

| Rok | Poradnie | Oddziały dienne | Oddziały całodobowe terapeutyczne | OLAZA oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) | Razem |
|------|----------|--------------------|--------------------------------------|--|-------|
| 2014 | 94 | 15 | 10 | 15 | 134 |
| 2015 | 93 | 15 | 10 | 15 | 133 |
| 2016 | 93 | 15 | 10 | 14 | 132 |
| 2017 | 89 | 15 | 10 | 14 | 128 |
| 2018 | 91 | 15 | 10 | 12 | 127 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Warto zaznaczyć, że poza statystykami PARPA i NFZ znajdują się podmioty lecznicze finansowane poza sektorem finansów publicznych (świadczące usługi odpłatne dla pacjentów) oraz ośrodki działające poza prawem, nie zarejestrowane w wykazie podmiotów leczniczych prowadzonym przez urzędy wojewódzkie.

W 2018 r. zdecydowana większość (78%) placówek ambulatoryjnych na Mazowszu była czynna co najmniej przez pięć dni w tygodniu. Pozostałe pracowały 4 lub 3 dni w tygodniu. W porównaniu do poprzedniego okresu nastąpiło pogorszenie dostępności, ponieważ w 2014 r. 83% poradni przyjmowało pacjentów we wszystkie dni tygodnia. Blisko 70% poradni pracowało ponad 40 godzin tygodniowo, a co piąta była dostępna przez mniej niż 30 godzin w tygodniu. W 2014 r. w województwie mazowieckim nie było poradni pracującej w tygodniu krócej niż 20 godzin. W 2018 r. takich placówek było 13%²⁰.

Dostępność świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu warunkowana jest nie tylko wysokością środków, jakie placówki pozyskują na leczenie pacjentów, ale również warunkami leczenia (usytuowanie placówki, lokal, wyposażenie, kadra specjalistów) oraz ograniczeniami regulaminowymi i programowymi.

¹⁷ Brak placówki leczenia uzależnień w powiecie oznacza brak tej placówki na terenie powiatu ziemskiego, okalającego powiat miejski również pozbawiony dostępu do świadczeń w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu. Jeśli w powiecie miejskim (będącym najczęściej większym miastem) funkcjonowała placówka leczenia uzależnienia od alkoholu, a w okalającym go powiecie ziemskim nie było takiej placówki - powiat nie był liczony jako biała plama na mapie ambulatoryjnych placówek lecznictwa odwykowego.

¹⁸ Dane z listy adresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, prowadzonej przez PARPA we współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.

¹⁹ Dane NFZ z corocznych sprawozdań dla PARPA.

²⁰ Dane PARPA, Placówki lecznictwa odwykowego w 2014 r. i 2018 r.

Czynniki te mogą ograniczać faktyczną dostępność pomocy dla wybranych grup pacjentów, w tym dla osób niepełnosprawnych. Analiza informacji przekazywanych przez mazowieckie placówki odwykowe do bazy PARPA nie wskazuje na poprawę w latach 2015–2018 dostępności leczenia odwykowego dla osób niepełnosprawnych. Niepokojącym faktem jest nadal bardzo wysoki i nie ulegający poprawie odsetek deklaracji nieprzyjmowania do leczenia pacjentów upośledzonych umysłowo, z organicznymi zaburzeniami psychicznymi oraz ze współwystępującym zaburzeniem psychicznym (tzw. „podwójne rozpoznanie”). Szczególnie niepokojący jest fakt braku powszechnej gotowości do przyjęcia do oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, które są oddziałami ratującymi życie, osób niewidomych, głuchych, upośledzonych umysłowo, z organicznymi zaburzeniami psychicznymi oraz z podwójnym rozpoznaniem. Oddziały te funkcjonują w trybie szpitalnym, najczęściej w ramach szpitali psychiatrycznych.

Tabela 4. Odsetki placówek deklarujących dostępność do leczenia uzależnienia dla osób niepełnosprawnych w latach 2015–2018 na Mazowszu (M) i w Polsce (P).

| Rodzaj niepełnosprawności | 2015 M | 2015 P | 2016 M | 2016 P | 2017 M | 2017 P | 2018 M | 2018 P |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| osoby niewidome | 39 | 37 | 34 | 37 | 37 | 37 | 35 | 36 |
| osoby niesłyszące | 13 | 11 | 12 | 11 | 14 | 12 | 11 | 11 |
| osoby niedosłyszące | 81 | 79 | 78 | 81 | 85 | 84 | 87 | 82 |
| osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich | 71 | 76 | 68 | 76 | 70 | 78 | 80 | 78 |
| osoby upośledzone umysłowo w stopniu lekkim | 89 | 90 | 87 | 90 | 82 | 90 | 86 | 90 |
| osoby upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym | 32 | 43 | 30 | 43 | 34 | 47 | 24 | 45 |
| osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi w stopniu lekkim | 89 | 86 | 82 | 85 | 78 | 85 | 83 | 87 |
| osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi w stopniu umiarkowanym | 33 | 44 | 29 | 44 | 35 | 46 | 32 | 47 |
| osoby uzależnione ze współwystępującym innym zaburzeniem psychicznym | 81 | 83 | 70 | 81 | 73 | 84 | 69 | 83 |
| osoby przewlekłe chore somatycznie, samodzielnie się poruszające | 93 | 90 | 88 | 91 | 88 | 90 | 93 | 91 |
| osoby będące nosicielami chorób zakaźnych (HIV, HCV, inne) | 82 | 81 | 78 | 81 | 83 | 82 | 85 | 80 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

W oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych pacjenci są przyjmowani najczęściej od razu, w zależności od liczby wolnych miejsc i ich stanu zdrowia.

Czas wejścia do programu terapeutycznego w poradniach na Mazowszu w 2018 r. wydłużył się do ok. dwóch tygodni dla osób uzależnionych, co może się wiązać z koniecznością oczekiwania na lekarską poradę diagnostyczną warunkującą rozpoczęcie psychoterapii uzależnienia. Podobna tendencja występuje od kilku lat w całym kraju.

Członkowie rodzin osób uzależnionych oczekują na rozpoczęcie terapii zwykle ok. tygodnia. Analiza jakościowa zgromadzonych danych pokazuje, że wysoki średni czas oczekiwania członków rodzin na wejście w program terapeutyczny (3,4 tygodnia) w 2018 r. spowodowany był między koniecznością oczekiwania przez pacjentów na uruchomienie psychoterapii grupowej dla tzw. „dorosłych dzieci alkoholików”.

Tabela 5. Członkowie rodzin: czas oczekiwania w tygodniach na leczenie w poradniach województwa mazowieckiego i w Polsce w latach 2015–2018.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------|------|------|------|------|
| Mazowsze | 1,8 | 1,3 | 1,1 | 3,4 |
| Polska | 1,3 | 1,3 | 1,4 | 1,4 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Podobnie jak w całym kraju, w 2018 r. 94% mazowieckich placówek odwykowych przyjmowało bezwarunkowo do leczenia osoby nieubezpieczone, tylko cztery poradnie odmawiały czasami prawa do leczenia osobom nie mającym ubezpieczenia. Jest to poprawa w stosunku do 2015 r., gdy 88% placówek zawsze przyjmowało pacjentów nieubezpieczonych, trzy poradnie nigdy ich nie przyjmowały, a cztery poradnie i dwa oddziały dzienne czasami odmawiały przyjęcia pacjentów nieubezpieczonych.

3. Osoby leczone z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu²¹

Z danych NFZ wynika, że w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu, podobnie jak w Polsce, od 2015 maleje liczba pacjentów.

Tabela 6. Liczba pacjentów objętych leczeniem odwykowym na Mazowszu i w Polsce w latach 2015–2018.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|
| Mazowsze | 54 782 | 50 124 | 46 295 | 46 088 |
| Polska | 353 918 | 338 638 | 325 636 | 326 219 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

W 2018 r. większość pacjentów lecznictwa odwykowego leczyła się ambulatoryjnie. To co może niepokoić na Mazowszu to fakt, że w porównaniu do sytuacji w kraju, bardzo mało osób otrzymało pomoc w dziennych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu.

Tabela 7. Odsetki pacjentów zarejestrowanych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce w 2018 r.

| Wyszczególnienie | Mazowsze (% wszystkich leczonych) | Polska (% wszystkich leczonych) |
|------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| poradnie | 79,2 | 73,2 |
| DOTUA | 2,6 | 3,2 |
| COTUA | 5,9 | 10,7 |
| OLAZA | 12,3 | 12,7 |
| inne | - | 0,2 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Proporcje osób leczonych w placówkach odwykowych w latach 2015–2018 z podstawowymi rozpoznaniem: uzależnienia od alkoholu, picia szkodliwego oraz zaburzeń występujących u osób bliskich (zwanym współuzależnieniem i syndromem dorosłych dzieci alkoholików) zmieniały się na niekorzyść osób współuzależnionych. Korzystnym zjawiskiem jest znacznie wyższa niż ogółem w Polsce proporcja osób pijących alkohol szkodliwie.

²¹ Dane NFZ za lata 2015–2018. PARPA gromadzi dane z ok. 80% placówek leczenia uzależnienia od alkoholu (na Mazowszu z ok. 70%), stąd w prezentacji danych dotyczących pacjentów i personelu placówek leczenia uzależnienia od alkoholu dane PARPA posłużą do szacunków, analizy trendów i porównań sytuacji na Mazowszu i w Polsce oraz do wskazania proporcji i tendencji.

Tabela 8. Odsetki pacjentów z rozpoznanymi różnymi zaburzeniami w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce w roku 2015–2018.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Polska 2018 |
|-------------------|------|------|------|------|-------------|
| uzależnieni | 72,2 | 75,0 | 75,5 | 72,8 | 77,6 |
| pijący szkodliwie | 4,4 | 5,0 | 4,3 | 4,5 | 2,5 |
| współuzależnieni | 17,8 | 15,6 | 15,5 | 15,4 | 15,0 |
| DDA | 5,4 | 4,1 | 4,2 | 6,8 | 4,4 |
| inni | 0,2 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Warto zauważyć, że łączne odsetki osób leczonych z powodu rodzinnych obciążeń picciem osób bliskich (osoby współuzależnione i DDA) są na Mazowszu wyższe niż średnio w placówkach odwykowych w kraju (22,2% v. 19,4%). Być może jest to konsekwencja silniejszego leczenia ambulatoryjnego. Kobiety stanowią 32% wszystkich osób zarejestrowanych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, przy czym stanowią one aż 85% grupy osób szukających pomocy z powodu rodzinnych obciążeń picciem osób bliskich (osoby współuzależnione, DDA) i tylko 20% w grupie osób leczonych z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Podobnie jak w innych placówkach leczenia uzależnienia w Polsce, na Mazowszu kobiety uzależnione korzystają przede wszystkim z terapii w placówkach ambulatoryjnych i oddziałach dziennych. Specyfiką województwa mazowieckiego jest znacznie mniejsza, niż średnio w kraju, proporcja uzależnionych kobiet w całodobowych oddziałach terapeutycznych i w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Tabela 9. Odsetek kobiet leczonych w różnych typach placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce w roku 2018.

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|--|----------|--------|
| Poradnie | 39,4 | 39,3 |
| Dzienny oddział leczenia uzależnień (DOTUA) | 26,7 | 26,0 |
| Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/ Całodobowy oddział leczenia uzależnień (COTUA) | 12,3 | 16,5 |
| Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA) | 4,4 | 9,2 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Przeważającą grupą pacjentów uzależnionych objętych leczeniem odwykowym w 2018 r. w Polsce były osoby w wieku 30–64 lat, stanowiące aż 82% wszystkich zarejestrowanych. Drugą co do liczebności grupą wiekową byli młodzi dorośli. Osoby w wieku 20–29 lat to 12% wszystkich leczonych z powodu zaburzeń poalkoholowych²². Nieco inaczej wyglądała sytuacja na Mazowszu, gdzie osoby w wieku 30–64 lat stanowiły 78% wszystkich osób leczonych z powodu rozpoznania uzależnienia, zaś grupa tzw. młodych dorosłych (od 20 do 29 lat) stanowiła 15% pacjentów. Pacjenci sądownie zobowiązani do leczenia odwykowego w województwie mazowieckim stanowili (w porównaniu do sytuacji w całym kraju) mniejszy odsetek pacjentów leczonych w placówkach odwykowych. Warto też zauważyć, że choć w większej proporcji rozpoczęli podstawowy program terapii, jednak rzadziej wytrwali w nim do końca.

²² Dane PARPA za 2018 r. Placówki lecznictwa odwykowego w 2018 r.

4. Kadra lecznictwa odwykowego

Jak wykazały dane z 2018 r. uzyskane z 71 placówek lecznictwa odwykowego na Mazowszu – blisko co czwarty (w Polsce średnio co piąty) pracownik lecznictwa odwykowego był lekarzem. Pozostali to psycholodzy (niepracujący jako terapeuci), którzy stanowili 3% kadry merytorycznej, psychoterapeuci (inni niż specjaliści psychoterapii uzależnień) – 1,5%, oraz inni pracownicy – ok. 0,5%. W grupie osób pracujących na stanowiskach specjalistów psychoterapii uzależnień w placówkach mazowieckich blisko 70% miało już certyfikaty, podobnie w grupie instruktorów terapii uzależnień. Jest to sytuacja nieco gorsza niż średnia krajowa, gdzie certyfikat specjalisty zdobyło już prawie 80% osób pracujących na stanowiskach specjalistów psychoterapii uzależnień, zaś w grupie instruktorów certyfikatem legitymuje się 76% osób. Zdecydowana większość lekarzy (tj. 82%) miała ukończoną specjalizację z zakresu psychiatrii.

Tabela 10. Osoby mające certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień w grupie terapeutów pracujących w placówkach leczenia uzależnień na Mazowszu w latach 2015–2018 i w Polsce w 2018 r.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Polska 2018 |
|---|------|------|------|------|-------------|
| liczba osób na stanowisku specjalistów | 227 | 230 | 249 | 258 | 2145 |
| liczba osób z certyfikatem specjalisty | 158 | 152 | 166 | 180 | 1707 |
| procent osób posiadających certyfikat specjalisty w grupie osób na stanowisku specjalisty | 69,6 | 66,0 | 66,0 | 69,7 | 79,6 |
| liczba osób na stanowisku instruktora | 29 | 23 | 23 | 20 | 309 |
| liczba osób z certyfikatem instruktora | 16 | 17 | 19 | 14 | 235 |
| procent osób posiadających certyfikat instruktora w grupie osób na stanowisku instruktora | 55,2 | 74,0 | 82,6 | 70,0 | 76,0 |
| procent placówek raportujących do bazy | 73,3 | 71,9 | 73,4 | 66,0 | 78,0 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

W latach 2015–2018 odsetek osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień znacząco nie poprawił się na Mazowszu. Fakt ten można częściowo tłumaczyć narastającą w ostatnich latach tendencją do odchodzenia z publicznych placówek leczenia uzależnień osób najbardziej doświadczonych i najwyższej wykwalifikowanych i zajmowania ich miejsc pracy przez osoby podejmujące kształcenie zawodowe.

5. Leczenie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu oraz oferta pomocy

Z informacji zgromadzonych przez PARPA na temat funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu wynika, że niemal wszystkie z nich (ok. 95–99%), poza oddziałami leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, oferowały pacjentom podstawowy program terapii uzależnienia od alkoholu. Większość poradni, a nawet część całodobowych i dziennych oddziałów terapii realizowała również w całości (lub w części) programy ponadpodstawowe. Zakres oferty leczenia osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu na Mazowszu jest podobny do zakresu oferowanego w całej Polsce.

W latach 2015–2018 w polskim leczeniu odwykowym, w tym też na Mazowszu, ustabilizowała się częstotliwość ordynowania leków w leczeniu uzależnienia od alkoholu. W 2018 r. w placówkach mazowieckich w ofercie rzadziej, w porównaniu do placówek w Polsce, ordynowano esperal (oceniany jako nieskuteczny w leczeniu uzależnienia od alkoholu) oraz anticol i akamprozat, częściej zaś naltrekson i nalmefen (nowy lek zarejestrowany w 2014 r). Farmakoterapia jest najczęściej stosowana jako wsparcie psychoterapii, a częstotliwość zlecenia leków jest ograniczona ich wysoką ceną (leki te nie są refundowane). Oferta pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym realizowana jest przede wszystkim w poradniach i dziennych oddziałach terapii, chociaż wskazane jest, aby spotkania konsultacyjno-edukacyjne i sesje rodzinne organizowały również oddziały całodobowe, w tym oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Większość placówek ambulatoryjnych deklaruje realizację podstawowego programu terapii współuzależnienia, nieco mniejszy odsetek może zaproponować członkom rodziny pracę w programach ponadpodstawowych. Na Mazowszu mniejszy odsetek poradni, niż w Polsce, deklaruje realizację terapii par i rodzin. Jest to negatywna tendencja bowiem badania dowodzą większej skuteczności leczenia uzależnienia w sytuacji, gdy pracuje się nie tylko z osobą uzależnioną, ale też z jej rodziną.

Tabela 11. Odsetki placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu deklarujących stałą realizację w latach 2015–2018 działań wskazanych w tabeli w ramach programów leczenia członków rodzin osób uzależnionych

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Polska 2018 |
|--|------|------|------|------|-------------|
| Spotkania edukacyjno-konsultacyjne dla członków rodzin | 62 | 52 | 56 | 55 | 58 |
| Sesje rodzinne | 78 | 80 | 66 | 68 | 74 |
| Terapia par | 21 | 23 | 17 | 18 | 30 |
| Terapia rodzin | 22 | 21 | 20 | 21 | 29 |
| Program podstawowy współuzależnienia | 61 | 57 | 61 | 61 | 60 |
| Program ponadpodstawowy współuzależnienia | 39 | 39 | 41 | 42 | 44 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

6. Oferty leczenia dla szczególnych grup pacjentów

Oferta dla szczególnych grup pacjentów jest dość bogata. Poniższa pokazuje poszerzenie oferty pracy z osobami z zaburzeniami nawyków i popędów (np. hazard), co jest trendem ogólnopolskim i wynika w dużej mierze z sytuacji kreowania zapotrzebowania na te świadczenia poprzez możliwość pozyskiwania dodatkowych środków z funduszu hazardowego. W porównaniu z ofertą ogólnopolską mazowieckie placówki odwykowe rzadziej pracują z osobami doświadczającymi przemocy, sprawcami przemocy oraz z osobami mającymi podwójne rozpoznanie (uzależnienie i współwystępujące inne zaburzenie psychiczne). Nie można zaobserwować poprawy w zakresie oferty pomocy dla pacjentów uzależnionych od nikotyny. Biorąc pod uwagę fakt, że ponad 80% uzależnionych od alkoholu jest również głęboko uzależnionych od nikotyny oraz uwzględniając negatywne konsekwencje palenia tytoniu dla zdrowia należy uznać zakres oferowanej pomocy leczenia odwykowego w tym zakresie za niewystarczający.

Tabela 12. Odsetki placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu deklarujących stałą realizację (w latach 2015–2018) działań w ramach programów leczenia innych grup pacjentów.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Polska 2018 |
|---|------|------|------|------|-------------|
| Pomoc psychologiczna dla DDA | 55 | 51 | 51 | 52 | 49 |
| Psychoterapia indywidualna DDA | 45 | 43 | 48 | 45 | 48 |
| Psychoterapia grupowa DDA | 22 | 23 | 19 | 25 | 23 |
| Program pomocy dla osób doświadczających przemocy domowej | 23 | 20 | 20 | 24 | 31 |
| Program dla osób stosujących przemoc | 12 | 15 | 12 | 13 | 22 |
| Program leczenia dla osób uzależnionych od nikotyny | 20 | 12 | 15 | 17 | 24 |
| Program leczenia dla osób z podwójną diagnozą | 46 | 37 | 40 | 42 | 54 |
| Program dla osób z rozpoznaniem patologicznego hazardu | 41 | 43 | 35 | 41 | 54 |
| Program dla osób z zaburzeniami innych nawyków i popędów | 25 | 21 | 26 | 41 | 42 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

7. Finansowanie lecznictwa

W latach 2015–2018 (poza rokiem 2016) systematycznie rosły kwoty przeznaczane na leczenie uzależnienia od alkoholu w województwie mazowieckim. Porównanie danych mazowieckich i ogólnopolskich ukazuje lepsze od przeciętnego w kraju finansowanie ze strony NFZ i samorządów gmin mazowieckich.

8. Finansowanie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu przez NFZ

O wysokości środków na realizację świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu decydują wojewódzkie oddziały NFZ, kreujące politykę zabezpieczenia świadczeń na danym terenie. Oddziały wojewódzkie nie mają wpływu na wysokość wszystkich środków na świadczenia zdrowotne w województwie, ale mogą samodzielnie ustalać, w jakiej proporcji podzielą te środki, którymi na dany rok dysponują.

Tabela 13. Wartości kontraktów w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu w latach 2015–2018 w Polsce i na Mazowszu (w zł) w podstawowych typach placówek.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| poradnie | 24 636 756 | 22 553 949 | 23 129 696 | 23 724 960 |
| DOTUA | 3 797 115 | 3 655 590 | 4 247 714 | 4 071 917 |
| COTUA | 15 759 067 | 15 873 185 | 16 255 305 | 16 613 206 |
| OLAZA | 15 004 345 | 14 516 557 | 13 808 062 | 13 711 296 |
| razem | 59 197 285 | 56 599 283 | 57 440 778 | 58 121 380 |
| Polska | 410 954 539 | 411 896 087 | 436 972 342 | 436 332 932 |
| % kontraktów Mazowsza w puli kontraktów odwykowych w kraju | 14,4 | 13,7 | 13,1 | 13,3 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Po spadku w 2016 r. wartości kontraktów w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu zaczęły rosnąć. Na Mazowszu ok. 40% środków kierowana jest do leczenia ambulatoryjnego. Z drugiej strony w porównaniu do danych ogólnopolskich Mazowsze finansuje w większej proporcji oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, w mniejszej zaś całodobowe oddziały terapeutyczne.

9. Samorzady gminne

W ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych samorzady gmin zwiększają dostępność pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz udzielają rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychologicznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie (art. 41 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Analiza finansowego wsparcia placówek leczenia uzależnienia od alkoholu ze strony samorządów gmin w latach 2015–2018 na Mazowszu pokazuje, że łączna wysokość środków przeznaczonych na dofinansowanie leczenia odwykowego w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wynosiła od 9 794 034 zł (w roku 2015) do 10 519 778 zł w roku 2018, przy czym, podobnie jak w całym kraju, nie można zaobserwować jednoznacznej tendencji rosnącej, czy malejącej (załamanie trendu rosnącego w 2016 r.)

Tabela 14. Finansowe wsparcie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce przez samorzady gmin w latach 2015–2018 (w zł).

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Razem Mazowsze – zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej | 9 600 625 | 7 285 087 | 10 149 641 | 10 519 778 |
| Mazowsze – budżet GPPIRPA | 89 435 255 | 82 017 994 | 92 374 864 | 99 625 126 |
| Polska – zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej | 34 597 207 | 35 627 853 | 51 529 514 | 56 091 981 |
| Polska – budżet GPPIRPA | 584 190 079 | 573 506 041 | 642 919 962 | 673 638 693 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Środki wydatkowano w większości na zwiększenie dostępności świadczeń: finansowanie programów zdrowotnych, zakup dodatkowych świadczeń oraz dodatkowe zatrudnienie w placówkach specjalistów.

10. Samorząd województwa – WOTUW

W ramach zadań wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych samorząd województwa mazowieckiego realizuje leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu (art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), w tym działania pozalecnicze prowadzone przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Pruszkowie na rzecz placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu. Urzędy marszałkowskie w Polsce dofinansowują działalność leczniczą placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, zwłaszcza tych, wobec których są podmiotem prowadzącym.

Na Mazowszu samorząd województwa dofinansowywał, podobnie jak w poprzednich latach, wyłącznie te placówki, wobec których był organem założycielskim²³.

Tabela 15. Dofinansowanie działalności leczniczej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie mazowieckim przez samorząd województwa w latach 2015–2017 (w zł).

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|----------------|----------------|------------------|
| inwestycje, remonty oraz doposażenie | 170 887 | 178 420 | 457 923 |
| programy zdrowotne, szkolenia pracowników | 409 112 | 398 352 | 621 054 |
| udział wydatków na inwestycje (w %) | 29% | 31% | 42% |
| RAZEM | 579 999 | 576 772 | 1 078 977 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Powyższe zestawienie ukazuje niemalejące wsparcie finansowe działalności leczniczej placówek odwykowych (w zakresie remontów, doposażenia placówek, programów zdrowotnych, szkoleń pracowników) przez samorząd województwa. Na inwestycje, remonty doposażenie placówek przeznaczono na Mazowszu od 29 do 42% środków wojewódzkich i jest to sytuacja odmienna niż w innych województwach, gdzie wydatki inwestycyjne konsumują ok. 90% wszystkich środków wojewódzkich kierowanych do placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. Co szósta placówka leczenia uzależnienia od alkoholu, raportująca w 2018 r. do bazy PARPA (15%), otrzymała w 2018 r. bezpośrednie dofinansowanie działalności leczniczej ze strony Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. W Polsce otrzymanie wsparcia ze strony samorządu województwa zadeklarowało tylko co dziesiąta placówka odwykowa²⁴.

11. Finansowanie zadań pozaleczniczych Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Pruszkowie²⁵

Na wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia, organizowane przez zarządy województw, ustawodawca nałożył, poza leczeniem pacjentów, zadania pozalecznicze, których realizacja wymaga finansowania, a które nie mogą być finansowane z kontraktu z NFZ. Do zadań tych należą:

- 1) monitorowanie funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w zakresie dostępności świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu na terenie województwa;
- 2) ocena jakości świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu udzielanych na terenie województwa oraz przygotowanie wniosków i zaleceń w tym zakresie, w tym wnioskowanie o konieczności podjęcia doskonalenia zawodowego pracowników;
- 3) opiniowanie wojewódzkich strategii i planów w zakresie zdrowia publicznego;
- 4) udzielanie konsultacji podmiotom leczniczym prowadzącym placówki oraz innym podmiotom zajmującym się rozwiązywaniem problemów alkoholowych;

²³ Opis i następująca po nim prezentacja danych dotyczy środków przekazywanych przez Urząd Marszałkowski bezpośrednio placówkom. Poza takim rodzajem wsparcia finansowego lecznictwa odwykowego samorząd wojewódzki przekazuje corocznie dotację na realizację zadań pozaleczniczych WOTUW, kierowanych do placówek lecznictwa odwykowego w województwie (szkolenia, superwizje, diagnozy, konsultacje, itp).

²⁴ Dane z bazy PARPA 2018.

²⁵ Dane ze sprawozdania z pozaleczniczej działalności Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia za lata 2015–2018 składane corocznie do PARPA oraz dane z ankiety PARPA W1.

- 5) prowadzenie działalności metodyczno-organizacyjnej w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów oraz leczenia uzależnienia od alkoholu na terenie województwa, a także ocena tych danych;
- 6) inicjowanie i realizacja działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach, w tym organizowanie staży i szkoleń;
- 7) inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kompetencje zawodowe osób współdziałających z placówkami w realizacji zadań programowych;
- 8) współpraca z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz wojewódzkim konsultantem do spraw psychiatrii i wojewódzkim konsultantem do spraw psychologii klinicznej.

WOTUW mazowiecki otrzymuje na realizację wymienionych powyżej zadań co roku środki finansowe w formie dotacji. Wysokość tych środków (w zł) w latach 2015–2017 przedstawia tabela poniżej.

Tabela 16. Finansowanie zadań pozaleczniczych WOTUW przez Samorząd Województwa Mazowieckiego w latach 2015–2018²⁶ oraz przez wszystkie samorządy wojewódzkie w Polsce.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---------|---------|---------|-----------|
| WOTUW Pruszków | 220 000 | 212 706 | 270 215 | 234 671 |
| Ogółem WOTUW w Polsce | 904 654 | 893 656 | 942 686 | 1 061 100 |
| Odsetek dofinansowania WOTUW Pruszków w kwocie finansowania wszystkich WOTUW w Polsce | 24% | 24% | 29% | 22% |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Warto podkreślić, że dofinansowanie zadań pozaleczniczych WOTUW na Mazowszu jest najwyższe w kraju. Analiza realizacji poszczególnych zadań mazowieckiego WOTUW w latach 2015–2018 ukazuje jego słabnący potencjał diagnostyczno-interwencyjny, jak również malejący realny kontakt z placówkami odwykowymi na terenie Mazowsza. W latach 2015–2018 w zebraniach organizowanych przez WOTUW uczestniczyło ok. 20% przedstawicieli placówek leczenia odwykowego, zaś w szkoleniach od 11 do 25%.

Tabela 17. Realizacja poszczególnych zadań pozaleczniczych przez WOTUW Pruszków w latach 2015–2018.

| Wyszczególnienie | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|
| prowadzenie i aktualizowanie listy adresowej placówek | + | + | + | + |
| liczba narad szkoleniowych | 2 | 1 | 1 | 1 |
| konsultacje placówek | + | - | + | + |
| opinie, diagnozy placówek | - | - | - | - |
| interwencje w sprawie placówek | - | - | - | - |
| liczba zorganizowanych szkoleń, superwizji | 11 | 3 | 19 | 6 |
| refundacja szkoleń w ramach zdobywania certyfikatów | + | + | + | + |
| rekomendacja kandydatów na biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu | + | + | + | + |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

²⁶ Dane ankiety sprawozdającej działania pozalecznicze Wojewódzkiego Ośrodka Terapii w latach 2015–2018.

Zestawienie ukazuje duże zaangażowanie WOTUW mazowieckiego w działania w zakresie doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu i jego małą aktywność w obszarze podejmowania interwencji w interesie placówek, a także w zakresie opiniowania projektów nowych aktów prawnych, rozwiązań systemowych, czy merytorycznych. Pogarsza się prowadzona przez WOTUW jakość monitorowania stanu leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie mazowieckim.

Tabela 18. Odsetek zebranych przez WOTUW ankiet dotyczących pracy placówek odwykowych na Mazowszu i w Polsce w latach 2015–2018.

| Rok | Mazowsze | Polska |
|------|----------|--------|
| 2015 | 73 | 82 |
| 2016 | 73 | 83 |
| 2017 | 73 | 82 |
| 2018 | 66 | 78 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

12. Pomoc rodzinom z problemem alkoholowym poza systemem leczenia odwykowego

12.1. Pomoc materialna

W latach 2014–2018 zmniejszała się liczba rodzin korzystających z pomocy materialnej w związku z uzależnieniem lub nadużywaniem alkoholu przez jednego z członków rodziny – spadek o blisko 13,5%. Jednocześnie w tym samym okresie zwiększały się ogólne wydatki na tego rodzaju pomoc – wzrost o 16% czyli o ponad 3,3 mln zł oraz wzrosła średnia kwota środków finansowych przeznaczana na jedną rodzinę w związku z alkoholem – wzrost o 34%, czyli o 670 zł. W porównaniu ze średnią ogólnopolską Mazowsze przeznacza mniej środków z pomocy społecznej na pomoc dla rodzin z problemem alkoholowym.

12.2. Punkty konsultacyjne

Znaczącą rolę w lokalnym systemie pomocy osobom uzależnionymi i ich rodzinom odgrywają punkty informacyjno-konsultacyjne dla osób uzależnionych i członków ich rodzin. Ich zdaniem jest głównie udzielanie konsultacji i motywowanie do podjęcia leczenia, a także udzielanie wsparcia po zakończonym leczeniu²⁷. Na Mazowszu w latach 2015–2017 liczba punktów konsultacyjnych utrzymywała się na stabilnym poziomie (264–266), natomiast w roku 2018 odnotowano spadek liczby punktów o 10 w stosunku do roku poprzedniego. Natomiast liczba klientów punktów konsultacyjnych zmniejszyła się w latach 2015–2018 – o blisko 1 900 osób uzależnionych i ponad 4 tys. dorosłych członków ich rodzin, co stanowi odpowiednio spadek o ponad 11% i 30%. Pomimo ogólnego spadku liczby klientów punktów konsultacyjnych wielkość środków finansowych przeznaczanych na ich funkcjonowanie systemicznie rosła w czasie porównywanych 4 lat, odnotowując wzrost o ponad 1 200 000 zł, czyli wzrost o ponad 18%.

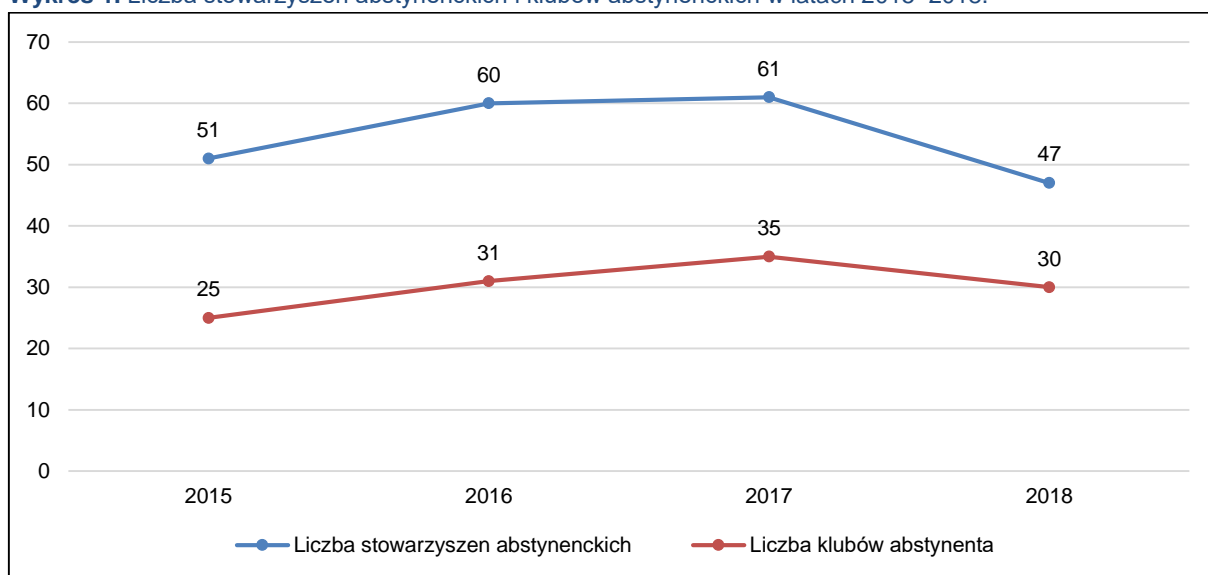
²⁷ Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2020 roku. Wyd. PARPA.

12.3. Ruch samopomocowy

W lokalnym systemie pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin ważną rolę odgrywają grupy samopomocy, dające swoim członkom poczucie więzi, wsparcia emocjonalnego i pomoc w rozwiązywaniu problemów. Szczególną formą ruchu samopomocowego są stowarzyszenia abstynenckie, które prowadzą działania nie tylko na rzecz swoich członków i ich rodzin, ale także na rzecz społeczności lokalnej.

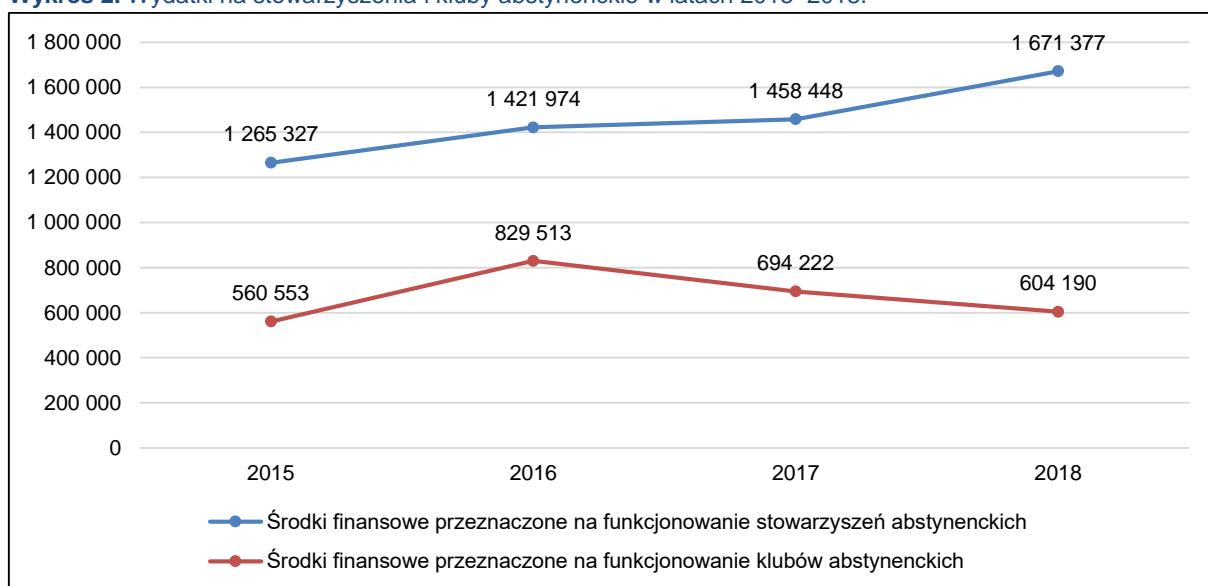
Zarówno liczba stowarzyszeń jak i klubów abstynenckich zwiększała się w latach 2015–2017, natomiast w roku 2018 odnotowano spadek, szczególnie istotny przy stowarzyszeniach abstynenckich – spadek o 14 czyli o 23%. Z kolei wielkość środków finansowych przeznaczanych na stowarzyszenia i kluby wzrosła w analizowanym okresie, w odniesieniu do stowarzyszeń o 32%, natomiast w odniesieniu do klubów o 7,8%.

Wykres 1. Liczba stowarzyszeń abstynenckich i klubów abstynenckich w latach 2015–2018.



Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Wykres 2. Wydatki na stowarzyszenia i kluby abstynenckie w latach 2015–2018.



Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

12.4. Centra oraz Kluby Integracji Społecznej

Centra Integracji Społecznej oraz Kluby Integracji Społecznej funkcjonują na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym. Ich zadaniem jest świadczenie usług służących reintegracji społecznej i zawodowej osobom długotrwale bezrobotnym, bezdomnym, osobom niepełnosprawnym, uzależnionym od alkoholu i narkotyków, chorym psychicznie, zwalnianym z zakładów karnych oraz uchodźcom. Reintegracja społeczna realizowana w CIS i KIS obejmuje m.in. rozwijanie umiejętności interpersonalnych, komunikacji, trening zachowań asertywnych, radzenie sobie ze stresem, wzmacnianie samooceny i poczucia własnej wartości, kształcenie umiejętności niezbędnych do pełnienia ról społecznych, naukę planowania i gospodarowania dochodami.

W 2019 roku w województwie mazowieckim funkcjonowało 6 Centrów Integracji Społecznej (w 2017 – 4 CIS, w 2018 – 5 CIS) oraz 15 Klubów Integracji Społecznej (w 2017 – 13 KIS, w 2018 – 16 KIS). Od 2017 roku Samorząd Województwa Mazowieckiego aktywnie wspiera powstawanie CIS w regionie udzielając dotacji celowych na tworzenie CIS na podstawie ustawy o zatrudnieniu socjalnym. W ten sposób powstał w 2018 roku 1 CIS (kwota dotacji 664 450,00 zł) oraz w 2019 roku 2 CIS (kwota dotacji 3 588 400,43 zł).

12.5. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Problemy alkoholowe bardzo często łączą się niestety z problemem przemocy w rodzinie. Jednakże na mapie placówek udzielających pomocy ofiarom przemocy obserwuje się duże wahania w ich liczbie, co może odzwierciedlać niestabilną politykę poszczególnych samorządów gminnych w finansowaniu placówek pomocowych. W latach 2015–2018 zmniejszyła się liczba punktów konsultacyjnych (o 8%), znacząco, bo aż o 43% zmniejszyła się liczba ośrodków interwencji kryzysowej, grupy wsparcia spadły o ponad połowę. Skokowo wahała się liczba grup terapeutycznych – lata 2015–2016 wzrost z 34 do 130, w kolejnym roku spadek do 38 i w 2018 wzrost do 228. Na w miarę niezmiennym poziomie kształtował się dostęp do telefonów zaufania – między 26 a 31. Wśród różnych form pomocy dla rodzin z problemem przemocy znajdują się także oddziaływania psychokorekcyjne dla sprawców przemocy. W analizowanym okresie zmniejszył się bardzo dostęp do programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie – spadek z 11 programów do zaledwie 5. Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych zostały włączone do podmiotów, które mogą uruchamiać procedurę Niebieskie Karty w roku 2010. Widać, że w latach 2015–2018 ogólna liczba uruchamianych Niebieskich Kart zwiększyła się o 14%.

12.6. Picie alkoholu przez młodzież²⁸

W 2019 roku zostały przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów pierwszych klas (wiek: 15–16 lat) oraz trzecich klas (wiek: 17–18 lat) szkół średnich województwa mazowieckiego. Celem badania był przede wszystkim pomiar rozpowszechnienia i wzorów używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, oraz ocena czynników mających wpływ na popyt i podaż substancji psychoaktywnych.

²⁸ Na podstawie „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów pierwszych klas (wiek: 15-16 lat) oraz trzecich klas (wiek: 17–18 lat) szkół średnich województwa mazowieckiego. J.Sierowski, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019 r.

Z badania wynika, że podobnie jak w poprzednich latach, napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Raz w ciągu całego swojego życia piło 78,4% uczniów z młodszej grupy i 93,2% uczniów z starszej grupy. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 42,4% piętnasto-szesnastolatków i 76,7% siedemnasto-osiemnastolatków.

Tabela 19. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 78,4 | 80,0 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 66,4 | 67,9 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 42,4 | 46,7 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 20. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 93,2 | 92,8 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 89,7 | 89,0 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 76,7 | 76,1 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia młodego człowieka, jak również dla porządku publicznego jest picie w znacznych ilościach, a szczególnie prowadzących do przekroczenia progu nietrzeźwości. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do osiągania stanu upojenia alkoholowego, tak że zaburzeniu ulega stan równowagi, mowa lub pamięć. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz w taki sposób upiło się 9,7% uczniów z młodszej kohorty i 17,6% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 70,1% uczniów młodszych i 39,1% uczniów starszych. Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyło chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 23,9% piętnasto-szesnastolatków oraz 44,2% uczniów ze starszej grupy. Prawie jedna trzecia (29,9%) uczniów z młodszej kohorty i prawie dwie trzecie (60,1%) badanych ze starszej kohorty ma za sobą doświadczenie silnego upicia się. Rozkłady odpowiedzi na to pytanie zawarto w tabelach poniżej.

Tabela 21. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 29,9 | 33,3 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 23,9 | 26,2 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 9,7 | 11,3 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 22. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 60,1 | 56,6 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 44,2 | 44,0 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 17,6 | 18,8 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Wskaźniki silnego upijania się są zróżnicowane ze względu na płeć, ale tylko w starszej kohorcie. Przybierają one wyższe wartości u chłopców niż u dziewcząt, natomiast w młodszej notujemy podobne odsetki upijających się wśród dziewcząt, jak wśród chłopców.

Tabela 23. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 31,4 | 33,0 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 25,3 | 26,7 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 11,6 | 12,9 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 24. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 64,2 | 59,0 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 47,1 | 46,6 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 20,4 | 20,8 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 25. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 28,5 | 33,5 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 22,6 | 25,8 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 7,9 | 10,0 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 26. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|-------------------------------------|----------|--------|
| Kiedykolwiek w życiu | 55,1 | 54,4 |
| W czasie 12 miesięcy przed badaniem | 40,6 | 41,5 |
| W czasie 30 dni przed badaniem | 14,1 | 16,8 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

W starszej kohorcie chłopców obserwujemy w województwie mazowieckim wyższy odsetek tych, którzy upili się kiedykolwiek w życiu niż w próbie ogólnopolskiej. Natomiast w starszej kohorcie dziewcząt, wskaźniki upijania się w województwie mazowieckim są zbliżone do krajowych. Niezależnie od samooceny badanych w kwestii upicia się, w badaniu przyjęto także obiektywną miarę nadmiernego spożycia przy jednej okazji. Taką miarą było 5 drinków lub więcej. W tabeli poniżej zestawiono odsetki badanych, którym zdarzało się przekraczać tę miarę.

Tabela 27. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Ani razu | 69,5 | 65,9 |
| 1 raz | 12,3 | 12,7 |
| 2 razy | 7,7 | 9,4 |
| 3-5 razy | 6,7 | 6,7 |

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|--------------------|----------|--------|
| 6-9 razy | 1,5 | 2,6 |
| 10 lub więcej razy | 2,4 | 2,6 |

Zródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 28. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|--------------------|----------|--------|
| Ani razu | 39,0 | 41,3 |
| 1 raz | 19,0 | 17,6 |
| 2 razy | 16,3 | 15,1 |
| 3-5 razy | 15,8 | 15,1 |
| 6-9 razy | 4,9 | 5,1 |
| 10 lub więcej razy | 5,0 | 5,8 |

Zródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

W województwie mazowieckim 30,5% uczniów z młodszej kohorty i 34,1% ich rówieśników z próby ogólnopolskiej deklarowało wypicie co najmniej 5 drinków przy jednej okazji. Warto zauważyć, że w województwie w młodszej grupie 10,5% badanych wypijało ponad 5 drinków przy jednej okazji, co najmniej 3 razy w miesiącu. W starszej grupie takich uczniów było 25,8%.

Dostępność alkoholu dla młodych ludzi

Uwagę zwraca też wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych przejawiający się w ocenach respondentów. Na tym tle dostępność substancji nielegalnych jest oceniana niżej. Spośród substancji nielegalnych najwyżej oceniana jest dostępność przetworów konopi. Młodzież ma dużą ofertę napojów alkoholowych sprzedawanych legalnie, ale też ma dobry dostęp do napojów alkoholowych produkowanych nielegalnie domowym sposobem.

Próbowanie alkoholu u młodych to norma

Niepokojącym zjawiskiem z perspektywy zdrowia publicznego i norm prawnych jest wysoki odsetek konsumentów alkoholu wśród uczniów z młodszej kohorty – głównie piętnasto-szesnastolatków, którzy próbowali alkoholu – w tej grupie eksperymentowanie z alkoholem stanowi normę, przynajmniej w sensie statystycznym.

Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy (okazjonalnie) przed badaniem, w przypadku uczniów starszych nie odbiegają od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych.

Co pije młodzież?

W obu kohortach, zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt, ranking popularności trzech podstawowych napojów alkoholowych jest jednakowy: najbardziej rozpowszechnione jest picie piwa, następnie – wódki, potem – wina, a najmniej popularne są alcopopy i cydr. Warto jednak zauważyć, że w obu kohortach u dziewcząt częściej występuje wino, niż u chłopców. Odsetki konsumentek wina niewiele odbiegają od odsetków konsumentek wódki, podczas gdy u chłopców ta różnica jest dużo większa. Dziewczęta z młodszej kohorty województwa mazowieckiego rzadziej niż ich rówieśnice w całym kraju deklarowały picie piwa i wódki. Dziewczęta z starszej kohorty nie odróżniają się od dziewcząt z próby ogólnopolskiej. Różnice między województwem mazowieckim, a całym krajem obserwujemy także u chłopców, ale tylko w młodszej kohorcie. Chłopcy z województwa rzadziej niż średnio w kraju deklarowali picie piwa.

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO NA LATA 2021–2025**

Tabela 29. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Piwo | 41,6 | 47,5 |
| Cider | 7,7 | 7,4 |
| Alcopop | 7,0 | 5,8 |
| Wino | 22,0 | 24,7 |
| Wódka | 30,6 | 33,0 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 30. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Piwo | 70,4 | 72,2 |
| Cider | 13,1 | 12,1 |
| Alcopop | 11,5 | 9,7 |
| Wino | 43,2 | 43,2 |
| Wódka | 62,2 | 60,0 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 31. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Piwo | 44,1 | 47,7 |
| Cider | 9,6 | 8,8 |
| Alcopop | 10,5 | 6,1 |
| Wino | 17,2 | 21,8 |
| Wódka | 33,0 | 35,0 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 32. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Piwo | 71,5 | 73,7 |
| Cider | 14,8 | 14,1 |
| Alcopop | 10,4 | 10,4 |
| Wino | 35,9 | 35,2 |
| Wódka | 64,1 | 63,1 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 33. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Piwo | 39,0 | 47,2 |
| Cider | 6,0 | 6,2 |
| Alcopop | 3,6 | 5,3 |
| Wino | 26,8 | 27,5 |
| Wódka | 27,8 | 31,0 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 34. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Mazowsze | Polska |
|------------------|----------|--------|
| Piwo | 69,0 | 70,7 |
| Cider | 11,0 | 10,2 |
| Alcopop | 12,7 | 8,9 |
| Wino | 52,0 | 50,8 |
| Wódka | 59,8 | 57,0 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Wielkości spożycia przy jednej okazji piwa, wina i wódki oraz dwóch względnie nowych na naszym rynku napojów alkoholowych tj. cydru i alcopopu są silnie zróżnicowane, zarówno wśród młodszych uczniów, jak i wśród starszych.

Typową ilością piwa konsumowaną przy jednej okazji przez uczniów młodszych jest poniżej 0,5 litra (24,3%) lub od 0,5 litra do litra (21,9%). W klasach starszych najczęściej pije się między 0,5 litra a 1 litrem tego napoju (35,8%). Porównanie rozkładów wielkości jednorazowego spożycia piwa przez uczniów z młodszej kohorty w województwie mazowieckim i w całym kraju nie ujawnia znaczących różnic, ani w młodszej kohorcie, ani w starszej grupie. Mniej informacji mamy o wielkości spożycia wina i wódki przy jednej okazji, bowiem znacznie mniej badanych piło te trunki w czasie swojej ostatniej okazji. Rozkłady odpowiedzi pokazują jednak wyraźnie odmienny charakter tych dwóch napojów. W przypadku wina badani grupują się w rejonie niższych wartości, w przypadku wódki rozkład jest bardziej równomierny z lekkim przechyłem w stronę większych ilości, zwłaszcza wśród respondentów ze starszej kohorty. Warto zauważyć, że wyniki badania ESPAD 2019 wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych, niż alkoholu i tytoniu, wśród młodzieży szkolnej.

Używanie substancji psychoaktywnych w otoczeniu badanych²⁹

Wskaźnik rozpowszechnienia używania substancji w najbliższym otoczeniu badanych można też z pewnymi zastrzeżeniami interpretować jako wskaźnik ryzyka sięgania po te substancje. Znaczne rozpowszechnienie substancji wśród przyjaciół respondenta może zwiększać szanse na to, że będzie on ich używał. Przedstawione w tabeli poniżej rozkłady odpowiedzi potwierdzają znaczne rozpowszechnienie używania przez młodzież substancji legalnych, przede wszystkim alkoholu i tytoniu. W klasach młodszych tylko 12,9% uczniów nie ma wśród przyjaciół nikogo, kto piłby, a 15,7% – kto by palił. W klasach starszych analogiczne odsetki wynoszą 4% i 8%. Jednocześnie w klasach młodszych 18% badanych twierdzi, że co najmniej większość ich przyjaciół pali i 28,9% twierdzi, że większość pije. W klasach starszych takich respondentów było odpowiednio 23,9% i 56,4%. W klasach młodszych 47,4% młodych ludzi przyjaźni się z osobami palącymi konopie, w klasach starszych – 68%. Zdecydowanie rzadziej badani mają do czynienia z osobami używającymi innych substancji. Zarówno w klasach młodszych jak starszych przeważająca większość badanych twierdzi, że nikt z przyjaciół nie używa tych środków.

Tabela 35. Ocena rozpowszechnienia używania substancji wśród przyjaciół – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Nikt | Kilka osób | Sporo | Większość | Wszyscy |
|------------------------|------|------------|-------|-----------|---------|
| palą papierosy | 15,7 | 38,0 | 28,4 | 15,4 | 2,6 |
| pije napoje alkoholowe | 12,9 | 29,5 | 28,7 | 24,7 | 4,2 |

²⁹ Badania ESPAD 2019.

| Wyszczególnienie | Nikt | Kilka osób | Sporo | Większość | Wszyscy |
|---|------|------------|-------|-----------|---------|
| pali marihuanę lub haszysz | 26,5 | 49,4 | 15,4 | 7,2 | 1,5 |
| bierze środki uspokajające lub nasenne (bez przepisu lekarza) | 52,6 | 36,7 | 6,9 | 2,7 | 1,2 |
| bierze ecstazy | 79,2 | 17,3 | 2,1 | 0,4 | 1,0 |
| używa środków wziewnych | 87,4 | 9,8 | 1,5 | 0,5 | 0,8 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 36. Ocena rozpowszechnienia używania substancji wśród przyjaciół – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Nikt | Kilka osób | Sporo | Większość | Wszyscy |
|---|------|------------|-------|-----------|---------|
| palą papierosy | 87,7 | 9,1 | 1,8 | 0,4 | 1,1 |
| pije napoje alkoholowe | 8,0 | 28,9 | 39,2 | 22,4 | 1,5 |
| pali marihuanę lub haszysz | 4,0 | 14,3 | 25,3 | 43,1 | 13,3 |
| bierze środki uspokajające lub nasenne (bez przepisu lekarza) | 13,8 | 42,2 | 24,8 | 16,5 | 2,7 |
| bierze ecstazy | 32,0 | 46,5 | 15,2 | 5,6 | 0,8 |
| używa środków wziewnych | 76,4 | 20,3 | 2,1 | 0,9 | 0,4 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Natomiast relatywnie często młodzi ludzie wspominają o używaniu leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza. Do posiadania wśród przyjaciół osób przyjmujących takie środki przyznało się 20,8% badanych w młodszej grupie i 23,6% starszych uczniów.

Rodzice a używanie substancji przez młodzież

Wśród różnych instytucji odpowiedzialnych za wychowanie młodego pokolenia najważniejsza rola zdaje się przypadać rodzinie. Także w kwestii używania substancji rodzina, a szczególnie rodzice, mogą mieć decydujący wpływ. Przyzwolenie ze strony rodziców lub brak zainteresowania stosunkiem dzieci do alkoholu i innych substancji może sprzyjać ich używaniu przez młodych ludzi, a odpowiednio realizowana strategia wychowawcza może zapobiec podejmowaniu i ponawianiu doświadczeń z substancjami.

W referowanym tu badaniu zapytano uczniów, czy rodzice pozwalają im pić napoje alkoholowe tylko we własnym towarzystwie, także bez swojej obecności, czy też w ogóle zabraniają picia. Wyniki zestawiono w tabeli poniżej.

Mniejszość badanych z młodszej kohorty deklaruje brak zgody rodziców na picie przez nich alkoholu. 45,0% badanych twierdzi, że na takie zachowanie nie pozwala im ojciec, a 48,3%, że picia zabrania matka. Tylko 8% badanych ma pełne przyzwolenie ze strony rodziców. Dalsze 25–26% deklaruje, że brak zgody ogranicza się do picia bez obecności rodziców.

Tabela 37. Pozwolenie ze strony rodziców na picie napojów alkoholowych – młodsza kohorta (15–16 lat).

| Wyszczególnienie | Nigdy nie pozwala | Pozwala, ale tylko przy rodzicach | Pozwala także bez obecności rodziców | Trudno powiedzieć |
|------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Ojciec | 45,0 | 25,6 | 8,0 | 21,4 |
| Matka | 48,3 | 25,9 | 8,6 | 17,3 |

Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

Tabela 38. Pozwolenie ze strony rodziców na picie napojów alkoholowych – starsza kohorta (17–18 lat).

| Wyszczególnienie | Nigdy nie pozwala | Pozwala, ale tylko przy rodzicach | Pozwala także bez obecności rodziców | Trudno powiedzieć |
|------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Ojciec | 14,0 | 12,2 | 46,0 | 27,9 |
| Matka | 15,0 | 12,0 | 48,5 | 24,5 |

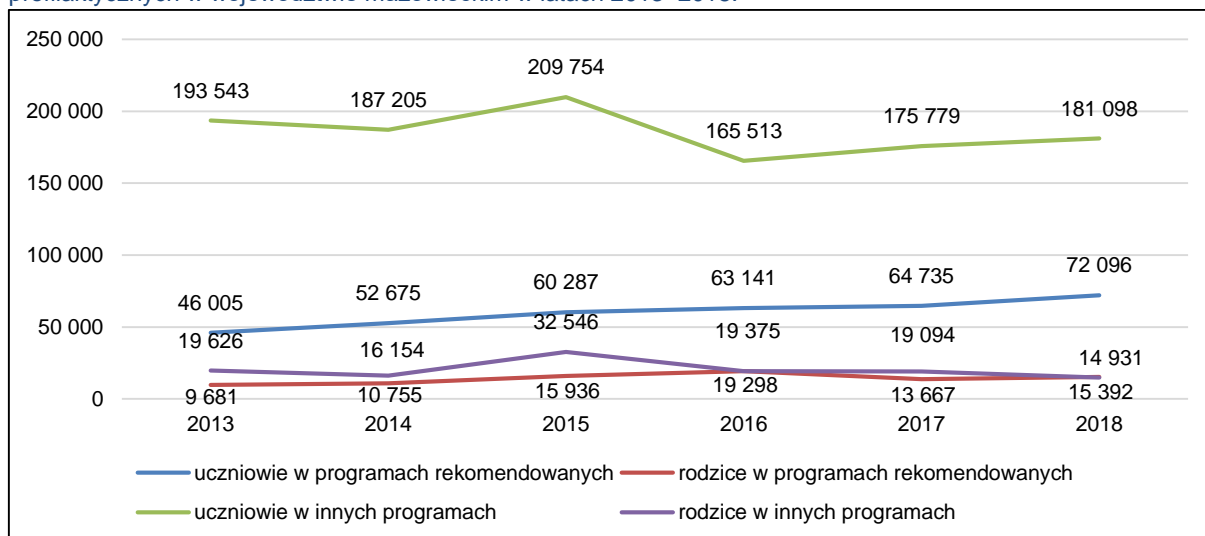
Źródło: ESPAD 2019 dostępne na www.cinn.gov.pl

W klasach starszych ponad trzykrotnie mniejsze frakcje badanych deklarują brak przyzwolenia –14% ze strony ojca i 15% ze strony matki. Ponad pięciokrotnie wyższe niż wśród uczniów młodszych odsetki uczniów starszych mają pozwolenie na picie także bez obecności rodziców (ok. 46–49%). Mniej dziwią wysokie odsetki uczniów ze starszej kohorty, którym rodzice pozwalają pić napoje alkoholowe, bowiem niektórzy już są, a inni niedługo będą pełnoletni.

Profilaktyka skierowana do młodzieży

Dane pozyskiwane od samorządów gminnych dzięki ankiecie PARPA G1 dostarczają podstawowych informacji na temat działań profilaktycznych realizowanych na terenie województwa mazowieckiego. Od 2013 r. podstawowym wskaźnikiem opisującym aktywność społeczności lokalnych w zakresie profilaktyki jest liczba uczestników rekomendowanych programów profilaktycznych. Chodzi tu o programy umieszczone w bazie programów rekomendowanych, prowadzonej w ramach systemu opracowanego wspólnie przez KBPN, PARPA, Ośrodek Rozwoju Edukacji MEN oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii <https://programyrekomendowane.pl/>. W województwie mazowieckim, w latach 2013–2018, grupa dzieci i młodzieży uczestnicząca w programach rekomendowanych była około 4 razy mniejsza od grupy tych, którzy uczestniczyli w programach nierekomendowanych. Natomiast inaczej to wygląda u osób dorosłych, tj. rodziców/opiekunów, którzy decydują się na udział razem z dziećmi w programach profilaktycznych – proporcjonalnie do liczby uczniów, znacznie więcej rodziców bierze udział w programach „rekomendowanych” niż w programach o nieznannej jakości. Jest to ważne, ponieważ jak wiadomo z badań dotyczących skuteczności programów profilaktycznych, udział rodziców jest ważnym czynnikiem sprzyjającym osiągnięciu pozytywnych efektów programu, czyli ograniczeniu zachowań problemowych wśród młodych ludzi.

Wykres 3. Liczba uczniów i rodziców uczestniczących w rekomendowanych i nierekomendowanych programach profilaktycznych w województwie mazowieckim w latach 2013–2018.

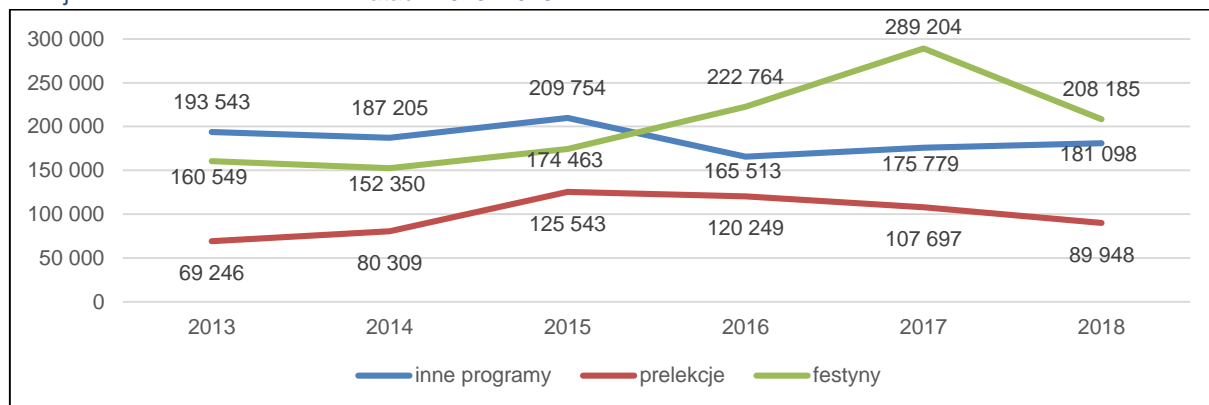


Źródło: Baza danych PARPA 2013–2018 dostępna na: www.parpa.pl

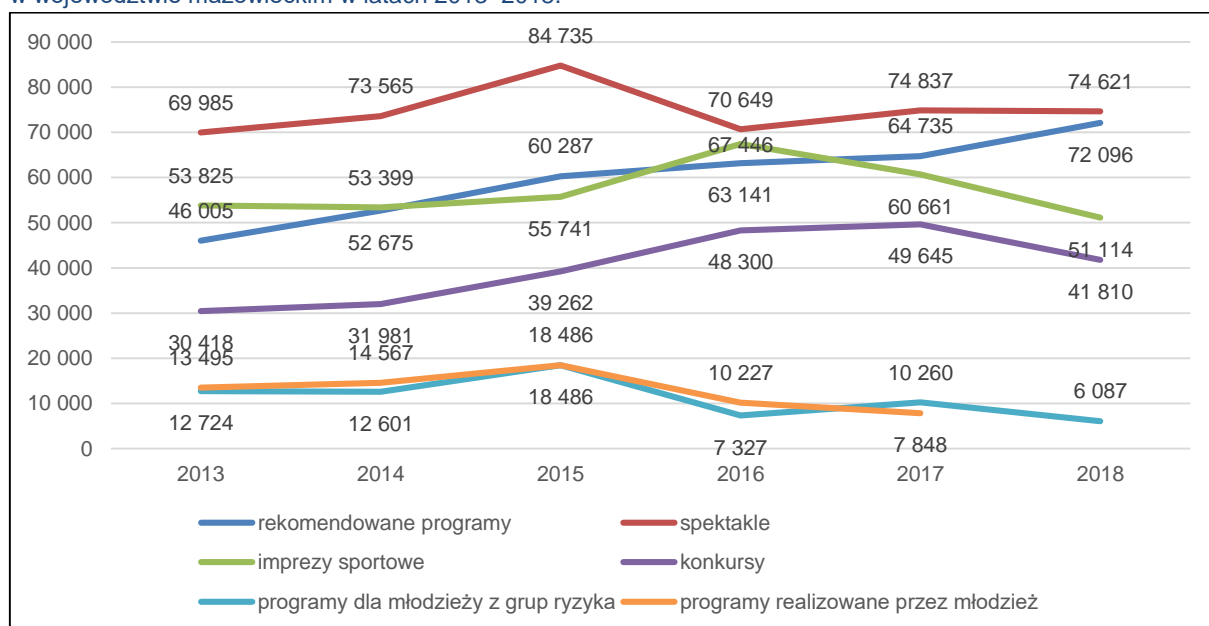
Zestawienie liczby dzieci i młodzieży uczestniczących w różnych aktywnościach profilaktycznych, wyraźnie pokazuje, że najbardziej rozpowszechnione w województwie mazowieckim są różnego rodzaju festyny i imprezy plenerowe oraz programy profilaktyczne o nieznannej jakości. Niestety festyny, jako jednorazowe, akcyjne działania, już z samych swoich założeń nie rokują wprowadzenia znaczących zmian w zachowaniach odbiorców (a więc: nie przyczyniają się do ograniczenia picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych). Również nie ma dowodów na skuteczność profilaktyczną działań z tzw. „nurtu alternatyw”. Dlatego też popularne imprezy sportowe (rocznie uczestniczy w nich ponad 50 000 dzieci z województwa mazowieckiego) nie są polecaną formą pracy profilaktycznej.

Na wykresie poniżej widać również trendy zmian w zakresie popularności różnych rodzajów działań profilaktycznych. Niewątpliwie pozytywnym zjawiskiem jest gwałtowny spadek rozpowszechnienia udziału w festynach i innych imprezach plenerowych odnotowany w 2018 r. oraz systematyczny (choć łagodny) spadek popularności prelekcji. Natomiast, w pozostałych wyróżnionych kategoriach, zmiany na przestrzeni lat są raczej nieznaczne.

Wykres 4. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w różnych formach działań profilaktycznych (pow. 100 tys.) w województwie mazowieckim w latach 2013–2018.



Wykres 5. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w różnych formach działań profilaktycznych (pon. 100 tys.) w województwie mazowieckim w latach 2013–2018.

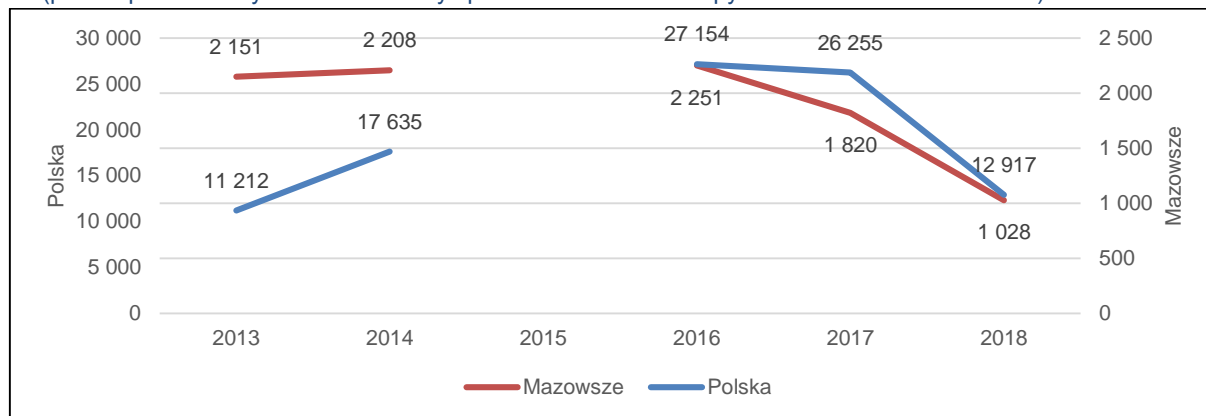


Źródło: Baza danych PARPA 2013–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie picia alkoholu wśród nastolatków (ok. 50% 15–16-latków pije regularnie), to dostępność programów z zakresu profilaktyki wskazującej (dla młodzieży w wysokim stopniu zagrożonej rozwojem problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i już takich substancji używającej) jest stanowczo niewystarczająca.

Wykres 6. Liczba uczniów uczestniczących w programach profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży eksperymentującej z substancjami psychoaktywnymi w województwie mazowieckim i w całej Polsce w latach 2013–2018.

Uwaga: na wykresie pominięto dane z 2015 r., ponieważ są one niewiarygodne w zestawieniu z danymi z innych lat (prawdopodobnie wynika to ze zmiany sposobu sformułowania pytania w ankiecie PARPA G1).

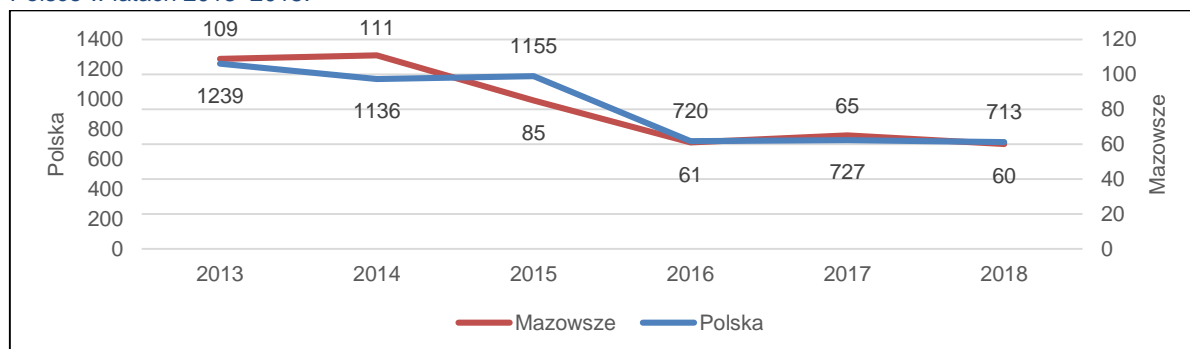


Źródło: Baza danych PARPA 2013–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Świetlice socjoterapeutyczne i opiekuńczo-wychowawcze

Najbardziej rozpowszechnioną w Polsce formą pracy z młodzieżą z grup podwyższonego ryzyka, np. w związku występowaniem problemów alkoholowych lub przemocy w rodzinie, są zajęcia socjoterapeutyczne. Specjalnymi placówkami wyspecjalizowanymi w tego typu ofercie są świetlice socjoterapeutyczne. Znaczna część dzieci korzystających z placówek socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych pochodzi z rodzin z problemem alkoholowym. W placówkach socjoterapeutycznych dzieci te stanowią ponad połowę podopiecznych, a w placówkach opiekuńczo-wychowawczych – ponad 40% wszystkich podopiecznych. Z tego też względu należy zadbać o dostosowanie zajęć w tych placówkach do specyficznych potrzeb dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Niestety liczba świetlic socjoterapeutycznych do 2016 r. malała zarówno w całej Polsce, jak i w województwie mazowieckim, a przez ostatnie 3 lata pozostaje na niezmiennym znacząco poziomie.

Wykres 7. Liczba świetlic realizujących program socjoterapeutyczny w województwie mazowieckim i w całej Polsce w latach 2013–2018.



Źródło: Baza danych PARPA 2013–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Od 2014 r. maleje też liczba dzieci objętych opieką świetlic socjoterapeutycznych. Natomiast wydatki z budżetów gminnych na utrzymanie tych placówek między 2016 a 2018 rokiem wzrosły niemal dwukrotnie (z nieco ponad 5 do ponad 10 milionów). Od lat maleje zarówno w województwie mazowieckim jak i w całej Polsce liczba placówek realizujących program opiekuńczo-wychowawczy, obejmujących swoim działaniem dzieci, których rodzice potrzebują wsparcia w zapewnieniu im właściwej opieki.

Niepokojącym zjawiskiem jest wysoki odsetek gmin, w których dzieci nie mają dostępu do świetlic z programem socjoterapeutycznym. Odsetek ten jest wyższy w województwie mazowieckim niż w skali kraju, w 2014 r. wynosił 86% i zwiększał się na przestrzeni kolejnych lat.

Rozpowszechnienie i działania związane z Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS) i Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD)

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych – FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) należy do grupy chorób neurorozwojowych. Powstaje w wyniku uszkodzenia płodu alkoholem wypijanym przez kobietę w czasie ciąży. Nieprawidłowy przebieg procesu rozwoju mózgu w życiu płodowym powiązany z widocznymi na twarzy dziecka charakterystycznymi zmianami, jest opisywany jako płodowy zespół alkoholowy – FAS (Fetal Alcohol Syndrome) i jest najbardziej widocznym i najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem z grupy FASD.

Szacunki Głównego Inspektoratu Sanitarnego wskazują, że w Polsce około 15% kobiet pije alkohol w czasie ciąży³⁰. Natomiast wyniki badań międzynarodowych sugerują, że jest ich znacznie więcej³¹. Podobnie wcześniejsze badania PARPA wskazywały, że wśród kobiet, które piją alkohol (należą do konsumentek napojów alkoholowych) w ciąży piło ponad 30%. Rozpowszechnienie FASD w Polsce jest równie wysokie, jak w innych krajach. Wyniki badań PARPA³² wskazują, że zaburzenia neurorozwojowe, wynikające z picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży, dotyczą nie mniej niż 2% dzieci w wieku 7–9 lat. Pośród dzieci dotkniętych FASD co piąte ma pełnoobjawowy FAS, co daje liczbę nie mniej niż 4 dzieci na 1000. Szacunki międzynarodowe, określają skalę problemu na 2% do 5%³³. Oznacza to, że FASD występuje znacznie częściej niż np. autyzm lub zespół Downa. Działania profilaktyczne i terapeutyczne związane z FASD w województwie mazowieckim, były podejmowane tylko w pojedynczych gminach województwa mazowieckiego. Szczęólnego podkreślenia wymaga fakt, że w województwie mazowieckim brakuje specjalistycznych placówek świadczących pomoc dla dzieci z FASD i ich rodzin.

Dostępność napojów alkoholowych

Czynnikiem wpływającym na wysokość spożycia alkoholu, a także problemy związane z piciem alkoholu, jest fizyczna możliwość jego nabycia mierzona m.in. liczbą punktów sprzedaży napojów alkoholowych na danym obszarze.

W latach 2015–2018 w województwie mazowieckim liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych wynosiła najmniej w 2018 r. – 16 964, natomiast w najwięcej w 2015 roku – 17 649 punkty. Oznacza to, że notuje się tendencję malejącą w zakresie liczby punktów sprzedaży alkoholu, co obrazuje wykres 7.

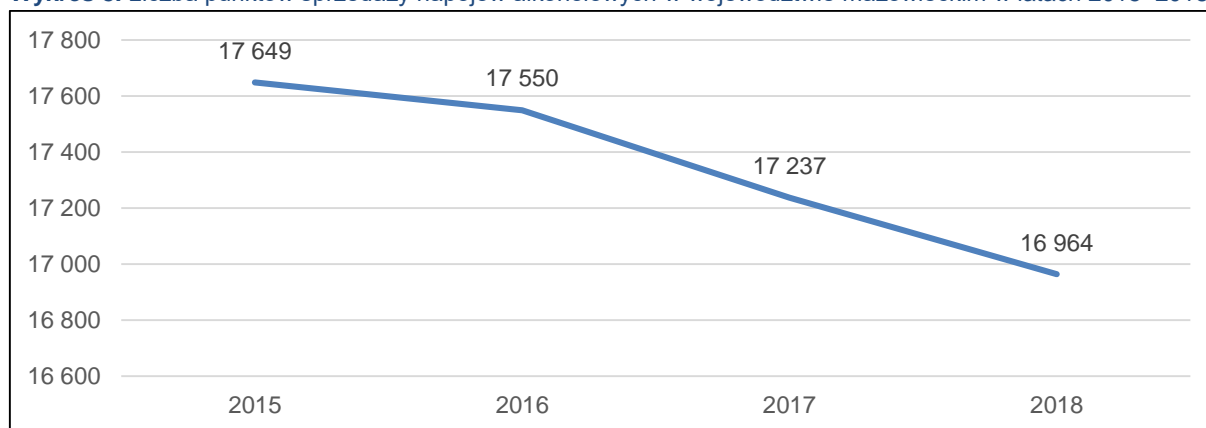
³⁰ Wojtyła, A., Kapka-Skrzypczak, L., Diatczyk, J., Fronczak, A., Paprzycki, P. (2012). Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012) *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 365-377.

³¹ <http://www.eufasd.org/pdf/factsheet.pdf>

³² Okulicz - Kozaryn K., Borkowska M., Brzózka K.: FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland. *JARID*, 2017; s. 61–70.

³³ <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/data.html#ref>.

Wykres 8. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w województwie mazowieckim w latach 2015–2018.



Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

W tabeli poniżej zawarte są informacje na temat liczby punktów sprzedaży w podziale na rodzaj punktów (sklepy oraz lokale gastronomiczne), a także liczby punktów sprzedaży alkoholu powyżej 18% zawartości alkoholu.

Tabela 39. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 w podziale na rodzaj punktu sprzedaży alkoholu.

| Rok | Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych –ogółem | Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy) | Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (lokale gastronomiczne) | Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 18% - ogółem | 9.1. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 18% przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy) | 9.2. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 18% przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (lokale gastronomiczne) |
|------|---|---|--|--|--|---|
| 2014 | 17 630 | 12 414 | 5 216 | 12 956 | 9 970 | 2 986 |
| 2015 | 17 649 | 12 384 | 5 265 | 13 334 | 10 234 | 3 100 |
| 2016 | 17 550 | 12 114 | 5 436 | 13 114 | 10 013 | 3 101 |
| 2017 | 17 237 | 11 796 | 5 441 | 13 066 | 10 004 | 3 062 |
| 2018 | 16 964 | 11 523 | 5 441 | 12 689 | 9 645 | 3 044 |

Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Warto zwrócić uwagę, że w zakresie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy) widać wyraźną tendencję malejącą, natomiast w kategorii punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (lokale gastronomiczne) widać nieznaczny wzrost.

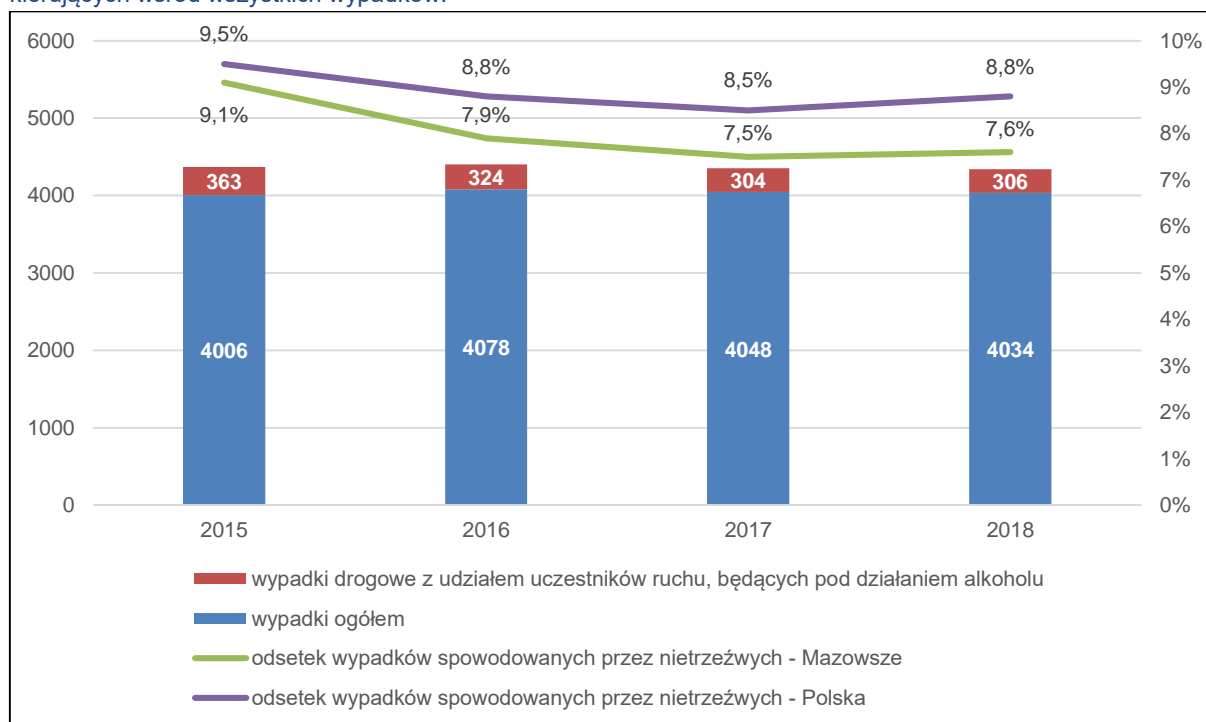
Na przestrzeni 4 lat liczba zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w województwie mazowieckim zmniejszyła się ogółem o 1,8 tys. Wpłynęło na to zarówno zmniejszenie liczby zezwoleń w punktach poza miejscem sprzedaży (sklepy), jak i w miejscu sprzedaży (lokale gastronomiczne). Dostępność punktów sprzedaży alkoholu jest w województwie mazowieckim mniejsza, niż w całej Polsce, co pokazują zarówno wskaźniki liczby mieszkańców przypadających na 1 punkt sprzedaży, jak i liczby przyjętych limitów liczby punktów na 1 000 mieszkańców.

13. Alkohol a przestępczość

Ruch drogowy

Wg danych policyjnych w okresie 4 lat liczba wypadków drogowych w województwie mazowieckim spadła o 349 – z 3 128 w 2015 r. do 2 779 w 2018 r. Spadła również liczba wypadków powodowanych przez kierujących będących pod wpływem alkoholu (z 363 w 2015 r. do 306 w 2018 r.). Odsetek wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców wahał się na przestrzeni 4 lat od 7,5 do 9,1%. Odsetek ten w porównaniu do odsetka notowanego dla całej Polski był w każdym roku niższy. Zmiany te ilustruje wykres poniżej. Zmniejszyła się liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców (o 11 osób w 2018 r. w porównaniu do roku 2015) oraz rannych (mniej o 89 osób w roku 2018 w porównaniu z 2015 r.) w wypadkach spowodowanych przez kierujących będących pod wpływem alkoholu. Choć zjawisko nietrzeźwości na mazowieckich drogach uległo nieznacznemu zmniejszeniu nadal pozostaje poważnym problemem

Wykres 9. Liczba wypadków ogółem oraz wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 oraz odsetek wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących wśród wszystkich wypadków.

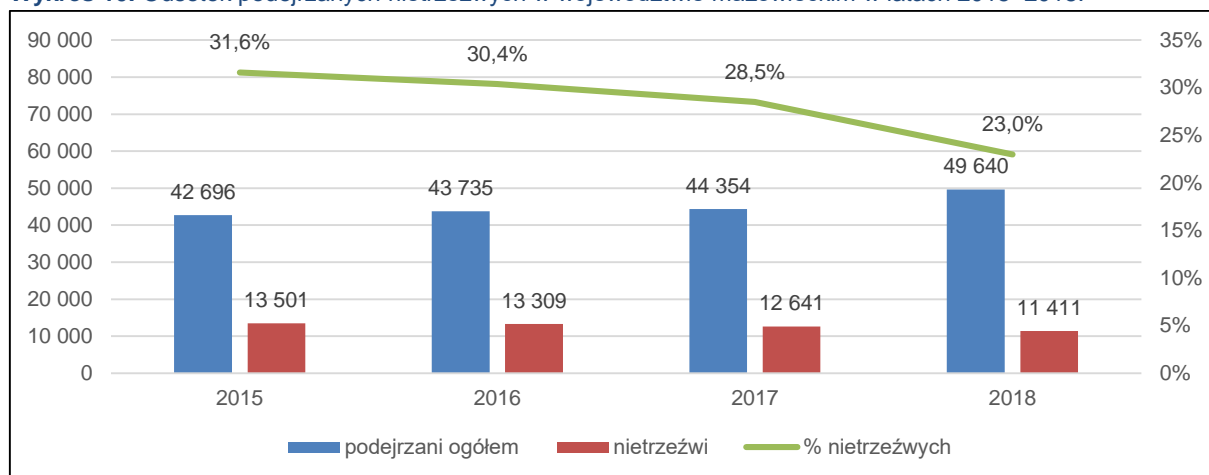


Źródło: Dane z Komendy Głównej Policji „Informacje na temat nietrzeźwości w ruchu drogowym i przestępczości związanej z alkoholem w latach 2015–2018”

Przestępczość związana z alkoholem

Wg danych uzyskanych z policji w województwie mazowieckim za lata 2015–2018 w wybranych kategoriach przestępstw, w których badany jest stan trzeźwości sprawcy, od 2011 r. widać spadek liczby nietrzeźwych osób podejrzanych o popełnienie czynów karalnych. Poniższy wykres pokazuje zmiany w ciągu 4 lat w liczbie podejrzanych o popełnienie przestępstw ogółem oraz w liczbie osób nietrzeźwych. W latach 2015–2018 wyraźnie zmniejszył się odsetek nietrzeźwych wśród ogółu podejrzanych, u których badano stan trzeźwości. Zmniejszyła się również liczba nietrzeźwych, choć jednocześnie zanotowano wzrost liczby osób podejrzanych.

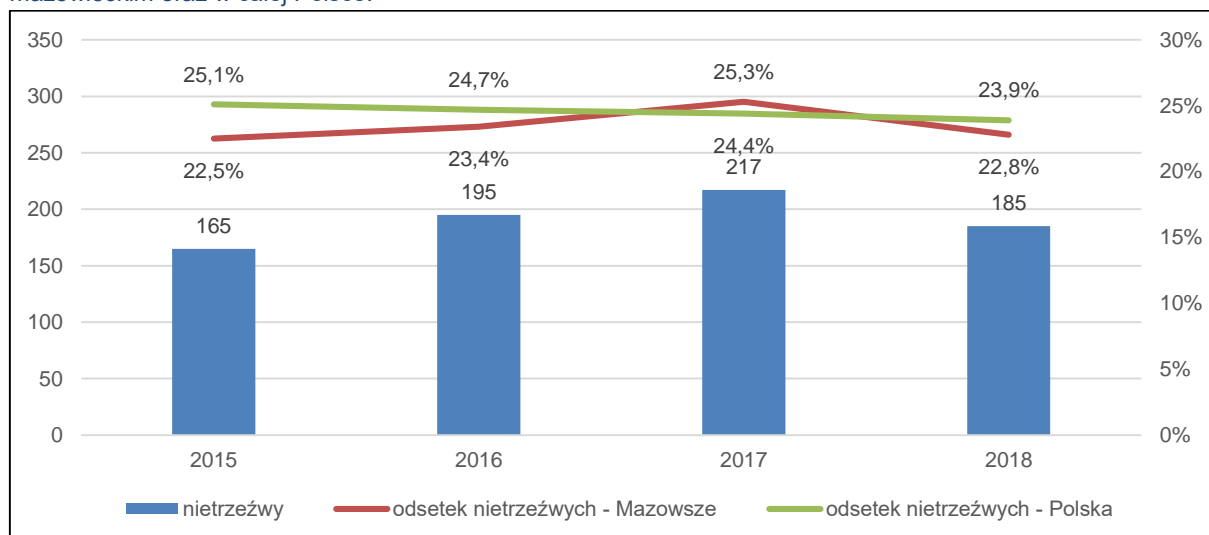
Wykres 10. Odsetek podejrzanych nietrzeźwych w województwie mazowieckim w latach 2015–2018.



Źródło: Dane z Komendy Głównej Policji „Informacje na temat nietrzeźwości w ruchu drogowym i przestępczości związanej z alkoholem w latach 2015–2018”

W analizowanym okresie wzrósł odsetek (z 26,8% w 2015 r. do 36,4% w 2018 r.) nietrzeźwych podejrzanych w kategorii zabójstwo w odniesieniu do wszystkich podejrzanych. Odsetki osób nietrzeźwych w województwie mazowieckim były nieco niższe niż w przypadku całej Polski. W przypadku podejrzanych w kategorii zgwałcenie w województwie mazowieckim wzrósł odsetek (z 17,7% w 2015 r. do 24,1% w 2018 r.) nietrzeźwych podejrzanych w odniesieniu do wszystkich podejrzanych.

Wykres 11. Liczba nietrzeźwych podejrzanych w kategorii zgwałcenie w latach 2015-2018 w województwie mazowieckim oraz odsetek podejrzanych nietrzeźwych w odniesieniu do ogółu podejrzanych w województwie mazowieckim oraz w całej Polsce.



Źródło: Dane z Komendy Głównej Policji „Informacje na temat nietrzeźwości w ruchu drogowym i przestępczości związanej z alkoholem w latach 2015-2018”

W przypadku podejrzanych w kategorii uszczerbek na zdrowiu również odsetek nietrzeźwych podejrzanych w odniesieniu do wszystkich podejrzanych utrzymywał się na podobnym poziomie w przedziale 22–25%. Odsetek ten jedynie w 2017 r. był wyższy, niż w przypadku całej Polski. W analizowanym okresie nieco zmniejszył się (pomimo obserwowanych wahań) odsetek osób podejrzanych w kategorii udział w bójce lub pobiciu (z 29,8% w 2015 r. do 27,6% w 2018 r.) nietrzeźwych podejrzanych w odniesieniu do wszystkich podejrzanych.

W porównaniu z danymi z całej Polski w analizowanym okresie odsetek ten był nieznacznie wyższy. W przypadku kategorii kradzież cudzej zanotowano najniższe odsetki osób nietrzeźwych w porównaniu do wszystkich podejrzanych. W województwie mazowieckim odsetek osób nietrzeźwych spadł w analizowanym okresie z 9,5% w 2015 r. do 8,3% w 2018 r. W porównaniu z całą Polską na przestrzeni 4 lat odsetek ten w roku 2015 i 2018 był nieco niższy, natomiast w roku 2016 i 2017 na porównywalnym poziomie.

Nietrzeźwość w miejscach publicznych

Wg danych z ankiety PARPA G1 w analizowanym okresie od 2016 r. zmniejszała się liczba osób, które musiały zostać odwiezione do domów lub zatrzymane w izbach dziecka (nieletni) lub zatrzymane w policyjnych pomieszczeniach w celu wytrzeźwienia. Liczba nieletnich odwiezionych do domów lub izb dziecka wahała się w ciągu 4 lat (najwyższą liczbę zanotowano w 2016 r. – 728 nieletnich, najniższą zaś w 2017 r. – 443 osoby nieletnie. Liczba dorosłych zatrzymanych w pomieszczeniach policyjnych zmniejszyła się w 2018 r. o 26%, w odniesieniu do 2016 r., kiedy zanotowano najwyższą liczbę zatrzymanych.

Na terenie województwa mazowieckiego funkcjonują dwie izby wytrzeźwień w Warszawie oraz w Płocku³⁴. Również w przypadku izb wytrzeźwień obserwowana jest tendencja spadkowa liczby nietrzeźwych, szczególnie widać to w przypadku osób nieletnich.

W przypadku osób nieletnich zatrzymanych do wytrzeźwienia w izbach wytrzeźwień województwa mazowieckiego po rekordowym 2015 r., kiedy zatrzymano w sumie 26 nieletnich, w 2016 r. ich liczba wyraźnie spadła (do 15 osób). W latach 2017–2018 notuje się niewielki wzrost liczby nieletnich zatrzymanych do wytrzeźwienia (w 2018 r. – 18 osób).

Zarówno w przypadku osób dorosłych, jak i nieletnich widać, że wyraźnie mniej kobiet niż mężczyzn jest zatrzymywanych w izbach wytrzeźwień i notowany jest spadek udziału kobiet. Widać wyraźnie wyższy odsetek dziewcząt zatrzymanych do wytrzeźwienia (19–33%) niż kobiet (9–10%). Instytucja innej placówki³⁵ stworzonej zamiast izby wytrzeźwień w województwie mazowieckim nie jest (podobnie jak w całej Polsce) zbyt rozpowszechniona. W analizowanym okresie jedynie kilka gmin w województwie wskazało, że posiada taką placówkę.

14. Finansowanie działań profilaktycznych realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

W latach 2015–2018 odnotowano wzrost zarówno dochodów samorządów gminnych z województwa mazowieckiego (podobnie jak w całej Polsce) z par. 048 klasyfikacji budżetowej – czyli dochodów z tytułu korzystania z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych, jak i wydatków z rozdziałów 85153 – Zwalczanie narkomani oraz 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi. Poniższy wykres pokazuje wydatki w województwie mazowieckim w podziale na poszczególne kategorie działań. Struktura wydatków jest podobna do struktury w skali całej Polski. Warto zwrócić uwagę, że w porównaniu z danymi z całej Polski w województwie mazowieckim nieco wyższy jest udział środków wydatkowanych na poprawienie dostępności do leczenia uzależnienia od alkoholu – w 2018

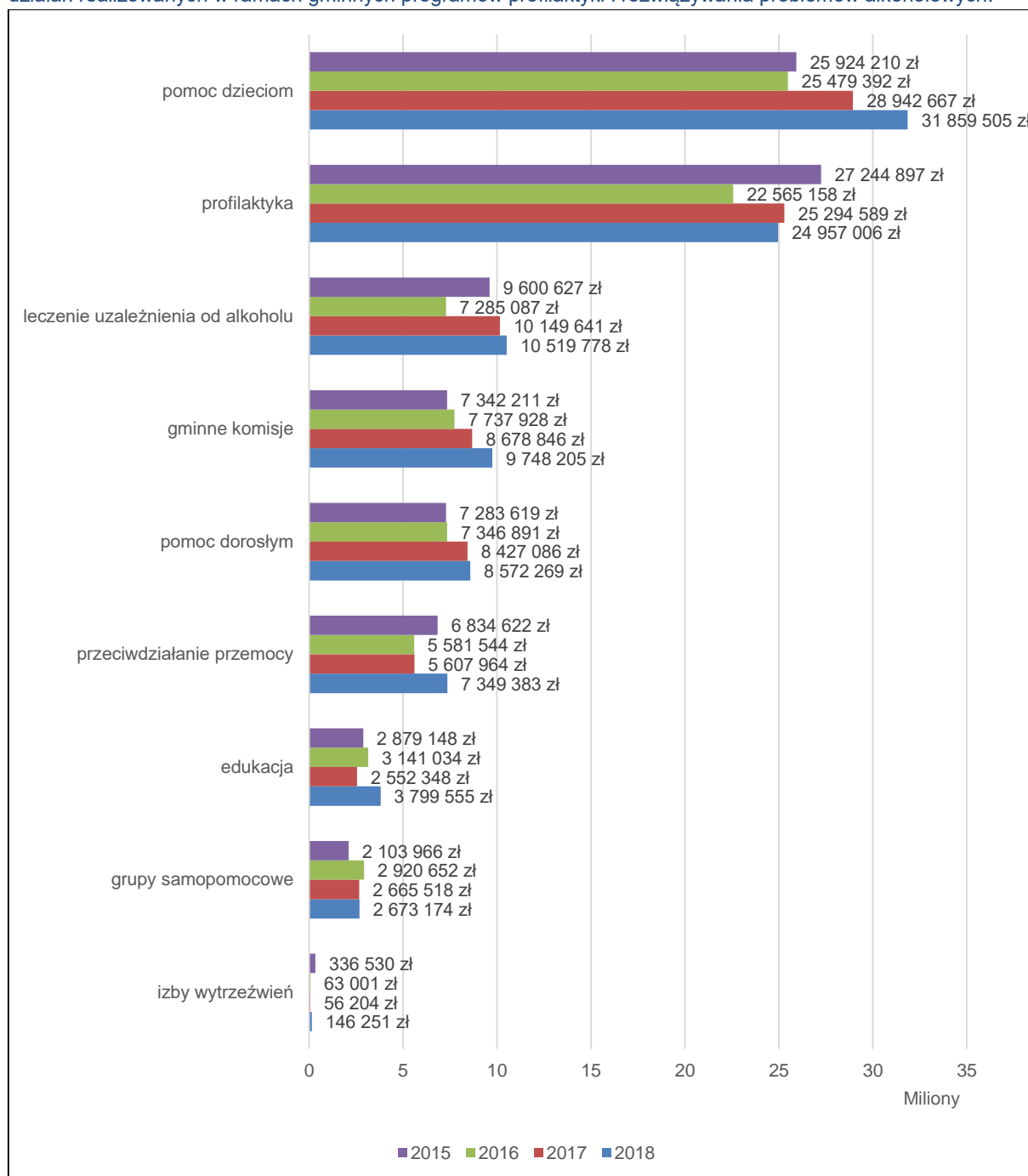
³⁴ Dane pochodzą z PARPA G1.

³⁵ W przypadku informacji na temat liczby osób zatrzymanych do wytrzeźwienia w innych miejscach wskazanych przez samorządy gmin trzeba mieć na uwadze, że gminy różnie interpretują pytanie o te placówki.

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO NA LATA 2021–2025**

roku średnia dla Polski wynosiła niecałe 8,3%, podczas gdy w województwie mazowieckim – 10,%. W skali 4 lat najwyższy odsetek (11%) zanotowano w 2017 r.

Wykres 12. Wydatki poniesione w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 na poszczególne obszary działań realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

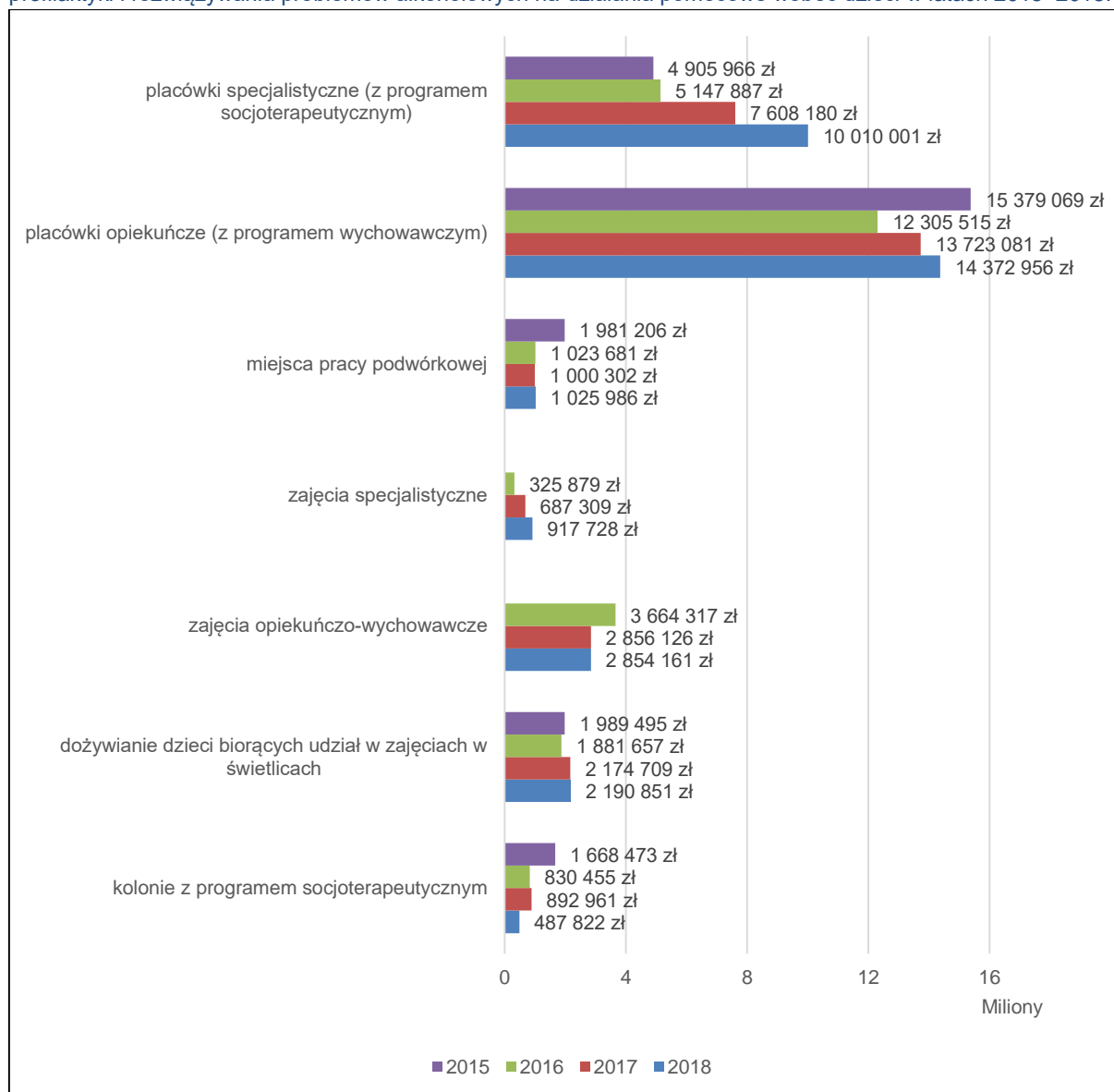


Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

W województwie mazowieckim (podobnie jak w całej Polsce) w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych największe wydatki były przeznaczane na działania skierowane do dzieci i młodzieży. Od 2016 r. przede wszystkim były to wydatki przeznaczane na pomoc dla dzieci (od 25,9 w 2015 r. do 31,9 mln zł w 2018 roku).

Do tego obszaru zaliczono wydatki poniesione na placówki specjalistyczne, placówki opiekuńcze z programem wychowawczym oraz miejsca zajęć podwórkowych, a od 2016 r. również zajęcia z programem socjoterapeutycznym oraz zajęcia z programem wychowawczym. Ponadto do kategorii pomoc dzieciom zaliczono także dożywianie dzieci biorących udział w zajęciach w świetlicach oraz kolonie z programem socjoterapeutycznym. Poniższy wykres pokazuje zmiany w tym zakresie na przestrzeni czterech lat. Rokrocznie najwięcej środków przeznaczanych jest na działalność placówek opiekuńczych z programem wychowawczym.

Wykres 13. Wydatki poniesione przez gminy województwa mazowieckiego w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na działania pomocowe wobec dzieci w latach 2015–2018.



Źródło: Baza danych PARPA 2015–2018 dostępna na: www.parpa.pl

Na działania profilaktyczne, następną co do wielkości kategorię wydatków, przeznaczono najwyższą kwotę w 2015 r. – 27,2 mln zł (w tym roku wydatki na działania profilaktyczne były wyższe niż na działania pomocowe skierowane do dzieci), a najniższą w następnym, 2016 r. – 22,6 mln zł. W 2018 r. wydatki na działania profilaktyczne wyniosły prawie 25 mln zł.

Do tego obszaru zostały zaliczone wydatki poniesione w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przez gminy na programy profilaktyczne rekomendowane w ramach systemu rekomendacji oraz inne programy profilaktyczne w latach, inne formy oddziaływań profilaktycznych, programy dla młodzieży eksperymentującej z substancjami psychoaktywnymi w tym z alkoholem (dane jedynie za 2015 r., ponieważ od 2016 r. nie zadawano tego pytania), programy realizowane przez młodzież (lata 2015–2017, później nie wyszczególniano tej kategorii działań), kolonie z programem profilaktycznym oraz pozalekcyjne zajęcia sportowe, a także wydatki ponoszone na budowę i/lub modernizację miejsc, w których odbywają się pozalekcyjne zajęcia sportowe. Ponadto do kategorii działań profilaktycznych zaliczono również wydatki ponoszone przez samorządy na szkolenia i warsztaty dla rodziców oraz szkolenia/warsztaty dla nauczycieli/wychowawców w obszarze profilaktyki problemowej, a także wydatki na kolonie z programem profilaktycznym oraz szkolenia w zakresie FASD (pytanie zadawane od 2016 r.). Zmiany przedstawione powyżej wynikały ze zmian zawartych w formularzach sprawozdania PARPA G1. Wydatki w tym zakresie wraz ze zmianami wynikającymi ze zmian w ankiecie pokazuje poniższy wykres. Rokrocznie najwięcej środków w tej kategorii wydatków przeznaczanych jest na realizację innych niż rekomendowane programy profilaktyczne oraz na finansowanie kolonii i obozów z programem profilaktycznym. Warto zwrócić uwagę, że w analizowanym okresie znacznie zwiększył się, w odniesieniu do wszystkich wydatków na działania profilaktyczne, odsetek wydatków na rekomendowane programy profilaktyczne – z 6,8% w 2015 r. do 10,8% w 2018 r. Następną co do wielkości kategoria wydatków w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych była przeznaczona na funkcjonowanie gminnych komisji oraz ich szkolenie (wydatki od 7,3 mln zł w 2015 r. do 9,7 mln zł w 2018 r.). W przypadku miejsc pomocy dla dorosłych, czyli punktów informacyjno-konsultacyjnych, telefonów zaufania oraz Centrów i Klubów Integracji Społecznej zanotowano wzrost wydatków z 7,3 mln zł w 2015 r. do 8,5 mln w 2018 r. Na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie w latach 2015–2018 wydatki wzrosły z 6,8 mln zł do 7,3 mln zł (w latach 2016–2017 zanotowano niższe wydatki ok. 5,6 mln zł). W przypadku wydatków na edukację publiczną i prowadzenie badań widać wzrost wydatków z 2,9 mln zł w 2015 r. do 3,8 mln zł w 2018 r., choć warto zwrócić uwagę na wyraźne zmniejszenie finansowania edukacji w 2017 r. do 2,5 mln zł. Na finansowanie grup samopomocowych najmniej wydano w 2015 r. – 2,1 mln zł, najwięcej zaś po w 2016 r. – 2,9 mln. zł. W latach 2016–2017 wydatki na ten cel wyniosły po niecałe 2,7 mln zł. Do izb wytrzeźwień przekazano w ramach gminnych programów profilaktyki najmniej w 2017 r. – 56 tys. zł, najwięcej zaś w 2015 r. – 336 tys. zł.

X. SPIS TABEL I WYKRESÓW

Tabele:

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Częstość spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy na Mazowszu w 2018 r. (procenty i tys.)..... | 36 |
| Tabela 2. Liczba placówek leczenia uzależnienia różnych typów na Mazowszu w latach 2015-2018 (dane PARPA)..... | 37 |
| Tabela 3. Liczba placówek leczenia uzależnienia różnych typów na Mazowszu w latach 2015-2018 (dane NFZ)..... | 37 |
| Tabela 4. Odsetki placówek deklarujących dostępność do leczenia uzależnienia dla osób niepełnosprawnych w latach 2015-2018 na Mazowszu (M) i w Polsce (P). | 38 |
| Tabela 5. Członkowie rodzin: czas oczekiwania w tygodniach na leczenie w poradniach województwa mazowieckiego i w Polsce w latach 2015–2018. | 39 |
| Tabela 6. Liczba pacjentów objętych leczeniem odwykowym na Mazowszu i w Polsce w latach 2015–2018 r. | 39 |
| Tabela 7. Odsetki pacjentów zarejestrowanych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce w 2018 r. | 39 |
| Tabela 8. Odsetki pacjentów z rozpoznanymi różnymi zaburzeń w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce w roku 2015–2018. | 40 |
| Tabela 9. Odsetek kobiet leczonych w różnych typach placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce w roku 2018. | 40 |
| Tabela 10. Osoby mające certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień w grupie terapeutów pracujących w placówkach leczenia uzależnień na Mazowszu w latach 2015–2018 i w Polsce w 2018 r. | 41 |
| Tabela 11. Odsetki placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu deklarujących stałą realizację w latach 2015–2018 działań wskazanych w tabeli w ramach programów leczenia członków rodzin osób uzależnionych | 42 |
| Tabela 12. Odsetki placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu deklarujących stałą realizację (w latach 2015–2018) działań w ramach programów leczenia innych grup pacjentów. | 43 |
| Tabela 13. Wartości kontraktów w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu w latach 2015–2018 w Polsce i na Mazowszu (w zł) w podstawowych typach placówek.. | 43 |
| Tabela 14. Finansowe wsparcie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na Mazowszu i w Polsce przez samorządy gmin w latach 2015–2018 (w zł)..... | 44 |
| Tabela 15. Dofinansowanie działalności leczniczej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie mazowieckim przez samorząd województwa w latach 2015–2017 (w zł)..... | 45 |
| Tabela 16. Finansowanie zadań pozaleczniczych WOTUW przez Samorząd Województwa Mazowieckiego w latach 2015–2018 oraz przez wszystkie samorządy wojewódzkie w Polsce | 46 |

| | |
|--|----|
| Tabela 17. Realizacja poszczególnych zadań pozalecniczych przez WOTUW Pruszków w latach 2015–2018. | 46 |
| Tabela 18. Odsetek zebranych przez WOTUW ankiet dotyczących pracy placówek odwykowych na Mazowszu i w Polsce w latach 2015–2018..... | 47 |
| Tabela 19. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – młodsza kohorta (15–16 lat). | 50 |
| Tabela 20. Picie napojów alkoholowych przez młodzież – starsza kohorta (17–18 lat). | 50 |
| Tabela 21. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 50 |
| Tabela 22. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo – starsza kohorta (17–18 lat). | 50 |
| Tabela 23. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 51 |
| Tabela 24. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat). | 51 |
| Tabela 25. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 51 |
| Tabela 26. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat)..... | 51 |
| Tabela 27. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 51 |
| Tabela 28. Picie nadmierne w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat)..... | 52 |
| Tabela 29. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 53 |
| Tabela 30. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – starsza kohorta (17–18 lat). | 53 |
| Tabela 31. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 53 |
| Tabela 32. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców – starsza kohorta (17–18 lat). | 53 |
| Tabela 33. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – młodsza kohorta (15–16 lat)..... | 53 |
| Tabela 34. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt – starsza kohorta (17–18 lat)..... | 54 |
| Tabela 35. Ocena rozpowszechnienia używania substancji wśród przyjaciół – młodsza kohorta (15–16 lat). | 54 |
| Tabela 36. Ocena rozpowszechnienia używania substancji wśród przyjaciół – starsza kohorta (17–18 lat). | 55 |
| Tabela 37. Pozwolenie ze strony rodziców na picie napojów alkoholowych – młodsza kohorta (15–16 lat). | 55 |

| | |
|---|----|
| Tabela 38. Pozwolenie ze strony rodziców na picie napojów alkoholowych – starsza kohorta (17–18 lat). | 56 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Tabela 39. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 w podziale na rodzaj punktu sprzedaży alkoholu..... | 60 |
|--|----|

Wykresy:

| | |
|---|----|
| Wykres 1. Liczba stowarzyszeń abstynenckich i klubów abstynenckich w latach 2015–2018. | 48 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Wykres 2. Wydatki na stowarzyszenia i kluby abstynenckie w latach 2015–2018..... | 48 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Wykres 3. Liczba uczniów i rodziców uczestniczących w rekomendowanych i nierekomendowanych programach profilaktycznych w województwie mazowieckim w latach 2013–2018 | 56 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Wykres 4. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w różnych formach działań profilaktycznych (pow. 100 tys.) w województwie mazowieckim w latach 2013–2018. | 57 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Wykres 5. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w różnych formach działań profilaktycznych (pon. 100 tys.) w województwie mazowieckim w latach 2013–2018. | 57 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 6. Liczba uczniów uczestniczących w programach profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży eksperymentującej z substancjami psychoaktywnymi w województwie mazowieckim i w całej Polsce w latach 2013–2018..... | 58 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 7. Liczba świetlic realizujących program socjoterapeutyczny w województwie mazowieckim i w całej Polsce w latach 2013–2018. | 58 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 8. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w województwie mazowieckim w latach 2015–2018. | 60 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 9. Liczba wypadków ogółem oraz wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących w województwie mazowieckim w latach 2015–2018 oraz odsetek wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących wśród wszystkich wypadków..... | 61 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Wykres 10. Odsetek podejrzanych według stanu świadomości w województwie mazowieckim w latach 2015–2018. | 62 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 11. Liczba nietrzeźwych podejrzanych w kategorii zgwałcenie w latach 2015-2018 w województwie mazowieckim oraz odsetek podejrzanych nietrzeźwych w odniesieniu do ogółu podejrzanych w województwie mazowieckim oraz w całej Polsce..... | 62 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 12. Wydatki poniesione w województwie mazowieckim w latach 2015-2018 na poszczególne obszary działań realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. | 64 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Wykres 13. Wydatki poniesione przez gminy województwa mazowieckiego w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na działania pomocowe wobec dzieci w latach 2015-2018. | 65 |
|---|----|

XI. BIBLIOGRAFIA

Raporty i publikacje

- Health Promotion Glossary, WHO, Geneva 1998
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua>
- Rocznik statystycznego województwa mazowieckiego 2018, GUS, data publikacji 31.12.2018
- Łukowska K (2019). Ustalenie rozmiarów problemów alkoholowych oraz zasobów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych na terenie województwa mazowieckiego. Przygotowanie diagnozy do WPPIRPA na Mazowszu
- Sierosławski (2020) „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” – badania ESPAD
- Sprawozdania z działalności samorządów gminnych w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej PARPA G1
- Sprawozdania z pozaleczniczej działalności Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia od Alkohol i Współuzależnienia za lata 2015–2018, PARPA
- System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego www.programyrekomendowane.pl
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2020 roku. Wydawnictwo PARPA
- Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenie opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. Medycyna Praktyczna, Pediatria,
- Data & Statistics Prevalence of FASD <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/data.html#ref>
- Gaś Z .B. Strategia redukcji szkód a profilaktyka uzależnień
<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1039-strategia-redukcji-szkod-a-profilaktyka-uzalezni.html>
- Łukowska K.(2018). Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz ograniczenie dostępności alkoholu w gminach i miastach. Przewodnik dla samorządów. Warszawa
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., red. (2012): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii
- Nutt D., J., King L., A., Phillips L.,D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. W: The Lancet, 6, November
- Okulicz - Kozaryn K., Borkowska M., Brzózka K.: FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland. JARID, 2017; 30 (1): 61–70
- Wald I. (red). (1986). Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Wojtyła, A., Kapka-Skrzypczak, L., Diatczyk, J., Fronczak, A., Paprzycki, P. (2012). Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010–2012) Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 19(3), (365-377)