

**Wojewódzki Program
Profilaktyki i Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych
na lata 2018 – 2025**

PROJEKT

OPOLE, LISTOPAD 2017 r.

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Zasoby leczenia odwykowego w województwie opolskim, których dotyczą umowy z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia	5
3. Rynek napojów alkoholowych w województwie opolskim.....	8
4. Zasoby finansowe przeznaczone na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie opolskim	11
5. Diagnoza - problemy alkoholowe.....	13
5.1. Osoby uzależnione od alkoholu oraz osoby pijące szkodliwie lub ryzykownie.....	13
5.2. Osoby dorosłe oraz dzieci i młodzież żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików	17
5.3. Alkoholowa dysfunkcja rodziny.....	19
5.4. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania alkoholu	20
5.5. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania tytoniu.....	24
5.6. Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe	25
5.7. Alkohol a przestępczość pospolita	26
5.8. Przemoc w rodzinie (przemoc domowa).....	29
6. Cele programu	38
6.1 Cel strategiczny.....	38
6.2 Cele operacyjne	38
6.3. Wskaźniki oraz wskaźniki szablonowe.....	41
6.4. Komentarz.....	42
7. Finansowanie i organizacja realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.....	42
7.1.Finansowanie programu. Ramy finansowe realizacji programu.....	42
7.2.Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	44
7.3.Organizacja i realizacja Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.....	44
7.4.Elementy ewaluacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	44
8. Spis wykresów	45

Wykaz skrótów

ESPAD - Używanie Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież Szkolną. Europejski Program Badań Ankiетowych w Szkołach ESPAD

FASD - Spektrum (Po)Alkoholowych Uszkodzeń Płodu

GUS – Główny Urząd Statystyczny

NPZ – Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

OLO – Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych

OOW NFZ – Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

PARPA – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

SWSdNiPCh – Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach im. Księdza Biskupa Józefa Nathana

UMWO – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

WPPiRPA – Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2018-2025

WPPN – Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2018-2025

1. Wprowadzenie

Zagadnienia profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujęte są w ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z art. 4 ust.1 przedmiotowej ustawy, samorząd województwa realizuje zadania dotyczące problematyki alkoholowej „w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, określone w Narodowym Programie Zdrowia”.

Poprzedni wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiący załącznik do Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025, obejmował lata 2016-2017. Podyktowane było to zamiarem dopasowania treści kolejnego programu wojewódzkiego do zapisów Narodowego Programu Zdrowia, który nie istniał jeszcze w momencie uchwalenia programu na lata 2016-2017. Niniejszy wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przygotowany został na lata 2018-2025, czyli do końca obowiązywania aktualnej strategii w zakresie polityki społecznej.

W niniejszym programie szczegółowy zakres merytoryczny działań, ich częstotliwość i formy realizacji wynikają zarówno z potrzeb oraz uwarunkowań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jak i z możliwości finansowych budżetu województwa opolskiego.

Zadania realizowane w ramach niniejszego programu w oparciu o ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawę o zdrowiu publicznym, stanowiąc będą jednocześnie element wsparcia działań samorządu województwa związanych z realizacją:

- 1) Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
- 2) Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
- 3) Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.
- 4) Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- 5) Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
- 6) Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
- 7) Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

Kluczową rolą samorządu województwa w ramach realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych będzie inspirowanie i wspieranie bezpośrednich realizatorów konkretnych zadań w ramach posiadanych możliwości kadrowych i finansowych. Wyżej wymieniony program stanowi merytoryczne i organizacyjne ramy dla realizacji zadań z uwzględnieniem doświadczeń realizacji programu w latach poprzednich.

Zakłada się, że w zakresie związanym z problemami alkoholowymi grupy ryzyka będą jednymi z głównych beneficjentów ostatecznych WPPiRPA.

2. Zasoby leczenia odwykowego w województwie opolskim, których dotyczą umowy z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia¹

W 2016 r. Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach rodzaju świadczenia „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, zakontraktował kilka produktów dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu. Do produktów tych według stanu zawartych umów z dnia 17 lipca 2017 r. należą :

- 1) Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu. 13 umów, 13 świadczeniodawców z następujących miejscowości : Brzeg, Głucholazy, Kędzierzyn-Koźle (3 świadczeniodawców), Kluczbork, Krapkowice, Olesno, Opole, Ozimek, Prudnik, Strzelce Opolskie, Woskowice Małe.
- 2) Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne. 2 umowy, 1 świadczeniodawca z Branice.
- 3) Leczenie uzależnień stacjonarne. 2 umowy, 1 świadczeniodawca z Woskowic Małych.
- 4) Leczenie uzależnień. 26 umów, 26 świadczeniodawców z następujących miejscowości : Branice, Brzeg, Głubczyce, Głucholazy (2 świadczeniodawców), Gogolin, Kędzierzyn-Koźle, Kluczbork, Krapkowice, Moszna, Namysłów, Nysa (3 świadczeniodawców), Olesno (2 świadczeniodawców), Opole (4 świadczeniodawców), Ozimek, Strzelce Opolskie, Warszawa, Woskowice Małe, Zbicko, Zimnice Wielkie.
- 5) Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu. 4 umowy, 4 świadczeniodawców z następujących miejscowości: Kędzierzyn-Koźle (2 świadczeniodawców), Nysa, Woskowice Małe.
- 6) Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja). 2 umowy, 2 świadczeniodawców z następujących miejscowości : Branice, Woskowice Małe.
- 7) Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, 1 umowa, 1 świadczeniodawca z Branice.

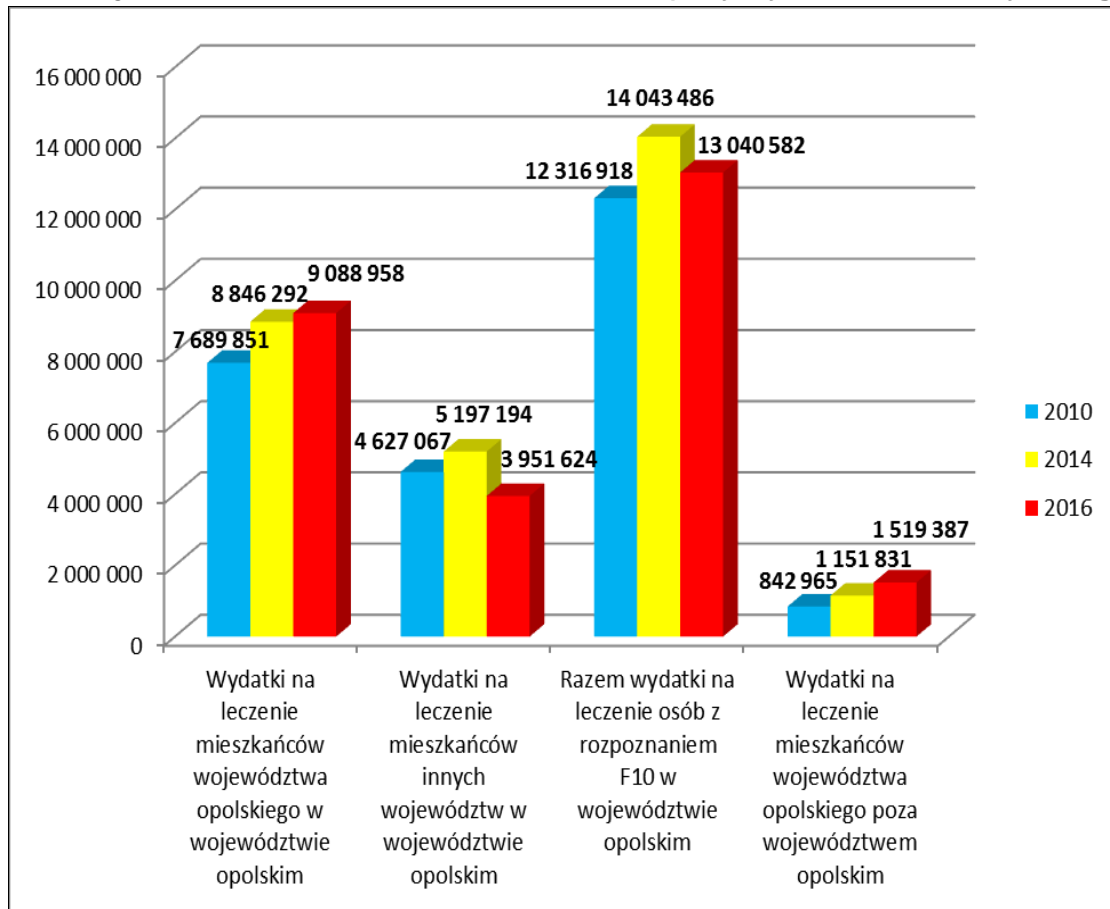
W kategoriach produktów: świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, świadczenia antynikotynowe, świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu, świadczenia dzienne leczenia uzależnień, świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich - w 2016 r. nie zawarto żadnych umów.

Sieć i kształt leczenia odwykowego w dotychczasowej praktyce zależy od wielkości środków finansowych przeznaczanych przez OOW NFZ na to leczenie oraz od rozstrzygnięć konkursów organizowanych przez OOW NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie dotyczącym leczenia/terapii uzależnienia od alkoholu.

Finansowanie leczenia odwykowego przez OOW NFZ w 2010 r., 2014 r. oraz w 2016 r. ilustruje wykres 1.

¹Zestawienie oparte na danych ze strony www Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ścieżka dostępu : www.nfz-opole.pl - Informator o zawartych umowach - Wyszukiwanie świadczeń - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (i dalej). Link <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=08> i dalej. Data pobrania 17.07.2017 r.

Wykres 1. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim z rozpoznaniem F10 na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010, 2014 i 2016 rok (dotyczy lecznictwa odwykowego).



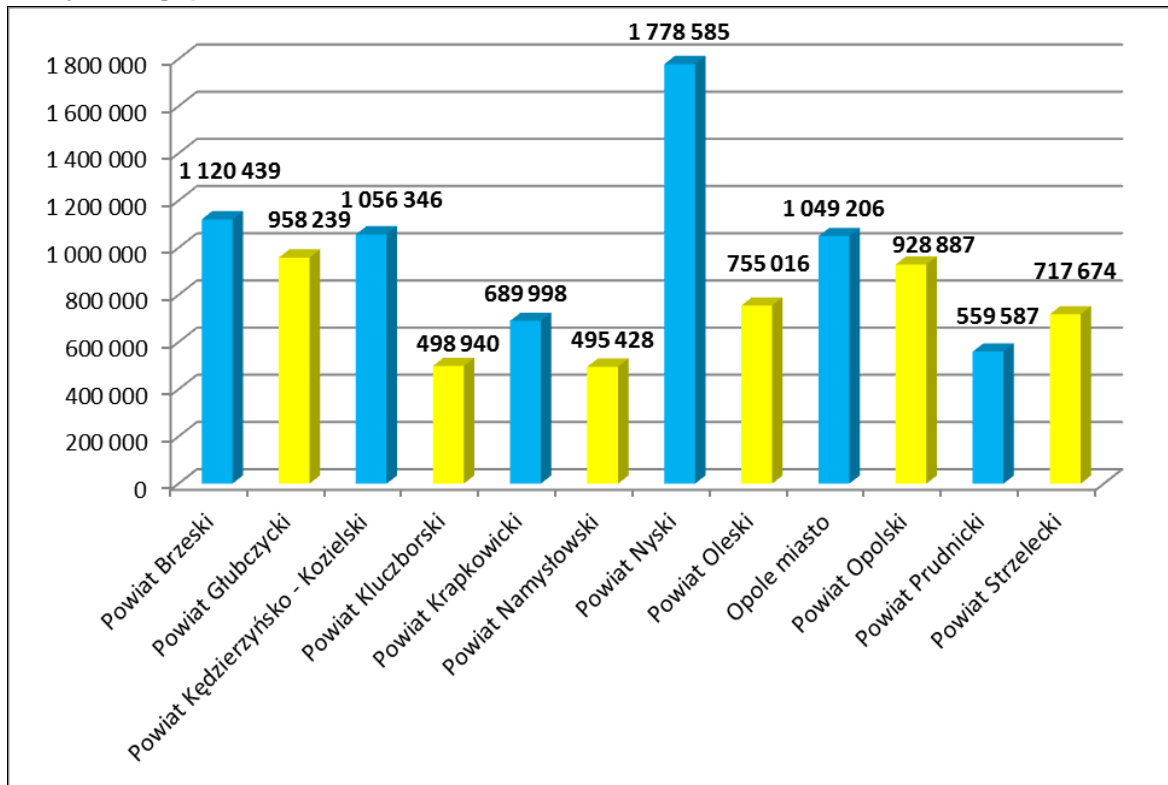
Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ-PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

Środki finansowe na leczenie pacjentów z rozpoznaniem F10 w województwie opolskim wyniosły w 2014 r. 14.043.486 zł i uległy w stosunku do 2010 r. zwiększeniu o 1.726.568 zł. Jednak w 2016 r. spadły do poziomu 13.040.582 zł (spadek o 1.002.904 zł). O dobrej jakości świadczeń oferowanych przez lecznictwo odwykowe w województwie opolskim może świadczyć kwota 3.951.624 zł uzyskana w 2016 r. przez OOW NFZ z tytułu leczenia pacjentów z innych województw. O tym samym świadczy również dodatni bilans w rozliczeniach pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ w zakresie leczenia pacjentów z rozpoznaniem F10 – w 2016 r. wyniósł on 2.432.237 zł.

Między rokiem 2010, a rokiem 2016 nie nastąpiły skokowe lub drastyczne zmiany w finansowaniu lecznictwa odwykowego w województwie opolskim. Ważne jest utrzymywanie konkurencyjnej pozycji lecznictwa odwykowego w województwie opolskim w stosunku do lecznictwa odwykowego w innych województwach.

Wydatkowanie środków przez OOW NFZ na leczenie odwykowe pacjentów z poszczególnych powiatów województwa opolskiego przedstawia wykres 2.

Wykres 2. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F10 na podstawie powiatu zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok (dotyczy lecznictwa odwykowego).



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

Wykres 2 dotyczy wydatkowania kwoty 10.608.345 zł na leczenie pacjentów – mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F10 z tego kwota 1.519.387 zł przeznaczona została na leczenie mieszkańców województwa opolskiego poza województwem opolskim.

Podmioty lecznicze samorządu województwa opolskiego zajmujące się leczeniem/terapią uzależnienia od alkoholu to Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych oraz Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Księdza Biskupa Józefa Nathana w Branicach.

W skład OLO w Woskowicach Małych - zgodnie ze statutem - wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne udzielające świadczeń medycznych w zakresie leczenia/terapii uzależnienia od alkoholu² :

- 1) Ośrodek Leczenia Odwykowego
 - a) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (20 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową)
 - b) Oddział Terapii Uzależnień (68 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową)
- 2) Poradnia Odwykowa (funkcjonuje w Woskowicach Małych)

²Dane pobrano z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Link: <https://rpwdl.csioz.gov.pl> (i dalej). Data pobrania: 1.08.2017

- 3) Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu (wykonuje zgodnie z przepisami funkcje wspierające i nadzorcze w stosunku do lecznictwa odwykowego w całym województwie). W jego skład wchodzi:
 - a) Ambulatorium
 - b) Wojewódzka Przychodnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu
 - c) Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu (20 miejsc pobytu dziennego zgodnie z Księgą Rejestrową)

W skład SWSdNiPCH w Branicach - zgodnie ze statutem - wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne udzielające świadczeń medycznych w zakresie leczenia/terapii uzależnienia od alkoholu :

- 1) Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu, w skład którego wchodzi:
 - a) Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych B-7 (Detoksykacyjny) (25 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową)
 - b) Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu B-4 (52 łóżka zgodnie z Księgą Rejestrową)
 - c) Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi
- 2) Oddział dla uzależnionych wobec, których orzeczono środek zabezpieczający D-I (30 łóżek zgodnie z Księgą Rejestrową).

3. Rynek napojów alkoholowych w województwie opolskim

Skala problemów alkoholowych i ich intensywność zależą od wielkości konsumpcji napojów alkoholowych - im większa konsumpcja, tym więcej problemów. *„Chociaż konsumpcja alkoholu może przynieść wiele przyjemności, to jednak zwiększa ryzyko powstania wielu szkód społecznych. Ryzyko to uzależnione jest od dawki spożywanego alkoholu w taki sposób, że im większe spożycie alkoholu, tym większe ryzyko. Szkody spowodowane przez osobę pijącą alkohol tworzą zróżnicowane kontinuum od hałasów nocnych i budzenia innych do bardziej poważnych konsekwencji, np. przemocy wobec współmałżonka, znęcania się nad dziećmi, przestępstw, aktów przemocy i zabójstw. (...) Alkohol jest używką, która nie tylko uzależnia, ale jest także przyczyną około sześćdziesięciu chorób i stanów chorobowych, w tym uszkodzeń ciała, zaburzeń psychicznych i behawioralnych, chorób układu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, mięśni i układu kostnego, zaburzeń płodności i uszkodzeń prenatalnych grożących przedwczesnym porodem i powodujących niską wagę urodzeniową. Alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia większości tych chorób i zaburzeń, przy czym prawdopodobieństwo to rośnie wraz ze wzrostem spożywanej ilości alkoholu”*³.

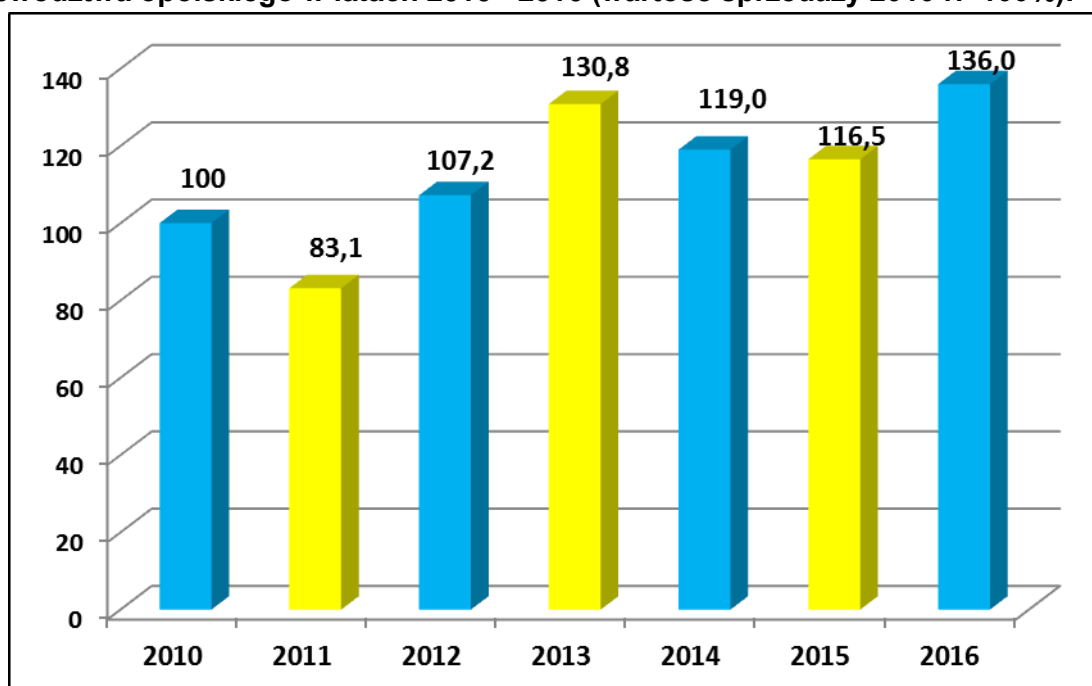
Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2016 r. w Polsce średnie spożycie w litrach 100% alkoholu na 1 mieszkańca wynosiło 9,37 litra, w 2015 r. – 9,41 litra, w 2014 r. – 9,40 litra, a w 2013 r. wynosiło 9,67 litra, wcześniej - w 2010 r. było wyraźnie mniejsze i wynosiło 9,02 litra⁴. W związku z powyższym można założyć, że w ostatnich latach, mamy do czynienia z względną stabilizacją wskaźnika średniego spożycia 100% alkoholu.

³Peter Anderson, Ben Baumberg, *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego przedłożony Komisji Europejskiej*, Instytut Badań nad Alkoholem, Wielka Brytania czerwiec 2006, wydanie polskie Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007, s. 12.

⁴Dane PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl - Analizy, badania, raporty - Spożycie alkoholu. Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> . Data pobrania 14.11.2017 r.

Według tych samych danych struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce w przeliczeniu na 100% alkohol przedstawiała się w 2010 r. następująco : 35,5% wyroby spirytusowe, wino i miody pitne 9,3%, piwo 55,2%, w 2013 r. odpowiednio 37,2%, 7,2% oraz 55,7%, w 2014 r. odpowiednio 34,1%, 8%, 57,9%, w 2015 r. - odpowiednio 34%, 8%, 57,9% a w 2016 – 34,2%, 7,4% oraz 58,4%⁵. Powyższe zestawienie wskazuje na ustabilizowanie struktury spożycia wyrobów alkoholowych w ostatnich latach.

Wykres 3. Dynamika sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 - 2016 (wartość sprzedaży 2010 r.=100%).



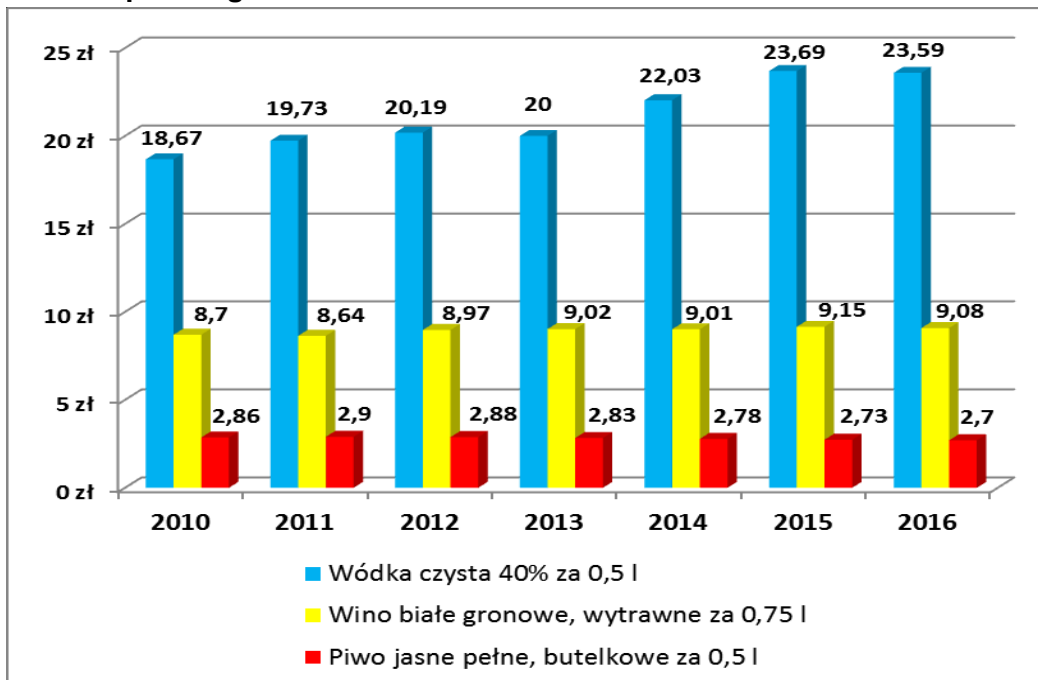
Źródło : obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Po okresie niekorzystnego z punktu widzenia zdrowotnego i rozpowszechnienia problemów alkoholowych kształtowania się w województwie opolskim dynamiki sprzedaży napojów alkoholowych - wzrost z 122,8 mln zł w 2010 r., do 160,6 mln zł w roku 2013. W kolejnych latach zanotowano spadek sprzedaży - w 2014 r. sprzedaż wyniosła 146,1 mln zł, a w 2015 r. 143 mln zł. Natomiast w 2016 r. mamy do czynienia ze znacznym wzrostem sprzedaży, która wyniosła 166,9 mln zł.

Wcześniej obserwowany spadek dynamiki sprzedaży może być związany z korzystnym z punktu widzenia zdrowotnego i profilaktyki wzrostem cen na alkohole wysokoprocentowe, przy równoczesnym niewielkim spadku cen alkoholi niskoprocentowych np. piwa. Teoretycznie wzrost cen napojów alkoholowych powinien wpłynąć na mniejszą ich konsumpcję, co powinno przełożyć się na mniejszą liczbę szkód, np. szkód zdrowotnych. Obraz ten zaburzony został przez wzrost sprzedaży napojów alkoholowych w 2016 r., co może być związane z uszczelnianiem granic i wynikającym z tego ograniczaniem wprowadzania do obrotu nieujmowanych w statystykach napojów alkoholowych, które zostały zastąpione przez napoje z legalnych źródeł.

⁵Vide przypis poprzedni.

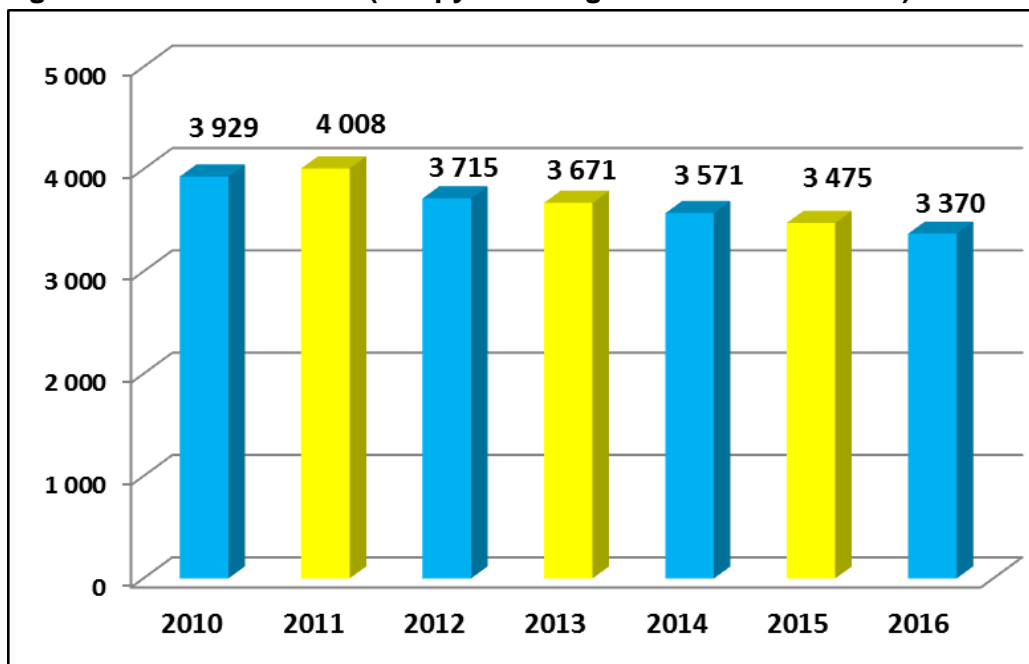
Wykres 4. Przeciętne ceny detaliczne wybranych towarów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016.



Źródło : obliczenia własne na podstawie danych Banku danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 22.06.2017 r.

Na wysokość spożycia napojów alkoholowych ma również wpływ wielkość sieci punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Sytuację w tym zakresie ilustruje wykres 5.

Wykres 5. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016 (sklepy i lokale gastronomiczne razem).



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2010 roku (i dalsze lata). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

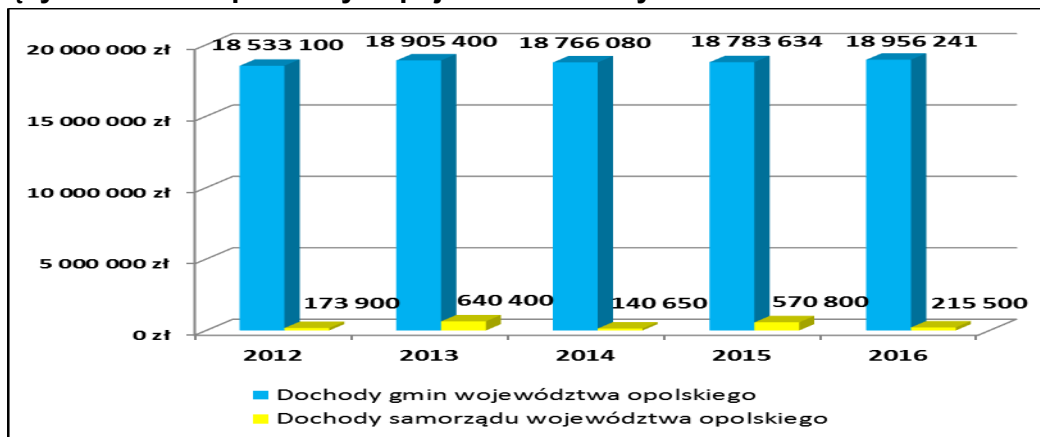
4. Zasoby finansowe przeznaczone na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie opolskim

Zgodnie ze stanem prawnym wynikającym z ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na realizację zadań województw i gmin wynikających z ww. ustawy przeznaczone są następujące środki :

- 1) W przypadku województw są to opłaty za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. Środki finansowe pozyskane z ww. opłat mogą być ponadto przeznaczone na realizację wojewódzkiego programu przeciwdziałania narkomanii. Standardowo opłaty wnoszone są raz na dwa lata w jednej transzy. W województwie opolskim dochody budżetu województwa z tytułu ww. opłat charakteryzuje wyraźny dwuletni cykl, w którym rok z większymi dochodami występuje na przemian z rokiem z mniejszymi dochodami. Należy także podkreślić, że między województwami występują bardzo duże różnice w wysokościach dochodów z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi. Różnice te wynikają z rozmieszczenia siedzib dużych sieci hurtowni napojów alkoholowych, województwa, w których mieszczą się takie siedziby uzyskują bardzo duże dochody z opłat za zezwolenia.
- 2) W przypadku gmin są to opłaty za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu lub poza miejscem sprzedaży. Środki finansowe pozyskane z ww. opłat mogą być ponadto przeznaczone na realizację gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Opłaty wnoszone są za poszczególne lata w rozbiciu na trzy raty w ciągu roku.

W praktyce mamy do czynienia z dużym zróżnicowaniem ww. dochodów, które ilustruje wykres 6. Środki finansowe województwa opolskiego, które mogą być zaangażowane w profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w znaczący sposób ustępują środkom gmin, jak i środkom wielu innych województw. W 2012 r. województwo opolskie uzyskało najmniejsze ze wszystkich województw dochody z opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. W 2013 r. mniejsze dochody od województwa opolskiego miały trzy województwa - lubuskie, pomorskie i świętokrzyskie, a w 2014 r. województwo lubuskie. Z kolei 2015 r. dochody mniejsze od opolskiego miały cztery województwa - lubuskie, podlaskie, pomorskie i świętokrzyskie, natomiast w 2016 r. województwa – lubuskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie.

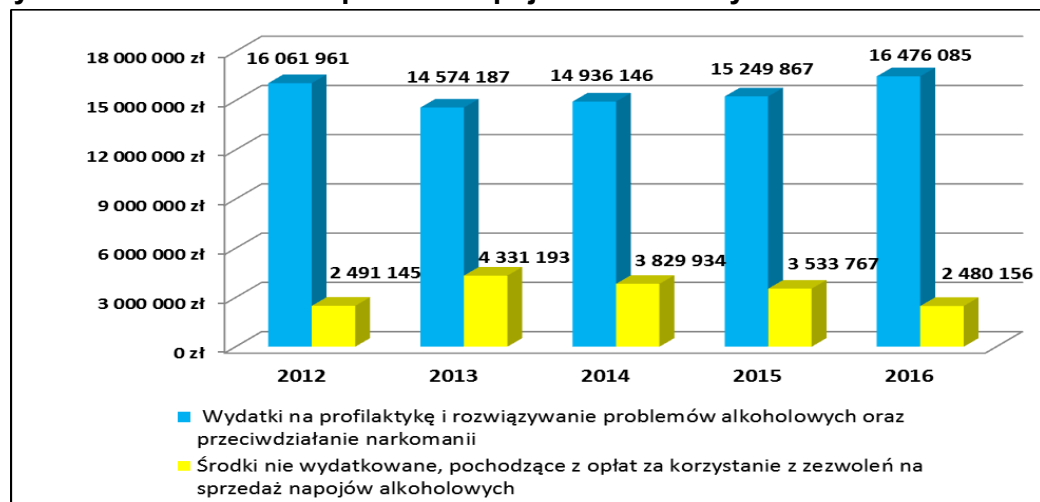
Wykres 6. Dochody gmin województwa opolskiego i Samorządu Województwa Opolskiego z tytułu opłat za wydanie zezwoleń oraz korzystanie z zezwoleń dotyczących obrotu i sprzedaży napojów alkoholowych w latach 2012–2016.



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2012 roku (i dalej). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Problemem pozostaje wykorzystywanie środków finansowych przez gminy. Z jednej strony jest to problem jakości podejmowanych działań, a z drugiej wydatkowanie środków na zadania poza merytorycznym obszarem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W „Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015” jako jeden z siedmiu problemów w skali kraju została wskazana „Pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wydatkowanie środków z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych”⁶. Można przyjąć, że wskazywany wyżej problem jest nadal aktualny.

Wykres 7. Wydatkowanie przez gminy województwa opolskiego dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2012–2016.



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2012 roku (i dalej). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

⁶PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl – Akty prawne – Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2011-2015. Link http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf. Data pobrania 13.10.2015 r.

5. Diagnoza - problemy alkoholowe

Przy prezentowaniu poszczególnych elementów diagnozy założono, że najlepszą formą będą ilustracje odpowiednio wybranych danych w formie przejrzystych wykresów z ograniczonym komentarzem, który nie będzie zaburzał przejrzystości przekazu informacji. Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ma bowiem także funkcję edukacyjną i inspirującą dla jego odbiorców i w związku z tym przyjęto taką formę diagnozy, która wydaje się być optymalna.

W diagnozie używane są dane istniejące (zastane), w niektórych przypadkach (np. dane OOW NFZ) wymagające odpowiedniego zestawienia na potrzeby niniejszego programu. Wyjątkiem, w przypadku którego dane zostały wytworzone poprzez przeprowadzenie badań i opracowanie ich wyników, jest używanie alkoholu, narkotyków, tytoniu i innych używek przez młodzież szkolną województwa opolskiego (tzw. badania ESPAD).

Kilkakrotnie posłużono się szacunkami PARPA, które następnie przeliczono dla zilustrowania problematyki w województwie opolskim. Wykorzystano także dane GUS.

Należy zwrócić uwagę na potrzebę i możliwość zaangażowania badawczego opolskich uczelni w obszary wskazane w diagnozie.

Diagnoza zawiera osiem części odnoszących się do grup społecznych wyraźnie związanych z problemami alkoholowymi, np. „Osoby dorosłe oraz dzieci i młodzież żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików” lub odnoszących się do określonego rodzaju problemów alkoholowych np. „Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe”.

5.1. Osoby uzależnione od alkoholu oraz osoby pijące szkodliwie lub ryzykownie

W latach 2010-2011 zrealizowano w Polsce zakrojone na szeroką skalę badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska”. „W wyniku badania stwierdzono, że 11,9% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym można zaliczyć do ogólnej kategorii nadużywających alkoholu, w tym 2,4% osób spełnia kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu”⁷ – zgodnie z powyższym oszacowano dla całego kraju liczbę osób nadużywających alkoholu na ponad 3 miliony, w tym ponad 600 tysięcy osób z zespołem uzależnienia od alkoholu. Jeżeli przeniesiemy powyższe odsetki na liczbę osób w wieku produkcyjnym w województwie opolskim w 2014 r. wynoszącą w przybliżeniu 643.300 osób⁸ – to liczba osób nadużywających alkoholu bez spełnienia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wyniosła ok. **61.100**, a liczba osób spełniających ww. kryteria wyniosła ok. **15.400**. Zaś w 2016 r. liczba osób w wieku produkcyjnym w województwie opolskim wynosiła w przybliżeniu 627.800 osób⁹, więc liczba osób nadużywających alkoholu bez spełnienia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wyniosła ok. **59.600**, a liczba osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu wyniosła ok. **15.100**.

⁷Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, red. naukowa Moskaiewicz Jacek, Kiejna Andrzej, Wojtyński Bogdan, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, s. 255.

⁸Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 13.10.2015 r.

⁹Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 28.07.2017 r.

Przyjmuje się, że do grupy ryzyka zalicza się mężczyźni konsumujących rocznie powyżej 10 litrów czystego alkoholu oraz kobiety konsumujące rocznie powyżej 7,5 litra czystego alkoholu¹⁰.

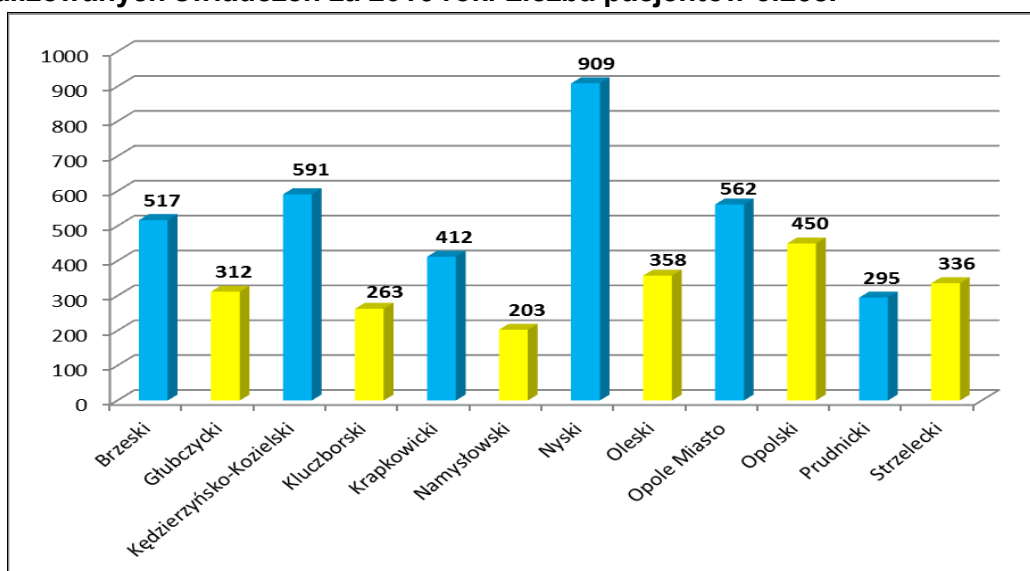
W 2010 r. w województwie opolskim w lecznictwie psychiatrycznym (w skład, którego wchodzi lecznictwo odwykowe) było 4.804 pacjentów mieszkańców województwa z rozpoznaniem F10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu. W 2014 r. takich pacjentów było 4.843, w 2016 r. ich liczba utrzymywała się na podobnym poziomie i wynosiła 4.800. Liczba pacjentów lecznictwa psychiatrycznego oraz podstawowej opieki zdrowotnej z rozpoznaniem F10 z województwa opolskiego w 2010 r. wynosiła 5.054, w 2014 r. 5.180, a w 2016 r. 5.208¹¹.

Zaprezentowane dane wskazują, że leczeniem/terapią objęta jest około 1/3 osób spełniających kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu.

Spośród 4.800 pacjentów (mieszkańców województwa opolskiego w 2016 r.) z rozpoznaniem F10 leczących się w lecznictwie psychiatrycznym 94% było w wieku 19-65 lat, 5,42% było w wieku 66 i więcej lat, a 0,58% w wieku 12-18 lat. W przypadku rozpoznania F10 dominują bezwzględnie pacjenci w wieku aktywności zawodowej, co odróżnia tę grupę pacjentów np. od osób z rozpoznaniem organicznych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń nastroju – afektywnych, w których występuje większy odsetek pacjentów w wieku 66 i więcej lat¹².

Zróżnicowanie pacjentów pod względem powiatu zamieszkania ilustruje wykres 8. Kwestia tego zróżnicowania stanowić może przedmiot pogłębionych badań i analiz.

Wykres 8. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem "F10" (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok. Liczba pacjentów 5.208.



Źródło: dane przekazane z OOW NFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

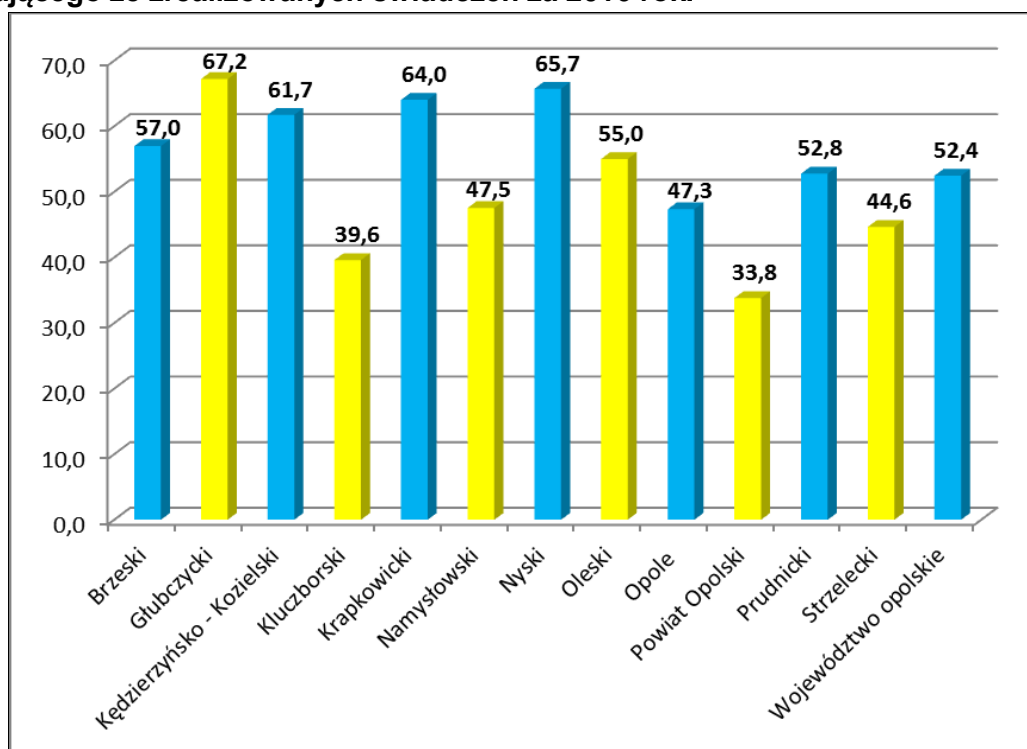
¹⁰ *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2008 r.* na zlecenie PARPA przez CBOS w Warszawie, opracowanie: Marek Fudała, Warszawa 2008;.

¹¹ Dane w akapicie przekazane z OOWNFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

¹² Dane w akapicie przekazane z OOWNFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r. oraz pismem WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r.

Powyższe dane wskazują na duże zróżnicowanie pod względem liczby pacjentów z poszczególnych powiatów. Trzeba pamiętać, że liczba pacjentów w powiatach jest w znaczącej mierze pochodną wysokości kontraktowania świadczeń. Podmioty medyczne prowadzące terapię/leczenie uzależnienia od alkoholu mają więc tylu pacjentów na ilu pozwala im wysokość kontraktu. W przypadku powiatów terapia/leczenie uzależnienia od alkoholu jest prowadzona głównie w formie ambulatoryjnej i w mniejszym zakresie w formie dziennej, a podmioty medyczne przeważnie mają prywatnego właściciela.

Wykres 9. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem „F10” (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) na 10 tys. ludności z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok.

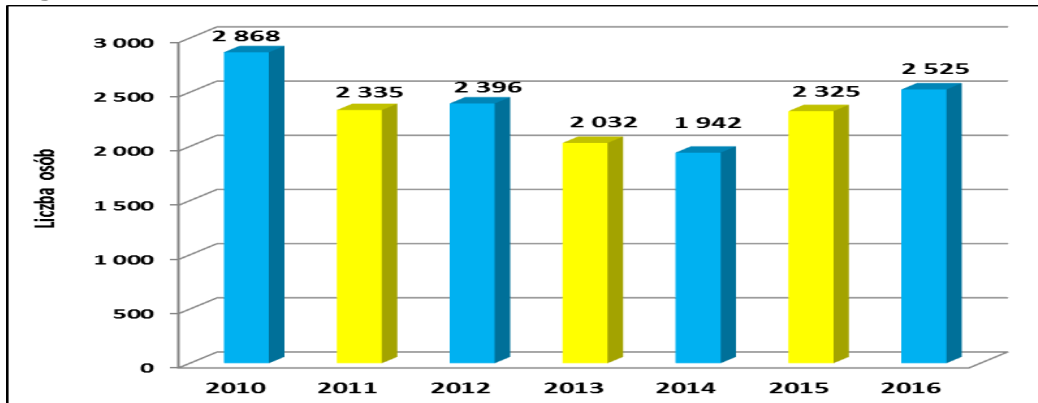


Źródło : obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z OOW NFZ do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z WSOZ.PSY.401.6.2017 OOW.5.EB z dnia 15 lipca 2017 r., danych Banku danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej) - data pobrania 20.07.2017 r.

Rozpowszechnienie leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem alkoholu (rozpoznanie F10 w klasyfikacji chorób ICD10) nie jest całkowicie tożsame z epidemiologią w tym rozpoznaniu. Należy założyć istnienie pewnych korelacji pomiędzy leczeniem, a epidemiologią. Niemniej mogą występować w poszczególnych powiatach lokalne czynniki wpływające na rozpowszechnienie leczenia choroby alkoholowej. Wszystkie te kwestie stanowią potencjalny przedmiot badań i analiz.

Choroba alkoholowa wymaga leczenia/terapii, a także ze względu na swoją specyfikę intensywnych i profesjonalnych działań motywujących do podjęcia takiego leczenia/terapii. W ramach swoich działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych gminy prowadzą różnego rodzaju punkty konsultacyjne, w tym punkty dla osób z problemem alkoholowym.

Wykres 10. Osoby uzależnione, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa Opolskiego w latach 2010 – 2016.



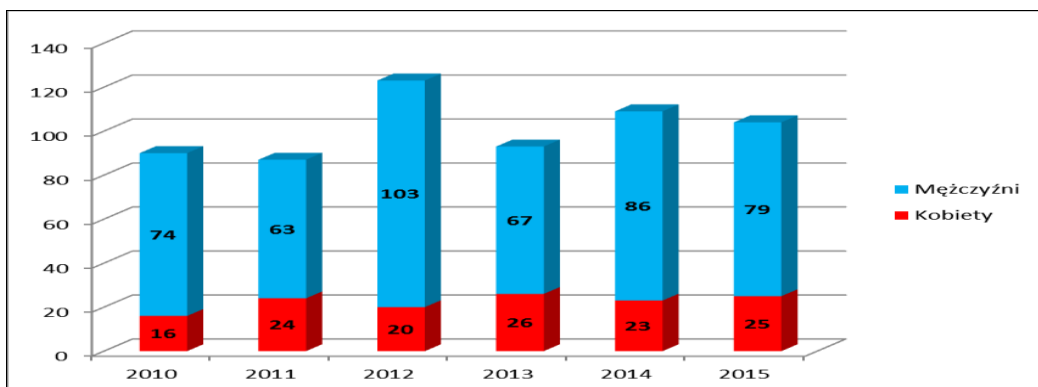
Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2010 roku (i dalsze lata). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Jak wskazano wyżej, zgodnie z badaniami z lat 2010-2011 oraz przeprowadzonymi na ich podstawie bieżącymi szacunkami, w 2016 r. liczba osób nadużywających alkoholu bez spełnienia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu wyniosła w województwie opolskim ok. 59.600 osób.

Sytuacja taka oznacza, że w związku z nadużywaniem alkoholu bez cech uzależnienia, należy spodziewać się zwiększonej liczby szkód zdrowotnych wynikających między innymi z urazów mających związek z alkoholem oraz z długotrwałej ekspozycji na duże dawki alkoholu. Powoduje to, w przypadku pacjentów nadużywających alkoholu, a także uzależnionych od alkoholu, zwiększone koszty w wielu obszarach ochrony zdrowia, bowiem jak już wcześniej wskazano „Alkohol jest narkotykiem powodującym uzależnienie. Niezależnie od tego jest przyczyną 60 różnego typu chorób (...) Dla większości chorób i zaburzeń działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości przyjętej dawki”¹³.

Uszkodzenia wątroby spowodowane alkoholem uznawane są za jeden ze wskaźników problemów zdrowotnych powodowanych przez alkohol. Zagadnienie to w województwie opolskim przedstawione zostało w wykresie 11.

Wykres 11. Zgony w województwie opolskim z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) w latach 2010-2015.



Źródło : dane Demografia GUS. Link <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> (i dalej). Data pobrania: 21.04.2017 r.

¹³ Peter Anderson, Ben Bamberg, *Alkohol w Europie : perspektywa zdrowia publicznego. Raport dla Komisji Europejskiej – Podsumowanie*, w : *Alkoholizm i Narkomania*, Rok 2006, tom 19, nr 2, s.125.

5.2. Osoby dorosłe oraz dzieci i młodzież żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholików

Do tej kategorii osób zaliczamy dorosłych członków rodziny i/lub partnerów życiowych alkoholików oraz dzieci i młodzież. Osoby te żyjąc w najbliższym otoczeniu alkoholików ponoszą różnego rodzaju straty, w tym zdrowotne wynikające z długotrwałego funkcjonowania w głębokim stresie oraz z psychicznych i somatycznych kosztów szkodliwego przystosowania się do życia z osobą uzależnioną od alkoholu.

W przypadku wielu dorosłych osób żyjących w najbliższym otoczeniu alkoholików „*Życie w długotrwałym stresie emocjonalnym pozostawia ślady, a nawet siebie spustoszenie. Efektem takiego życia może być nerwica lub izolowane objawy psychosomatyczne ze strony różnych układów (ból głowy, kłopoty mięśniowe, kłopoty żołądkowe, zaburzenia krążenia i niepokojące objawy ze strony serca), sytuacja taka tworzy okazję do sięgnięcia po środki uspokajające, nasenne, przeciwbólne. W tym też do sięgnięcia po alkohol. Wszystkie te środki mogą stać się substancją własnego uzależnienia*”¹⁴.

Według szacunków PARPA członkowie rodzin z problemem alkoholowym (zarówno dorośli jak i dzieci), to 3-4 miliony osób¹⁵. Przy 38.432.992¹⁶ osobach stanowiących ludność Polski według stanu w dniu 31.12.2016 r., członkowie rodzin z problemem alkoholowym, to 7,8-10,4%¹⁷ populacji z czego połowę stanowią dzieci i młodzież¹⁸. W przypadku województwa opolskiego liczba członków rodzin z problemem alkoholowym powinna mieścić się w przedziale od 77.457 do 103.276 osób¹⁹, przy liczbie ludności 993.036²⁰ w dniu 31.12.2016 r. Także w tym przypadku należałoby przyjąć, że połowę stanowią dzieci i młodzież wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym, nie zapominając jednakże, że zarówno w przypadku dorosłych jak i dzieci oraz młodzieży zaprezentowane liczby wynikają z szacunków PARPA i są wartościami wskazującymi na możliwą skalę problemu, nie są natomiast wartościami precyzyjnie określającymi liczbę osób dotkniętych problemami.

Znaczną część z grupy członków rodzin z problemem alkoholowym stanowią osoby dorosłe generujące koszty w różnych obszarach ochrony zdrowia wynikające ze szkód zdrowotnych powstałych w związku z uszkadzającym wpływem funkcjonowania w najbliższym otoczeniu alkoholika.

Należy zaznaczyć, że tylko część osób dorosłych żyjących w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu, jest gotowa korzystać z wsparcia psychologicznego lub terapii. Poza tym możliwości w tym zakresie zależne są od wysokości kontraktu danego podmiotu leczenia odwykowego z OOWNFZ.

¹⁴Wanda Sztander, *Poza kontrolą*, W-wa 1992, s.40.

¹⁵Źródło : PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl – Analizy, badania, raporty – Polskie problemy alkoholowe. Link <http://www.parpa.pl/index.php/przeciwdzialanie-przemocy/badania/33-analizy-badania-raporty/134-polskie-problemy-alkoholowe>. Data pobrania 31.07.2017 r.

¹⁶Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 31.07.2017 r.

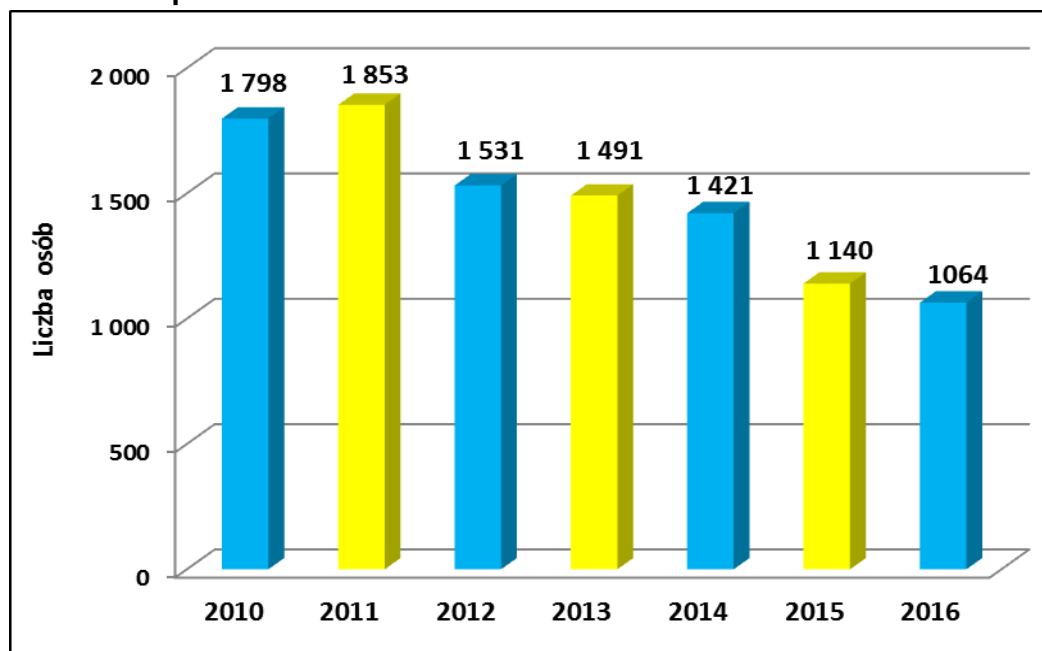
¹⁷Obliczenia własne na podstawie danych ze wskazanych wyżej źródeł.

¹⁸Według PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl – Analizy, badania, raporty – Przeciwdziałanie marginalizacji społecznej w kontekście rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Link <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/135-przeciwdzialanie-marginalizacji-spoecznej-w-kontekście-rozwiazywania-problemow-alk-w-polsce>. Data pobrania: 31.07.2017 r.

¹⁹Obliczenia własne na podstawie danych ze wskazanych wyżej źródeł.

²⁰Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 31.07.2017 r.

Wykres 12. Liczba dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie opolskim w latach 2010-2016.



Źródło : dane PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl - Analizy, badania, raporty – Statystyki - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2010 roku (i dalsze lata). Link <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Działalność punktów konsultacyjnych stanowi uzupełnienie i wsparcie dla funkcjonowania leczenia odwykowego. W przypadku członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu rolą punktów konsultacyjnych jest udzielanie bieżącej pomocy, jakiś zakres jej koordynacji oraz motywowanie do sięgania po profesjonalną pomoc terapeutyczną i/lub do udziału w grupach samopomocowych.

Życie dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym powoduje poważne straty emocjonalne i rozwojowe. Według szacunków PARPA dzieci i młodzież wychowujące się w rodzinach alkoholowych stanowią w Polsce 1,5-2 miliona osób²¹ - w województwie opolskim byłoby to od 38.700 do 51.600 osób²². Należy jednak jeszcze raz podkreślić, że konkretne liczby są w tym przypadku pochodną szacunków PARPA i nie należy ich traktować jako twardych danych, ale jako wskazówkę/szacunek dotyczące możliwego zasięgu negatywnych zjawisk. Także ten obszar problemów alkoholowych mógłby i powinien się stać polem badawczym eksploatowanym przez studentów i pracowników uczelni w regionie.

Wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym „może wyrzucić poważny negatywny wpływ na rozwój dziecka (...) Podobnie jak żołnierze przeżywający stres na polu bitwy, dzieci alkoholików żyją w stresie przekraczającym granice zwykłego ludzkiego doświadczenia”²³. Dla dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym „Choroba rodziców staje się główną siłą nadającą kierunek ich życiu, które zaczyna się obracać wokół problemu alkoholowego ojca czy matki”²⁴.

²¹Według PARPA, ścieżka dostępu : www.parpa.pl – Analizy, badania, raporty – Przeciwdziałanie marginalizacji społecznej w kontekście rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Link <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/135-przeciwdzialanie-marginalizacji-spoecznej-w-kontekście-rozwiazywania-problemow-alk-w-polsce>.

²²Obliczenia własne na podstawie danych ze wskazanych wyżej źródeł.

²³Bryan E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, W-wa 1998, s.53.

²⁴Bryan E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, W-wa 1998, s.53.

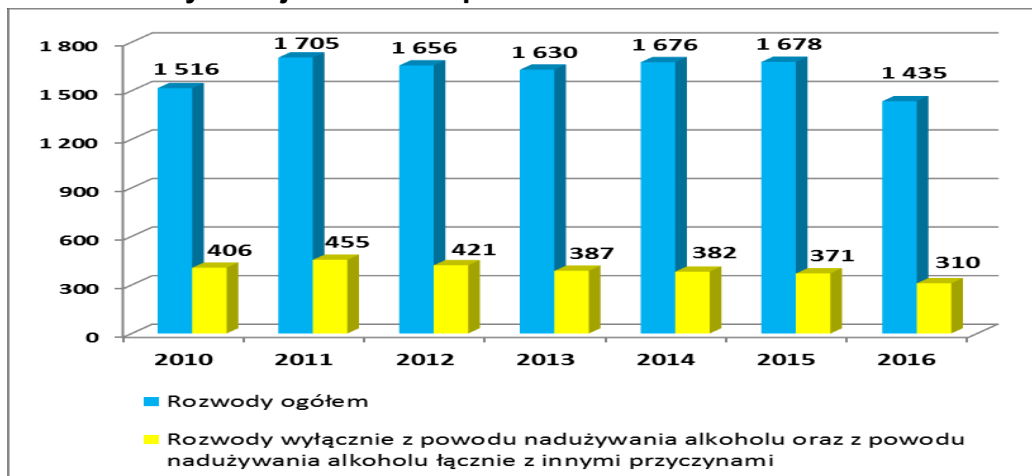
Należy podkreślić, że dysfunkcje powstałe w przypadku dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych mogą być przenoszone następnie w dorosłe życie, jako tzw. syndrom DDA (Dorosłego Dziecka Alkoholika). Mamy więc do czynienia z sytuacją, w której wychowywanie się w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych od alkoholu oraz brak pomocy psychologicznej, czy terapeutycznej w dzieciństwie, mogą skutkować dysfunkcjami w sferze emocjonalnej i psychicznej w trakcie dorosłego życia. Według opinii profesjonalistki „Wiele dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych doznaje poważnej krzywdy. Dzieci te nie mogą zmienić swojej sytuacji. Ich cierpienie nie kończy się na doświadczeniach przeżywanych w rodzinie. Niektóre z nich odnoszą niepowodzenia szkolne i w kontaktach z rówieśnikami. Skutki krzywdy doświadczonej w dzieciństwie mogą się rozciągać na ich dalsze życie. Część z tych dzieci jest predysponowana do powtórzenia losu swoich rodziców”²⁵.

5.3. Alkoholowa dysfunkcja rodziny

Przykładem alkoholowej dysfunkcji rodziny są rozwody związane z problemami alkoholowymi. W latach wcześniejszych istniała korelacja w czasie pomiędzy wzrostem liczby rozwodów związanych z problemami alkoholowymi, a 30% obniżką akcyzy na wyroby spirytusowe wprowadzoną w październiku 2002 roku przez Ministerstwo Finansów. Trudno przesądzać, czy istnieje ścisły związek między tymi dwoma faktami, niezależnie od tego problemy alkoholowe w niszczący sposób wpływały i wpływają na sytuację wielu rodzin w regionie.

Liczba rozwodów mających według oficjalnych danych związek z problemami alkoholowymi przedstawiona została w wykresie 13.

Wykres 13. Rozwody w województwie opolskim w latach 2010-2016.



Źródło Bank danych lokalnych GUS. Link http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (i dalej). Data pobrania 20.10.2017 r.

Statystyki w zakresie udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i w usługach – wskazują na powody udzielenia pomocy, w których są „alkoholizm”, a od 2004 r. „przemoc domowa”. Według tej statystyki w latach 2002-2016 minimalna liczba rodzin, którym udzielono pomocy z powodu alkoholizmu w danym roku wynosiła 2.088 (w 2010 r.), a maksymalna 3.513 (w 2003 r.)²⁶.

²⁵Aleksandra Karasowska, *Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej*, w: *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, Nr 8/2004, s.17.

²⁶Źródło danych w akapicie: dane tabelaryczne gmin i powiatów woj. opolskiego, zamieszczone w Centralnej Aplikacji Statystycznej – systemie informatyczny Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, wspierającym proces m.in. zbierania

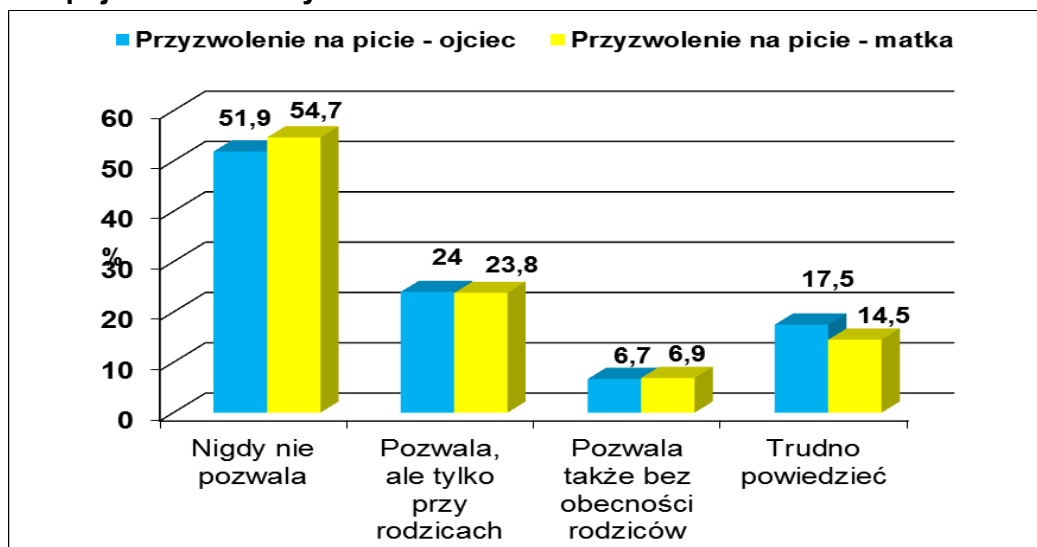
Przyjęty w pomocy społecznej system sprawozdawczości polega na wybraniu przez pracownika socjalnego jednego powodu udzielenia pomocy. W sytuacji, gdy jest kilka przyczyn powodujących dysfunkcję rodziny, wybór powodu udzielenia pomocy socjalnej jest w praktyce subiektywny. Oznacza to, że podane wyżej liczby rodzin, którym udzielono pomocy z powodu „alkoholizmu” wskazują liczbę wyborów danego problemu przez pracowników socjalnych, a nie rzeczywiste rozpowszechnienie problemów. Jest to jednocześnie minimalna liczba rodzin z problemem alkoholowym, które objęto świadczeniami pomocy społecznej.

5.4. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania alkoholu

„Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak i nielegalnych, takich jak narkotyki, niesie ze sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy sięgają po nie ludzie bardzo młodzi, nie świadomi tego, co może im grozić”²⁷.

Jedną z fundamentalnych spraw dla profilaktyki są normy i zasady w jakich wychowane są dzieci i młodzież. Według wyników badań młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego przeprowadzonych w 2015 r.²⁸ wynika, że w wielu rodzinach istnieje przyzwolenie na picie napojów alkoholowych przez nieletnie dzieci lub też sytuacja w tym względzie nie jest jasna, tzn. nie zostały postawione wyraźne granice w postaci sformułowania rodzicielskiego zakazu picia napojów alkoholowych przez nieletnie dzieci. Sytuacja taka musi mieć negatywny wpływ na skuteczność działań profilaktycznych. Wskazuje też na bezwzględną konieczność adresowania działań profilaktycznych do rodziców.

Wykres 14. Zgoda rodziców młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego na picie napojów alkoholowych w 2015 r.



Źródło: wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

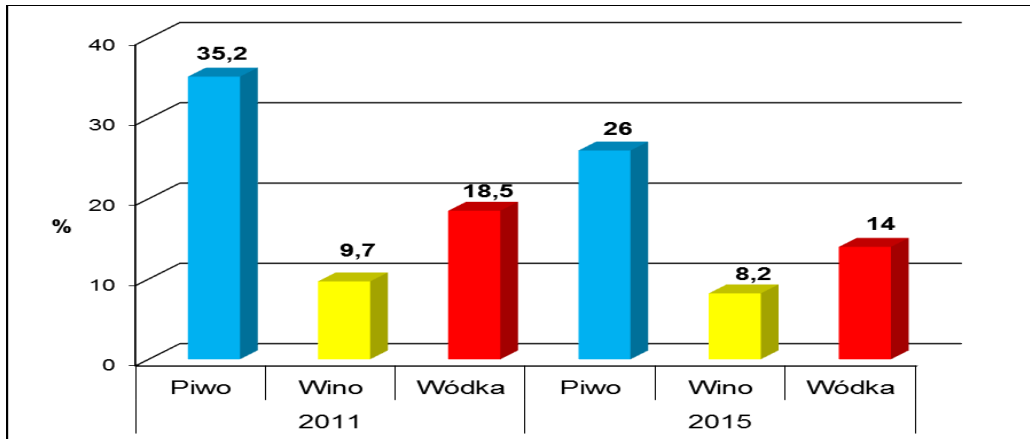
sprawozdań i informacji z zakresu pomocy społecznej przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej, w tym ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie oraz regionalne ośrodki polityki społecznej – w latach 2002-2013 w ramach aplikacji *Sprawozdania resortowe*, a w latach 2014-2016 w ramach aplikacji *Ocena zasobów pomocy społecznej*.

²⁷Barbara Fatyga, Janusz Sierosławski, Antoni Zieliński, Przemysław Zieliński, *Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, W-wa 1999, s.89.

²⁸Wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

Ograniczanie dostępności napojów alkoholowych dla osób nieletnich stanowi ważny czynnik profilaktyczny. W przypadku młodzieży gimnazjalnej województwa opolskiego między rokiem 2011, a rokiem 2015 nastąpiły w tym względzie pozytywne zmiany wskazujące na postępujące ograniczanie dostępności napojów alkoholowych dla młodzieży gimnazjalnej.

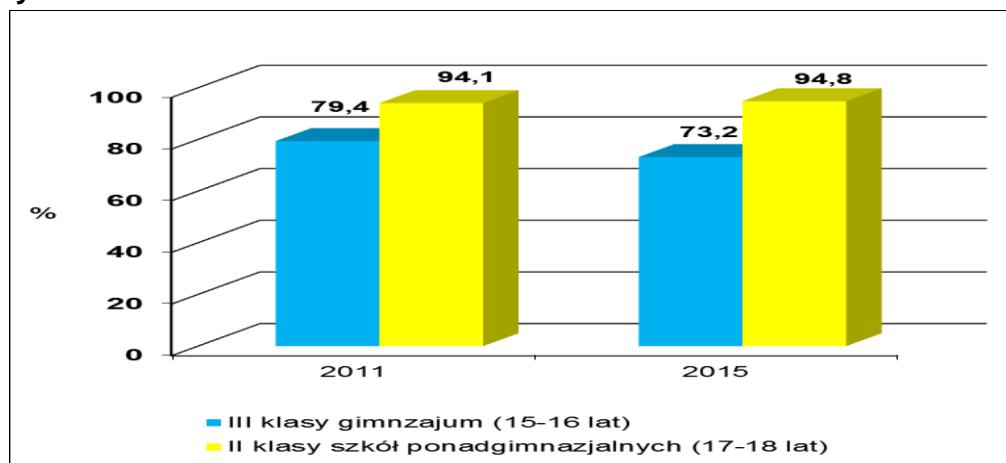
Wykres 15. Zakupy napojów alkoholowych młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w 2011 r. oraz w 2015 r.



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

W przypadku picia napojów alkoholowych przez młodzież przeprowadzone w 2015 r. badania wskazują na występujące elementy stabilizacji, a nawet pewnej poprawy w przypadku młodzieży gimnazjalnej, co ilustruje wykres 16.

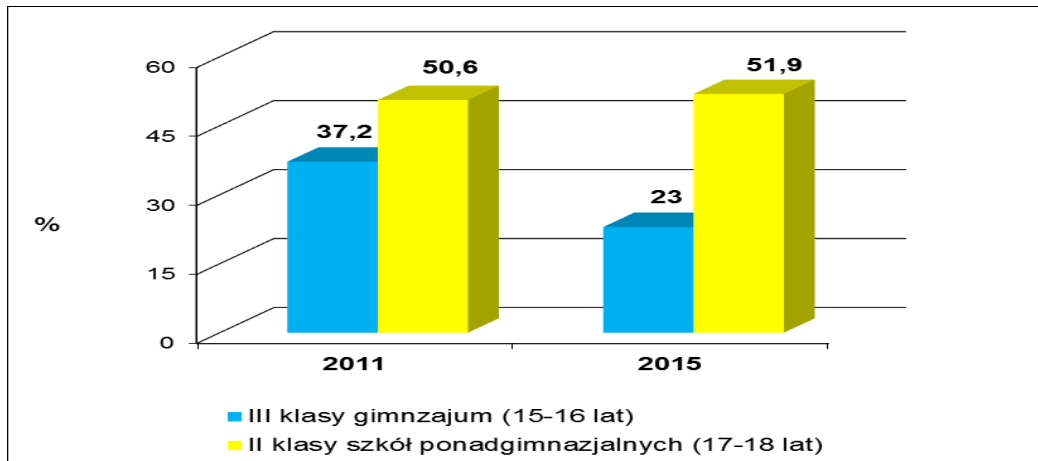
Wykres 16. Picie napojów alkoholowych przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r.



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

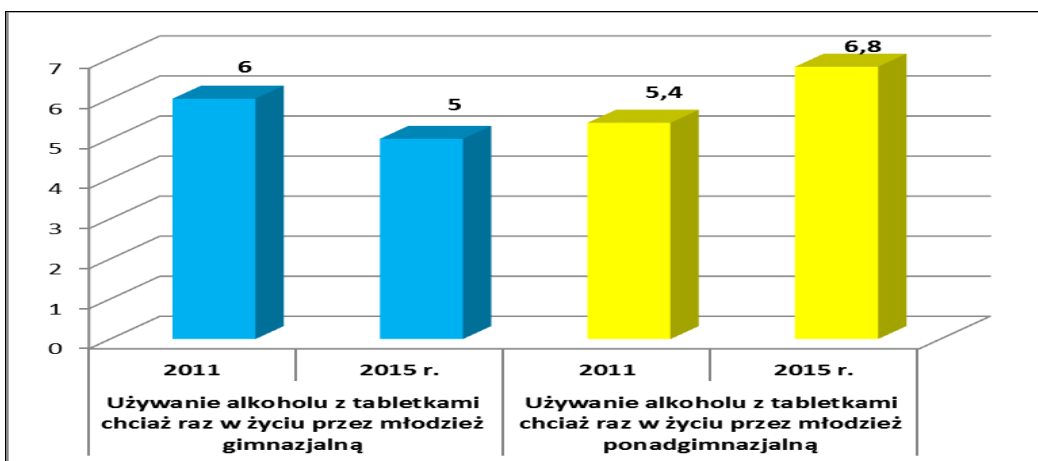
Ilustracją skali i dynamiki zjawiska problemów alkoholowych młodzieży jest jej upijanie się. Badania z 2015 r. wskazują, co do upijania się młodzieży – podobnie jak w przypadku picia napojów alkoholowych – na występowanie elementów stabilizacji i pewnej poprawy w przypadku młodzieży gimnazjalnej.

Wykres 17. Silne upijanie się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r.



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

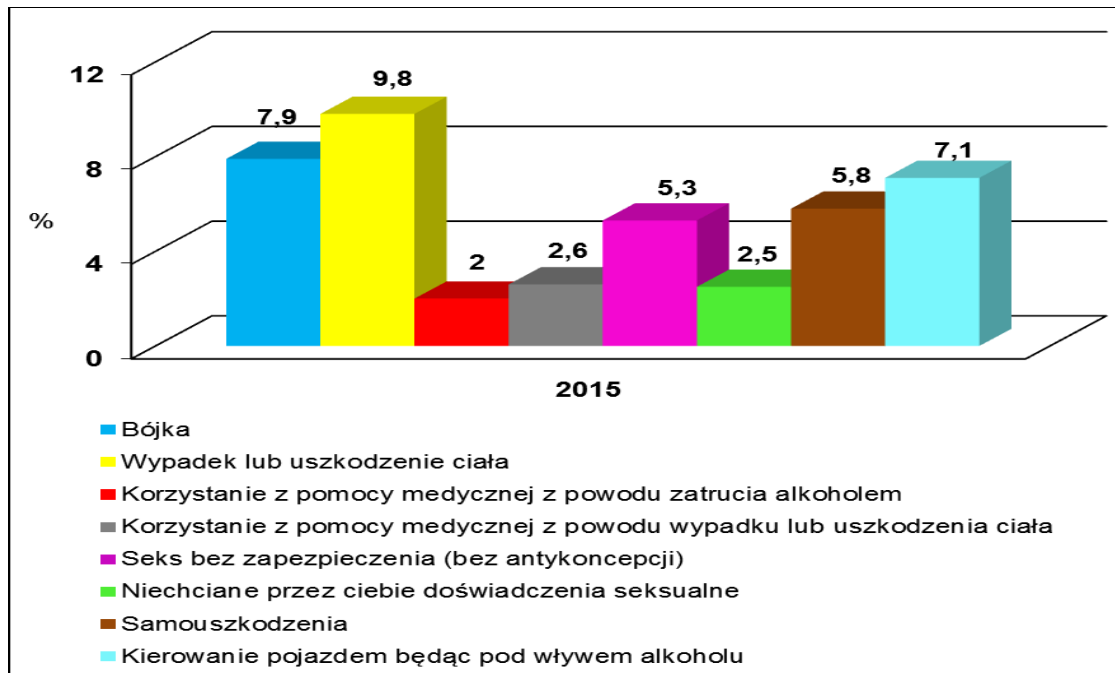
Wykres 18. Używanie alkoholu razem z tabletkami chociaż raz w życiu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w 2011 r. oraz w 2015 r.



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

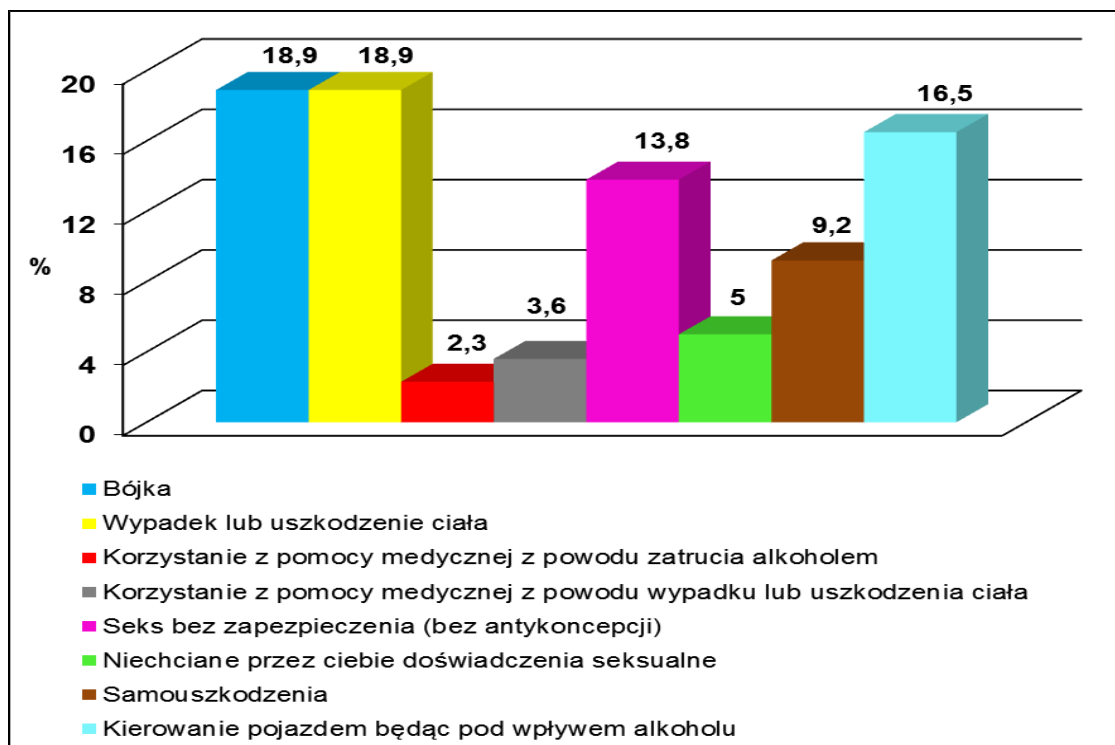
W przypadku młodzieży, picie napojów alkoholowych rzadko przynosi szkody w postaci uzależnienia od alkoholu i/lub innych szkód zdrowotnych (poza urazami). Uzależnienie i inne szkody zdrowotne mogą wystąpić jako konsekwencje intensywnego picia napojów alkoholowych w dalszym, dorosłym życiu. Konsekwencją picia napojów alkoholowych przez młodych ludzi mogą być szkody rozwojowe. Młodzież ponosi również konsekwencje sięgania po alkohol w postaci szkód doraźnych, zjawisko to ilustrują wykresy 19 oraz 20.

Wykres 19. Doświadczenia młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r.



Źródło: wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

Wykres 20. Doświadczenia młodzieży ponadgimnazjalnej (17-18 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r.



Źródło: wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

Młodzi ludzie z grupy ryzyka ze względu na używanie alkoholu ponoszą straty rozwojowe i zdrowotne, częściej także niż ich rówieśnicy narażeni są na szkody doraźne związane z alkoholem będące wynikiem urazów. Należy podkreślić, że używanie alkoholu zwiększa ryzyko wystąpienia szkód doraźnych u wszystkich młodych osób, także w tych przypadkach, gdy używanie alkoholu jest incydentalne.

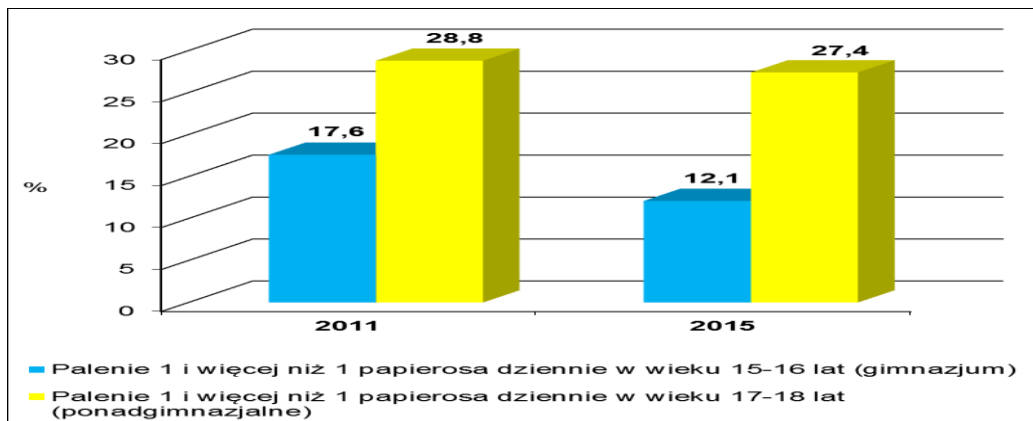
W związku z częstym używaniem przez te same młode osoby zarówno alkoholu, narkotyków jak i tytoniu - należy założyć, że znaczna część osób zalicza się do grup ryzyka ze względu na używanie więcej niż jednej z ww. substancji. Należy również podkreślić, że przypadku młodych osób używanie jednego ze środków psychoaktywnych – tytoniu, alkoholu lub narkotyków – sprzyja używaniu pozostałych. *„Jednym z ważnych powodów skłaniających do zainteresowania się problemem picia alkoholu przez młodzież jest bliski związek tego zjawiska z używaniem innych środków psychoaktywnych. Istnieją poważne dowody na to, że picie alkoholu często poprzedza sięganie po narkotyki. Niektórzy badacze dowodzili nawet, opierając się na badaniach podłużnych, że picie alkoholu »toruje drogę« do używania nielegalnych substancji psychoaktywnych”²⁹.*

Dla rozwijania profilaktyki wobec tak trudnego odbiorcy jak młodzi ludzie, istotna jest potrzeba i zamiar rozwijania takiego czynnika chroniącego jakim są relacje młodych ludzi z konstruktywnymi rówieśnikami akceptującymi normy, posiadającymi aspiracje edukacyjne oraz prospołeczne³⁰. Jest to potrzebne między innymi dla zredukowania szkodliwego wpływu błędnych przekonań normatywnych wśród młodzieży, to znaczy przekonania o powszechności lub dużej skali używania środków psychoaktywnych.

5.5. Młodzież - grupy ryzyka pod względem używania tytoniu

Intensywne palenie tytoniu powoduje w każdym wieku szkody zdrowotne, a im dłuższy okres palenia tym ryzyko tych szkód i ich intensywność są większe, stąd też zjawisko palenia tytoniu (papierosów) przez młodzież jest bardzo poważnym problemem.

Wykres 21. Palenie papierosów przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r.



Źródło: Sierosławski Janusz, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011 r., badanie sfinansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego; wyniki badań Sierosławski Janusz, *Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Badania w województwie opolskim 2015. ESPAD*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, badanie finansowane przez Samorząd Województwa Opolskiego.

²⁹ Opracowanie zbiorowe, *Alkohol i młodzież*, Warszawa 2003, s.19.

³⁰ „Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006, opr. zbiorowe, W-wa 2008, s. 39.

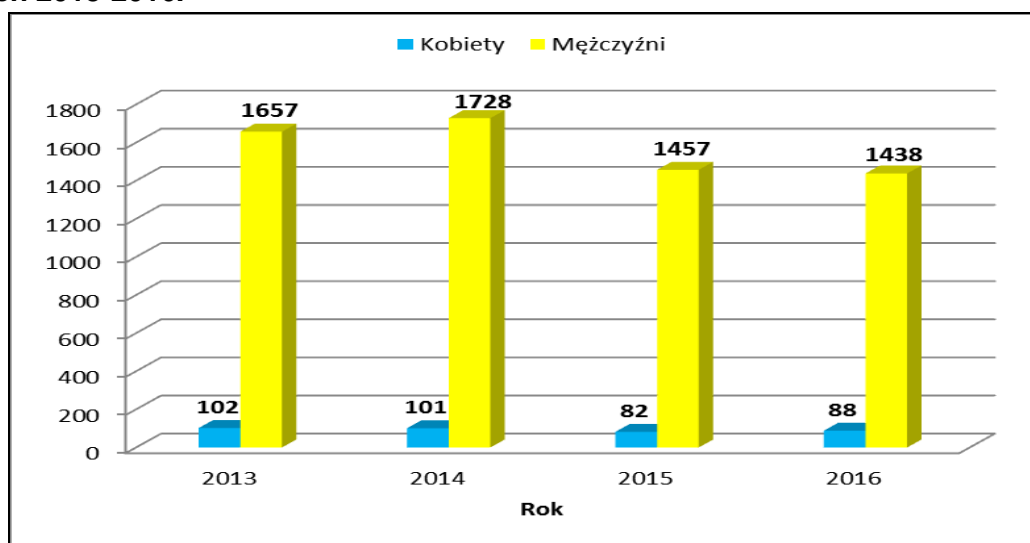
Powyższe wyniki badań w zakresie palenia tytoniu oznaczają, że ok. ¼ młodych ludzi na progu ustawowej dorosłości pali papierosy regularnie i w dużych ilościach, tzn. nałogowo lub na progu uzależnienia i prawdopodobnie przeniesie dotychczasowy nałogowy model używania tytoniu w dorosłe życie ponosząc poważne straty zdrowotne i zapewne skracając czas swojego życia.

Ekspozycja tak znacznej liczby młodych osób na intensywne działanie tytoniu będzie powodować w przyszłości znaczne koszty w różnych obszarach ochrony zdrowia, np. w zakresie leczenia onkologicznego. W przypadku kobiet używających tytoniu w sposób nałogowy wchodzi w grę również negatywny wpływ tego uzależnienia na płód i dziecko, co jest szczególnie niepokojące w związku ze znacznym wzrostem odsetka starszych dziewcząt palących papierosy.

5.6. Alkohol a przestępstwa komunikacyjne i wypadki drogowe

Policja w województwie opolskim ujawnia licznych nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego, należy przy tym podkreślić wielokrotną przewagę mężczyzn nad kobietami w tym negatywnym zjawisku.

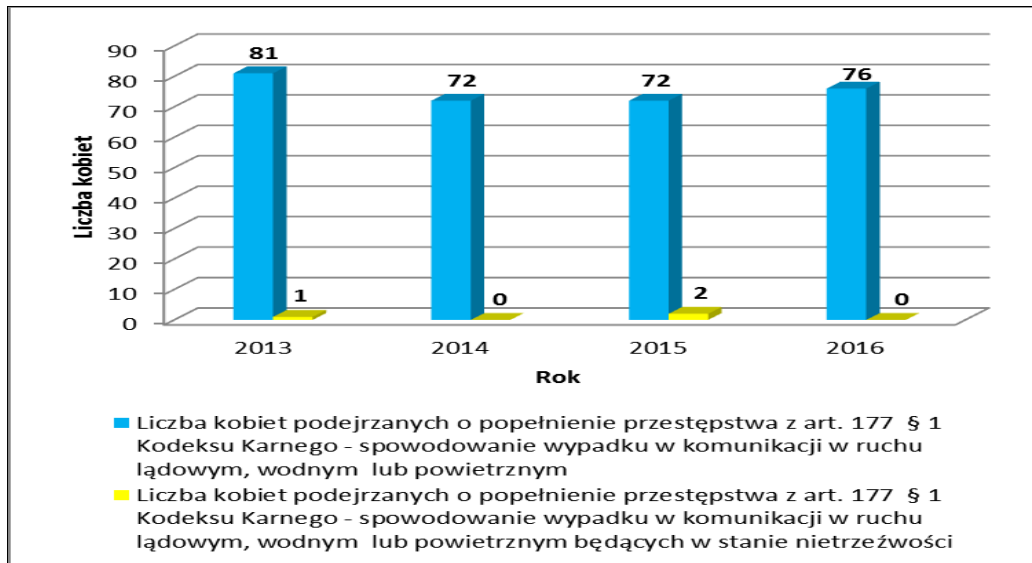
Wykres 22. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 178 a § 1 Kodeksu Karnego - prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego (dotyczy kierowania pojazdem mechanicznym) w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

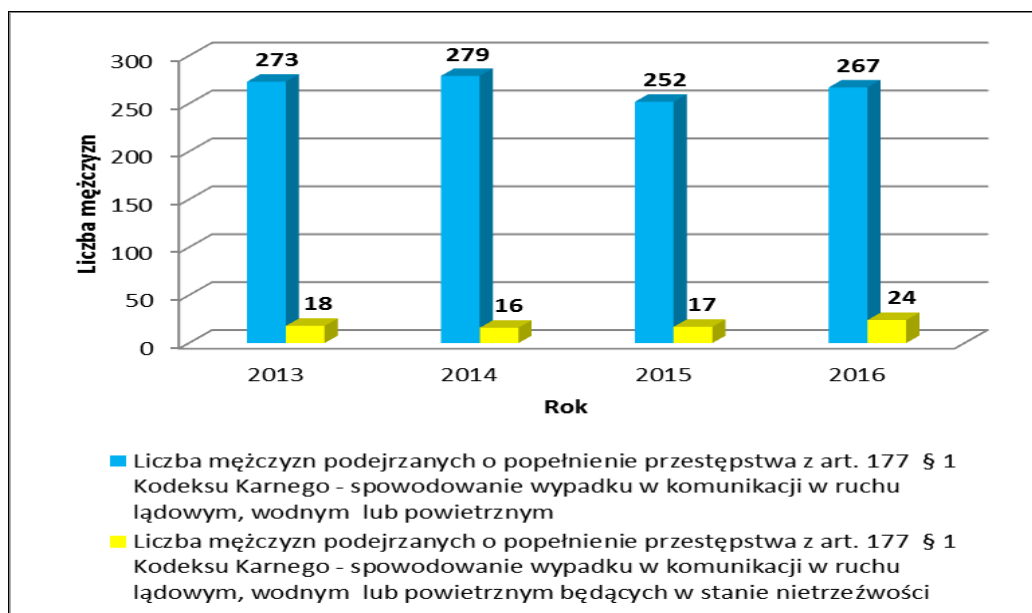
Biorąc pod uwagę, że policja kontroluje tylko nielicznych uczestników ruchu drogowego, powyższe dane oznaczają, iż po drogach porusza się znacznie więcej nietrzeźwych kierowców stanowiących bardzo poważne zagrożenie dla zdrowia i życia. Alkohol ma swój udział w sytuacjach, w których dochodzi do wypadków drogowych, ilustrują to kolejne dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu, przy czym ze względu na bardzo istotne różnice pomiędzy płaciami dane zostały zaprezentowane osobno dla kobiet i dla mężczyzn. Uwagę zwracają jednak marginalny odsetek podejrzanych kobiet będących w stanie nietrzeźwości oraz stosunkowo nieznaczny odsetek takich mężczyzn.

Wykres 23. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Wykres 24. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016.



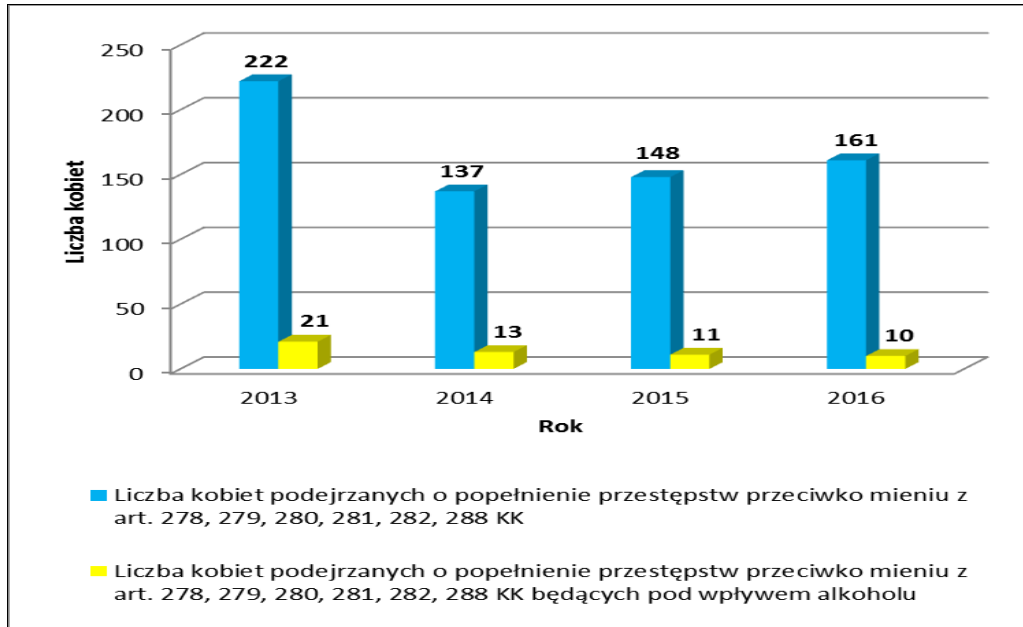
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

5.7. Alkohol a przestępczość pospolita

Dane ilustrujące problem alkoholu w przestępczości pospolitej pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu. Trzeba przy tym zauważyć, że tylko część podejrzanych została zatrzymana na gorącym uczynku lub w pościgu. Dane te nie oznaczają więc liczb wynikających wyłącznie z przebadania podejrzanych na zawartość alkoholu we krwi lub

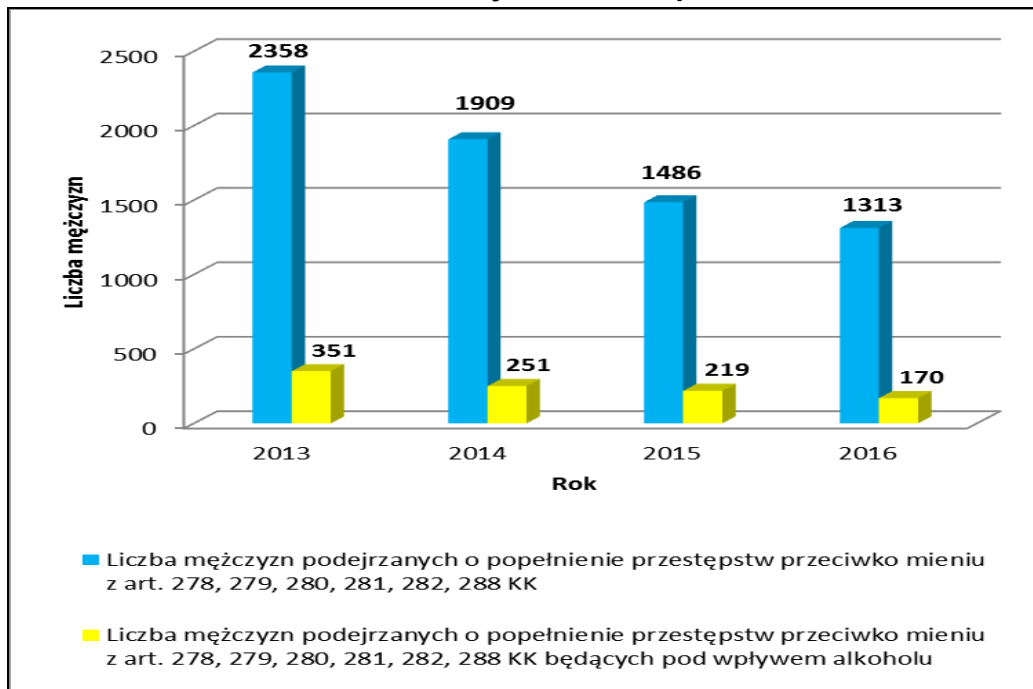
w wydychanym powietrzu. Ze względu na znaczne różnice występujące pomiędzy płciami dane zostały zaprezentowane w podziałach uwzględniających płeć podejrzanych. Wyjątek dotyczy przestępstw przeciwko wolności seksualnej, w przypadku których ze względu na bardzo marginalny udział kobiet zrezygnowano z podziału na płeć.

Wykres 25. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.



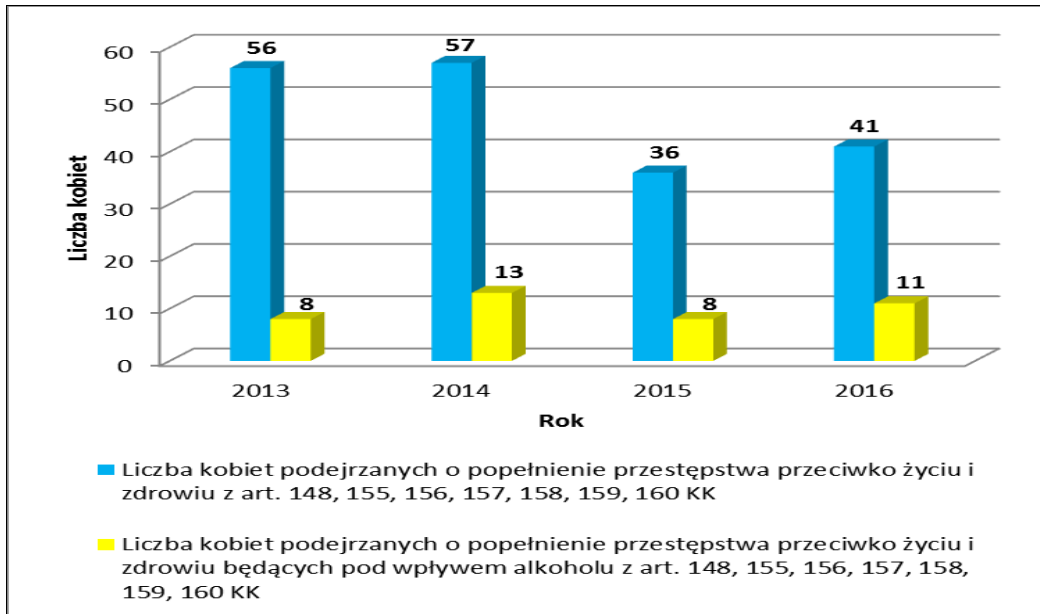
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Wykres 26. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.



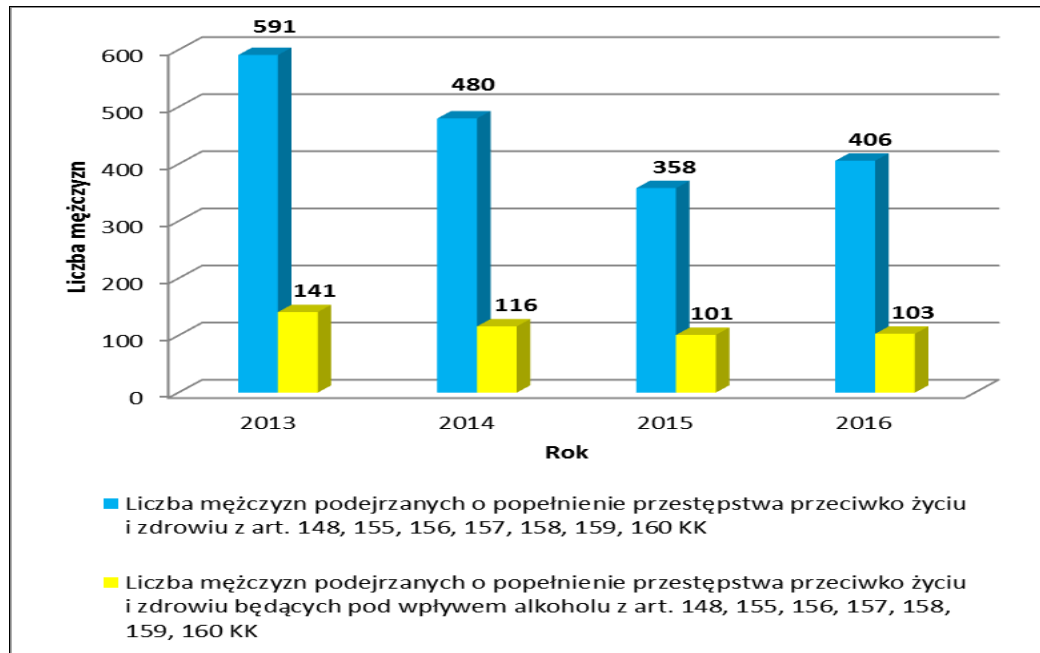
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Wykres 27. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 07.08.2015 r.

Wykres 28. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.



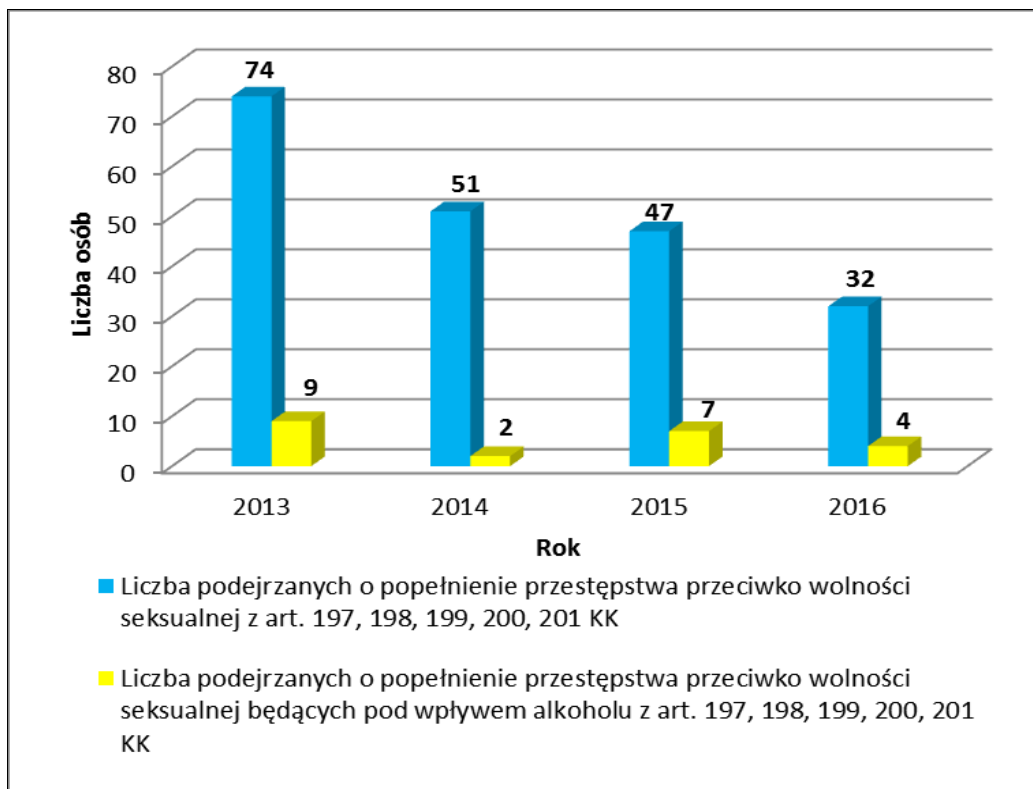
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Zaprezentowane dane wskazują, że picie napojów alkoholowych jest czynnikiem współwystępującym u pewnej, niedominującej liczbowo, części podejrzanych. Na podstawie danych nie można rozstrzygnąć, czy lub u jakiej liczby podejrzanych alkohol był niezbędnym katalizatorem dojścia do sytuacji, która spowodowała powstanie podejrzenia. Można

oczywiście założyć, że gdyby nie alkohol, część z podejrzanych nie stała by się nimi, bo nie doszłoby do sytuacji potencjalnego naruszenia prawa. Mamy więc do czynienia z kolejnymi zagadnieniami będącymi potencjalnym polem badawczym dla uczelni w regionie. Niezależnie od powyższego alkohol towarzyszy osobom podejrzanim o popełnienia przestępstw i nie można tych związków ignorować.

Dane wskazują m.in. na potrzebę realizacji programów profilaktycznych adresowanych do młodzieży z grup ryzyka pod względem używania alkoholu, a także innych substancji psychoaktywnych – co wynika z założenia istnienia w części przypadków korelacji pomiędzy używaniem (przez nieletnich) i nadużywaniem (przez młodych dorosłych i dorosłych) alkoholu, a przestępczością pospolitą oraz z założenia, że młodzi ludzie należący do grup ryzyka pod względem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych mogą aktualnie i w przyszłości częściej dokonywać czynów karalnych.

Wykres 29. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko wolności seksualnej z art. 197, 198, 199, 200, 201 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

5.8. Przemoc w rodzinie (przemoc domowa)

Dla lepszego zrozumienia zjawiska przemocy w rodzinie na początek przedstawiony zostanie skrótowo jej obraz wyłaniający się z badania CBOS z 2012 r. oraz z dotyczącego 2014 r. Sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

Jak napisali autorzy badań CBOS „Szacowanie skali zjawiska przemocy w rodzinie jest bardzo trudne. Są to zachowania nieakceptowane społecznie, toteż wielu sprawców prawdopodobnie ukrywa takie fakty. Także ofiary przemocy nie zawsze chcą się do nich przyznawać uznając je za wstydlive”³¹, „co dziewiąty respondent żyjący w stałym związku (11%) deklaruje, że doświadczył przemocy domowej (5% przyznaje, że w ich przypadku takie zdarzenia miały miejsce co najmniej kilka razy). W ciągu ostatnich dziesięciu lat odsetek ten w zasadzie się nie zmienił”³². Jak wynika z badań „Co dziewiąta kobieta (11%) i co dziesiąty mężczyzna (10%) żyjący w stałych związkach doświadczyli przemocy fizycznej ze strony swoich partnerów, a co piąty mężczyzna (20%) i co szósta kobieta (16%) byli przez nich psychicznie dręczeni. Uwzględniając obie formy przemocy można stwierdzić, że równie często doświadczały ich kobiety (21%), jak i mężczyźni (22%)”³³. Ponadto według cytowanych badań CBOS „co dziewiąty dorosły (11%) przyznaje, że zdarzyło mu się być sprawcą przemocy domowej”³⁴, jednak „Wizerunek sprawcy i ofiary nie jest klarowny. Ponad połowa uderzonych przez partnera (59%) deklaruje, że również używała przemocy”³⁵.

Według projektu badawczego cytowanego w dotyczącym 2014 r. Sprawozdaniu z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Respondenci najczęściej deklarowali doświadczenie przemocy psychicznej (17,3%). Istotnie rzadziej wskazywali na przemoc fizyczną (15,8%). Przemoc seksualna i ekonomiczna pojawiały się sporadycznie (odpowiednio 1,5%, 4,3%). (...) W relacjach ofiar najczęściej przemoc dotykała osoby młode. Przeważały wskazania dla wieku 18-29 lat (35,4%) i 30-39 lat (23,2%). Najrzadziej wskazywano na osoby najstarsze (powyżej 60 roku życia – 5,4%) i najmłodsze (poniżej 18 roku życia – 7,1%). Warto zauważyć, że w deklaracjach świadków na grupę najstarszą wskazywano istotnie częściej (15,1%). Można przypuszczać, że wśród najstarszych respondentów dużo niższa była gotowość do przyznania się do bycia ofiarą przemocy. Badanie potwierdziło również istnienie zależności wskazującej, że wraz ze wzrostem wieku osób doświadczających przemocy, rośnie częstotliwość doświadczania przemocy (...) W ciągu ostatniego roku od przeprowadzenia badania przemocy doświadczyło 2,5% respondentów (...) Spośród wszystkich odpowiedzi ofiar przemocy, najwięcej (28,8%) wskazywało na występowanie w rodzinie problemu z alkoholem. Innymi często wskazywanymi problemami (jednak istotnie rzadziej niż alkohol) były brak pieniędzy (7,6%), problemy małżeńskie (7,9%) oraz inne problemy (15,4%). (...) Zgodnie z deklaracjami ofiar, przemoc najczęściej stosowana była wobec kobiet”³⁶.

Z zaprezentowanych przytoczeń wyłania się zróżnicowany, a nawet mało spójny obraz przemocy w rodzinie w związku z czym można wyciągnąć wniosek, że jest to zjawisko bardzo dynamiczne i zróżnicowane, jak również ukryte i niejawne, którego ujawniane cząstkowe obrazy mogą zawierać spore niespodzianki wynikające z przyspieszenia procesów społecznych.

Oczywiście przemoc w rodzinie nie jest zjawiskiem ograniczonym do jakiegoś kraju, czy obszaru. Według brytyjskich ustaleń „Przemoc wobec kobiet i dzieci w rodzinie należy spostrzegać jako proces, a nie jednorazowe zdarzenie. Większość ofiar doświadcza przemocy i wykorzystywania seksualnego więcej niż raz, z rąk jednego lub różnych sprawców.(...) autorzy przeglądu 45 badań stwierdzili, że aż w 50% rodzin monitorowanych na przestrzeni

³¹CBOS Centrum Badania Opinii Społecznej, Komunikat z badań. BS/82/2012. Przemoc i konflikty w domu, Warszawa czerwiec 2012, s.2.

³²CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.3.

³³CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.7.

³⁴CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.4.

³⁵CBOS... Komunikat z badań. BS/82/2012, s.5.

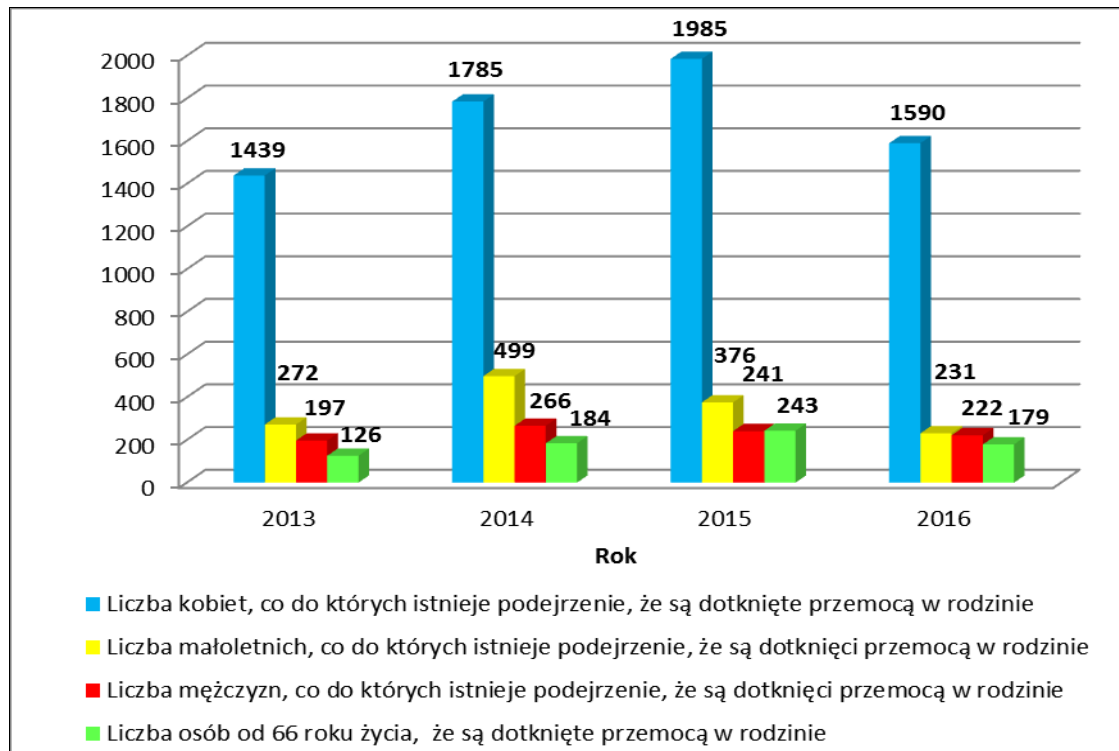
³⁶ Sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r., s. 175-177

pięciu lat po zgłoszeniu pierwszego epizodu krzywdzenia doszło do powtórnej wiktyimizacji. W przypadku rodzin monitorowanych na przestrzeni dziesięciu lat odsetek ten był jeszcze wyższy i wynosił aż 85%. (...) wśród osób, które ujawniły doświadczenia wykorzystywania seksualnego, 28% kobiet i 19,5% mężczyzn było wykorzystywanych przez różnych sprawców zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym (innymi słowy doświadczyło rewiktyimizacji)³⁷.

Należy pamiętać, że przemoc w rodzinie nie ogranicza się do rodzin z problemem alkoholowym, jednak problemy te zwiększają ryzyko jej występowania, np. „Badania z udziałem bitych kobiet prowadzone w USA ujawniają zwykle, że 60% sprawców pobicia nadużywa alkoholu”³⁸.

W województwie opolskim zagadnienie doświadczania przemocy w rodzinie według danych policji przedstawiają wykresy 30-31.

Wykres 30. Liczebność kategorii osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016.

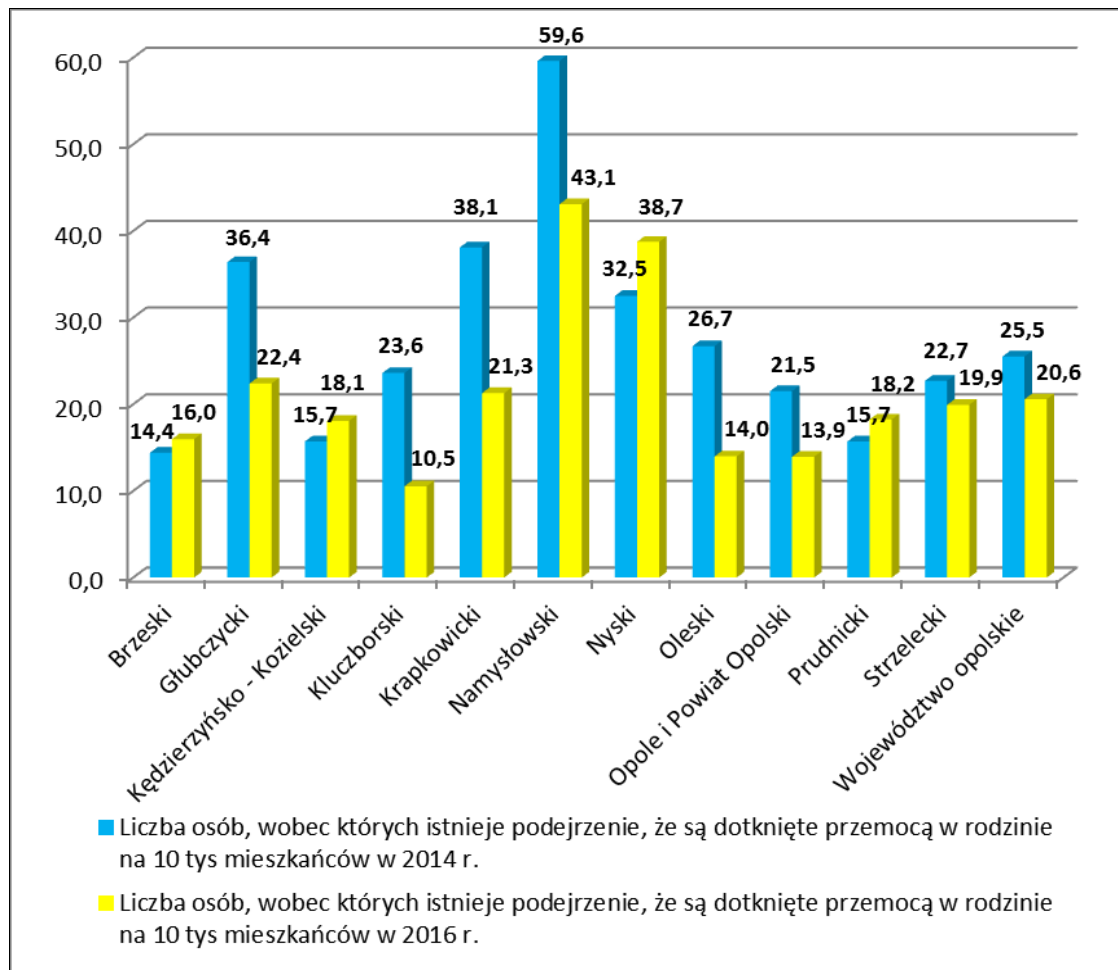


Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

³⁷Kevin Browne, *Zapobieganie wykorzystywaniu seksualnemu w rodzinie*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 2(23) 2008, s. 59.

³⁸Kevin Browne, Martin Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, W-wa 1999, s.92.

Wykres 31. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istniało podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2014 i 2016 r.

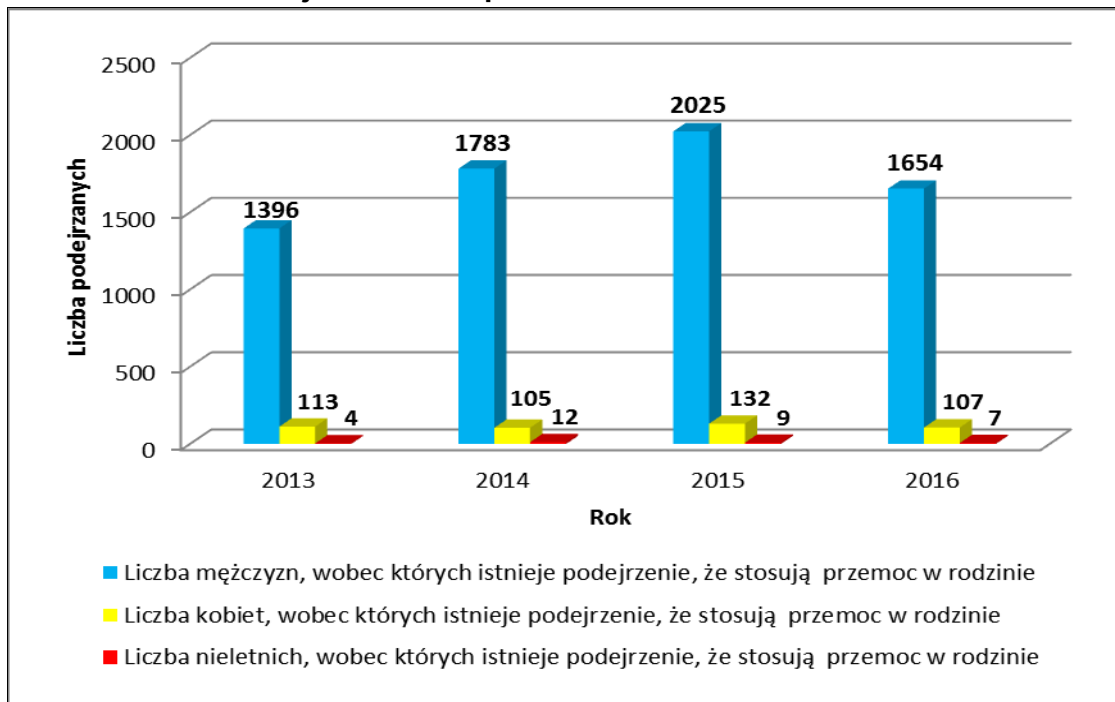


Źródło : obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r., pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r. oraz danych z Bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/StartIntro.aspx> (i dalej). Data pobrania 30.06.2017 r.

Zaznaczmy, że zaprezentowane dane to liczby wynikające z zaangażowania policji w przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, a nie wyniki badań. Widoczne są zmiany liczebności każdej z kategorii osób potencjalnie doświadczających przemocy domowej. Nie można jednak stwierdzić, czy są one wynikiem różnej intensywności działań policji, czy zmian dotyczących skali zjawiska przemocy w rodzinie.

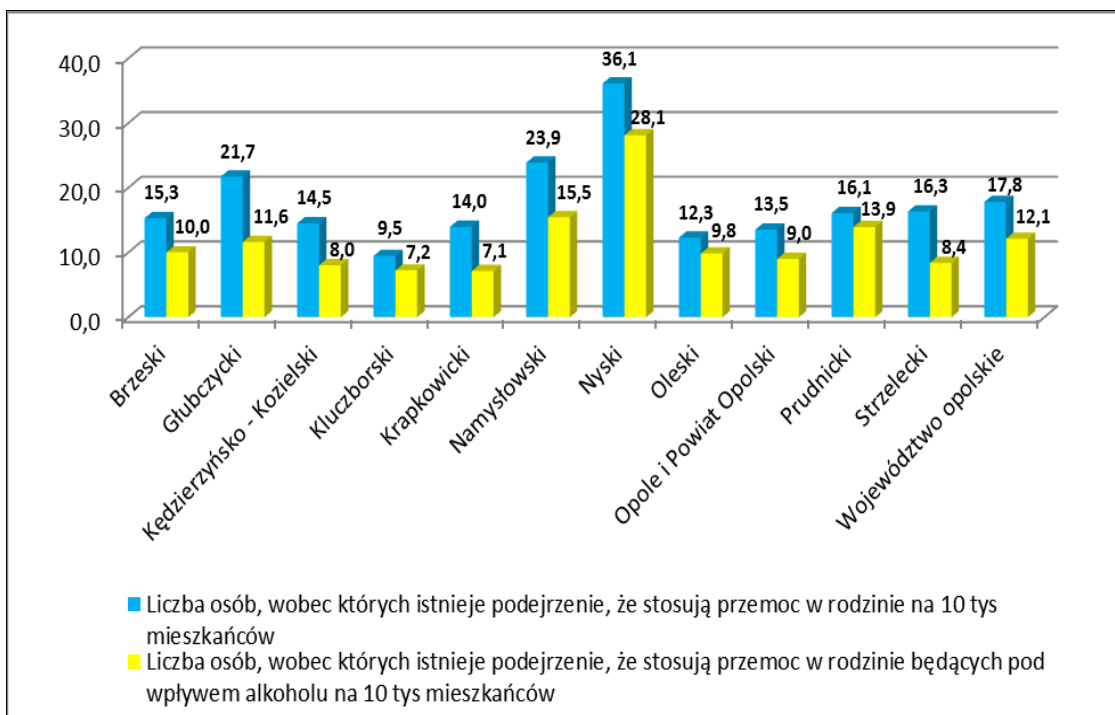
Jeszcze więcej pytań wynika z wykresu pokazującego liczby osób w województwie opolskim, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2014 i 2016 r. Daleko idące różnice między powiatami jednoznacznie wskazują na potrzebę zbadania problemu i prowadzenia działań adekwatnych do lokalnych uwarunkowań. Powyższe wskazuje na potrzebę prowadzenia analiz i badań.

Wykres 32. Liczebność kategorii osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016.



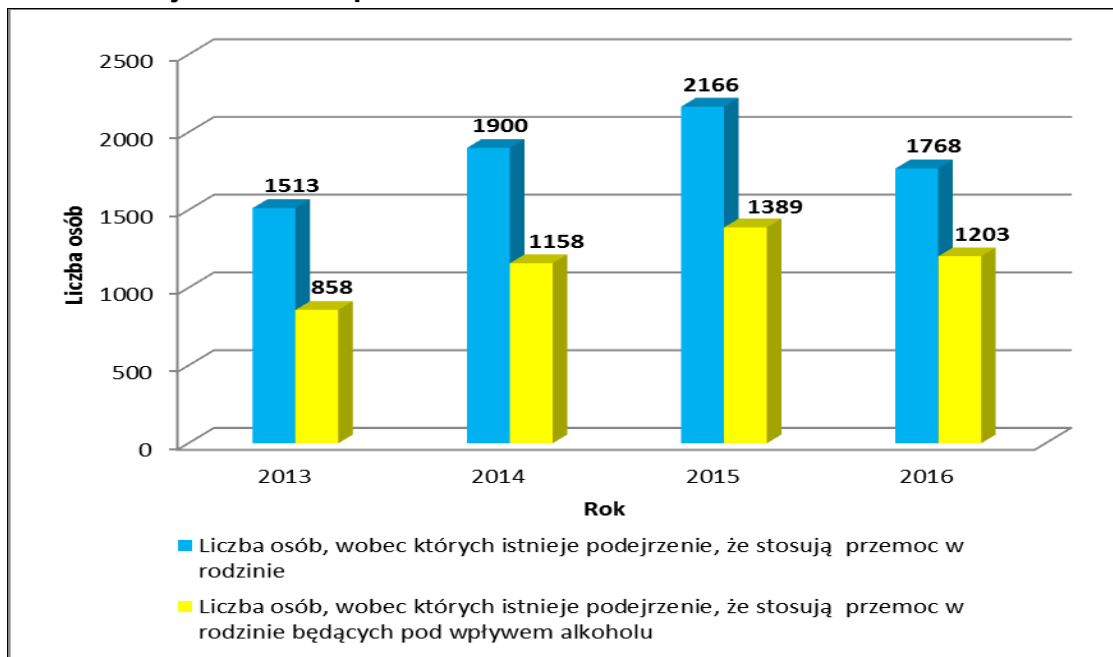
Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Wykres 33. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2016 r.



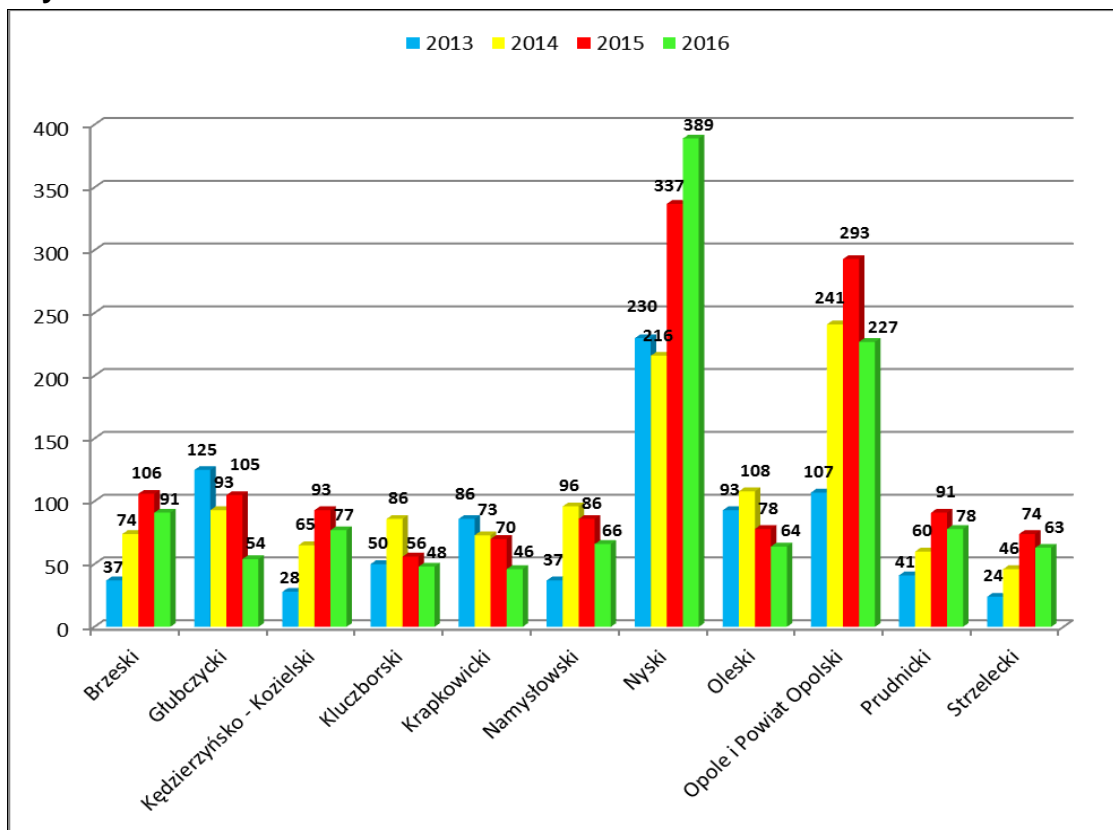
Źródło : obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r., pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r. oraz danych z Bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/StartIntro.aspx> (i dalej). Data pobrania 30.06.2017 r.

Wykres 34. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Wykres 35. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu w województwie opolskim z podziałem na powiaty w latach 2013-2016.

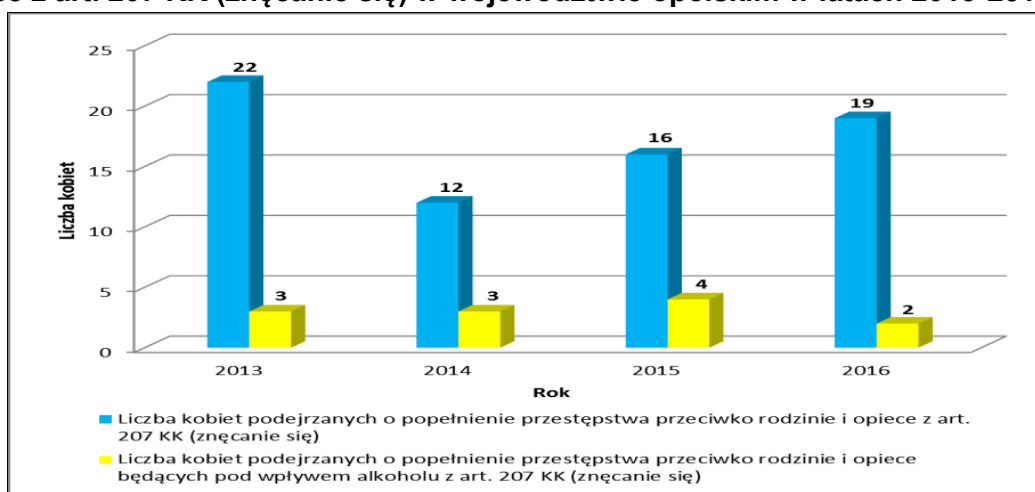


Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Z wykresów 33-35 wynika jednoznacznie bardzo silny związek używania alkoholu ze stosowaniem przemocy w rodzinie. Oznacza to, że kompleksowe, profesjonalne przeciwdziałanie przemocy w rodzinie musi w wielu przypadkach sięgać po diagnostykę oraz terapię/leczenie dostępne w lecznictwie odwykowym.

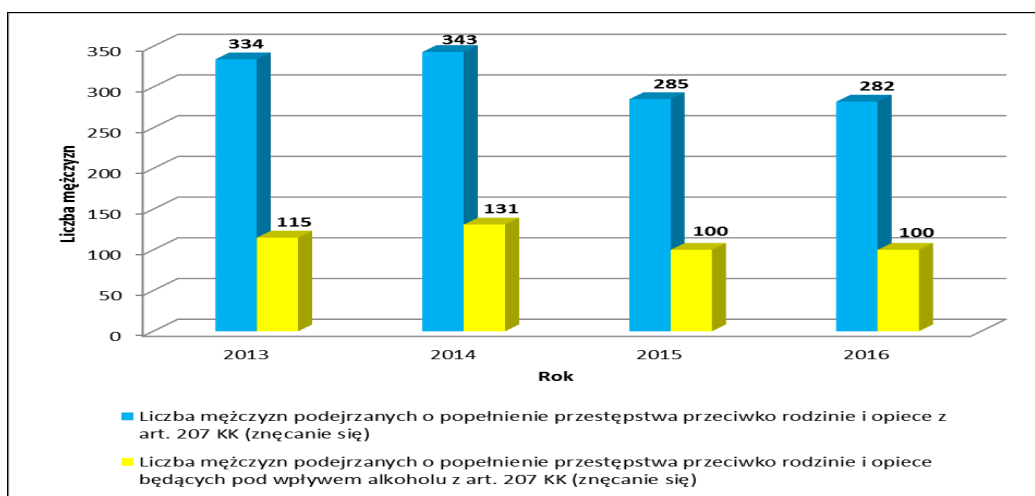
Ogółem policja w województwie opolskim w 2013 r. założyła 1.500 „Niebieskich Kart”, w 2014 r. 1.875, w 2015 r. 2.148, a w 1.757³⁹. „Niebieskie Karty” zakładane są każdorazowo w sytuacji interwencji policji, mogą być więc zakładane wielokrotnie dla jednej rodziny. W ramach procedury „Niebieskich Kart” podczas interwencji domowych wypełniana jest przez policjantów specjalistyczna dokumentacja mająca pomóc w zdiagnozowaniu sytuacji w miejscu interwencji.

Wykres 36. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Wykres 37. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016.



Źródło : dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem nr E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

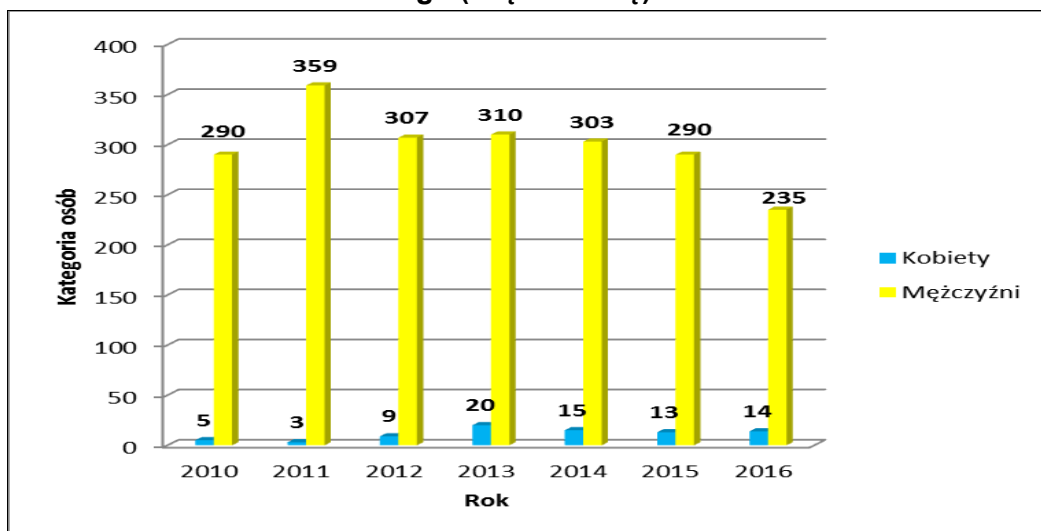
³⁹Dane przekazane z Komendy Wojewódzkiej Policji w Opolu przekazane do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego za pismem E-I-D.0151.33.2015 z dnia 07.08.2015 r. oraz pismem E-III-WD.502.17.2017.IG z dnia 28.06.2017 r.

Można przyjąć, że spora grupa osób doznających przemocy w rodzinie pozostaje poza oddziaływaniami, które mogłyby przemoc zatrzymać i pomóc osobom jej doznającym w sposób profesjonalny. W praktyce pomoc taka udzielana jest przede wszystkim w jednostkach leczenia odwykowego dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu, w samorządowych instytucjach pomocy społecznej oraz w nielicznych placówkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Również w przypadku sprawców przemocy wyraźny jest deficyt oferty pomocy psychologicznej i terapii, chociaż oddziaływania takie są już realizowane.

Jak już wcześniej zauważono, skala zjawiska przemocy w rodzinie jest trudna do precyzyjnego określenia. Dane z sądu, prokuratury i policji pozwalają jedynie w pewnej mierze określić liczbę przypadków przemocy w rodzinie, które znalazły się w zasięgu zainteresowania danej instytucji.

W przypadku sądów w województwie opolskim w związku ze znęcaniem się (art. 207 Kodeksu Karnego) liczbę osób skazanych przedstawia wykres 38.

Wykres 38. Osoby skazane przez sądy w województwie opolskim w związku z przemocą w rodzinie z art. 207 Kodeksu Karnego (znęcanie się) w latach 2010-2016.



Źródło : dane przekazane z Sądu Okręgowego w Opolu do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem OAiOP-0241-4/2017 z dnia 5.06.2017 r.

Powyższe dane nie wskazują liczby wszystkich przypadków przemocy w rodzinie, która znalazła się w zasięgu zainteresowania sądów w skali roku, nie obejmują bowiem m.in. nadzoru kuratorskiego nad sprawcami przemocy, którym warunkowo zawieszono wykonanie kary oraz nadzoru kuratorskiego nad sprawcami warunkowo przedterminowo zwolnionymi z zakładów karnych.

Szczególną grupą ryzyka pod względem doznawania przemocy są dzieci niepełnosprawne. Według badań amerykańskich dotyczących zaniedbywania, przemocy emocjonalnej, fizycznej oraz wykorzystywania seksualnego dzieci - „W grupie dzieci upośledzonych umysłowo ryzyko wszystkich czterech form krzywdzenia jest czterokrotnie wyższe niż wśród dzieci bez niepełnosprawności. W porównaniu ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, dzieci i młodzież z zaburzeniami zachowania siedmiokrotnie częściej padają ofiarą zaniedbywania, przemocy fizycznej i przemocy emocjonalnej oraz pięciokrotnie częściej są wykorzystywane seksualnie. (...) Dzieci z niepełnosprawnością związaną z problemami zdrowotnymi trzy razy częściej doznają zaniedbywania oraz przemocy fizycznej

i emocjonalnej, a ryzyko wykorzystywania seksualnego jest w ich przypadku dwa razy większe niż wśród dzieci pełnosprawnych”⁴⁰.

Według tych samych badań *„Członkowie najbliższej rodziny stanowili zdecydowaną większość sprawców zaniedbywania (92,4%), przemocy fizycznej (82,2%) i przemocy emocjonalnej (89,5%), podczas gdy osoby spoza rodziny przeważały wśród sprawców wykorzystywania seksualnego (59,3%) (...). Jednak członkowie najbliższej i dalszej rodziny – łącznie – stanowili 53,1% sprawców wykorzystywania seksualnego”⁴¹.*

Kolejną specyficzną kategorią narażoną na przemoc w formie zaniedbywania są dzieci nienarodzone. Mogą one doświadczać tzw. zaniedbywania prenatalnego, to znaczy sytuacji, w której kobieta w ciąży *„(...) rozmyślnie lub przez zaniedbanie odnosi się do swojego dziecka prenatalnego w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski wynikającej z charakteru relacji matka-dziecko, doprowadzając tym samym do zagrożenia życia lub zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka prenatalnego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania zagrażające zdrowiu i życiu dziecka, jak: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków, przeżywanie stresu, myśli aborcyjne”⁴².*

Według jednej z polskich badaczek problemu *„Diagnostyczne wyniki badań dotyczących Identyfikacji Zaniedbania Prenatalnego wskazują dość jednoznacznie, że większość, bo aż 79,8% kobiet w ciąży nie liczy się w odpowiedni sposób z dobrem dziecka i w związku z tym często podejmuje zachowania, które zagrażają zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka”⁴³. Można przypuszczać, że istotnym czynnikiem wpływającym na zaniedbania prenatalne jest brak wiedzy u części kobiet. W badaniach przeprowadzonych w 2010 r. w województwie opolskim *„Czynnikami ryzyka wad wrodzonych u dzieci według badanych są przede wszystkim: palenie papierosów w ciąży (83,4%), używanie narkotyków (89,5%) oraz picie alkoholu w ciąży (84,5%)”⁴⁴. Problem wymaga oczywiście dalszych badań i pogłębionych analiz, tak by precyzyjnie można było oddzielić zachowania zamierzone od przypadkowych, zachowania incydentalne od intencjonalnie powtarzalnych lub nałogowych.**

Szczególnym rodzajem przemocy w rodzinie – o którym była mowa wyżej w kontekście sytuacji dzieci niepełnosprawnych - jest przemoc seksualna. Dotyczy ona między innymi wykorzystywania seksualnego dzieci, które może być elementem przemocy w rodzinie. Podobnie osoby dorosłe mogą doświadczać przemocy seksualnej, która może być elementem przemocy w rodzinie.

*„Skala problemu wykorzystywania seksualnego dzieci wydaje się być zdecydowanie większa niż można wnioskować z policyjnych statystyk”, według przytaczanych w jednym z opracowań badań *„niecałe 5% przypadków z 647 wypadków kazirodztwa, o których dzieci opowiedziały drugiemu rodzicowi zostało zgłoszonych na policję”⁴⁵.**

Przeprowadzone w 2000 r. w Polsce badania *„pokazują, iż przed 15. rokiem życia różnego typu kontaktów seksualnych doświadczyło 20% kobiet i 24% mężczyzn. Jeżeli natomiast wziąć pod uwagę także inne zachowania o charakterze seksualnym, zawarte w definicji wykorzystywania seksualnego proponowanej przez WHO, wskaźnik ten może*

⁴⁰Patricia M. Sullivan, John F. Knutson, *Krzywdzenie a niepełnosprawność – populacyjne badanie epidemiologiczne*, w: Dziecko Krzywdzone Nr 1(22)/2008, s.63.

⁴¹Patricia M. Sullivan, John F. Knutson... s.61.

⁴²Wioletta Wójcik, *Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym*, w: Dziecko Krzywdzone Nr 2(19)/2007, s. 120.

⁴³Wioletta Wójcik... s.122.

⁴⁴Sochocka Lucyna, Wojtal Mariola, Wojtyłko Aleksander, Wróblewska Izabela, *FAS – problem zdrowotny, z którego się nie wyrasta*, w: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia T.4, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Wrocław 2011, s.90.

⁴⁵Cytaty w akapicie z: Izdebska Agnieszka, Ruchel Agata, *Profilaktyka wykorzystania seksualnego dziecka – systemowe oddziaływania w zakresie edukacji seksualnej*, w: Dziecko Krzywdzone Nr 1(34)2011, s.54.

osiągnąć nawet 70%. Takie zróżnicowanie danych wynika z odmiennego rozumienia tego, jakie zachowania zaliczyć można do wykorzystania seksualnego dziecka⁴⁶.

Według innych badań przeprowadzonych w Polsce kilkanaście lat temu 52,9% badanych kobiet i 11,8% mężczyzn doświadczyło przemocy seksualnej angażującej dotyk⁴⁷. Jednocześnie jak wskazują omawiane badania „nadużywanie alkoholu przez rodziców” oraz „częste lub bardzo częste kłótnie między rodzicami” o kilka procent zwiększają ryzyko doświadczania przemocy seksualnej w dzieciństwie⁴⁸ - w badaniach tych nie wskazano jaki odsetek przemocy seksualnej miał miejsce w rodzinie.

Niestety – jak wskazują inne polskie badania - „Tylko w 28,6% dzieci od razu po zdarzeniu poinformowały osobę zaufaną (najczęściej był to członek najbliższej rodziny – 70,9%) o tym, co się wydarzyło. W pozostałych przypadkach (71,4%) do ujawnienia przestępstwa prawdopodobnie mogłoby nigdy nie dojść, gdyby nie zdecydował o tym przypadek lub jakieś krytyczne zdarzenie w życiu dziecka, które skłoniło go do zwierzeń⁴⁹”.

Rzadkie poszukiwanie pomocy przez ofiary przemocy seksualnej potwierdzają cytowane wyżej badania młodzieży – według nich pomocy nie poszukiwało 88,3% kobiet i 90,6% mężczyzn ofiar takiej przemocy⁵⁰. Przyczyny takiego stanu rzeczy są zapewne bardzo różne i nie sposób wyrokować o nich bez specjalistycznych badań, niemniej można założyć, że brak rozbudowanej i rozpropagowanej oferty pomocy dla osób po doświadczeniu przemocy seksualnej oddziałuje w tej sferze negatywnie.

6. Cele programu

6.1 Cel strategiczny

Inspirowanie i kreowanie przedsięwzięć oddziałujących w kierunku rozwiązywania problemów społecznych i zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego związanych z piciem napojów alkoholowych.

6.2 Cele operacyjne

Cel strategiczny wynika z przyjętych celów operacyjnych. Dla określenia celów operacyjnych wykorzystano w niniejszym programie zapisy „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020” przyjętego Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz.U z 2016 poz.1492 z dnia 16.09.2016 r.).

W związku z powyższym WPPiRPA ma następujące **cele operacyjne** :

1. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku edukacji prozdrowotnej w obszarze dotyczącym używania alkoholu.
2. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki i leczenia uzależnienia od alkoholu oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

⁴⁶Izdebska Agnieszka, Ruchel Agata..., s.54.

⁴⁷Piotr Kiembłowski, *Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży*, w: Dziecko Krzywdzone Nr 1/2002, s.97.

⁴⁸Piotr Kiembłowski... s.102.

⁴⁹Sikora-Koza Agnieszka, *Ocena psychologicznych aspektów wiarygodności zeznań małoletnich świadków w praktyce biegłych sądowych psychologów na podstawie analizy spraw karnych dotyczących wykorzystania seksualnego dzieci*, w : Dziecko Krzywdzone Nr 1(30)2010, s.73.

⁵⁰Piotr Kiembłowski... s.103.

3. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku ograniczenia dostępności alkoholu i zapewnianie skutecznego egzekwowania przepisów.
4. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku rozwoju inicjatyw profilaktycznych oraz upowszechnienia standardów profilaktycznych.
5. Inspirowanie i kreowanie działań w kierunku redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, związanych z używaniem alkoholu.

Wskazane wyżej cele realizowane byłyby poprzez wskazane niżej zadania.

Ad. Cel operacyjny nr 1

- 1.1 Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym kampanii edukacyjnych, dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia.
- 1.2 Prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież (wynika z badań ESPAD – przyzwolenie rodziców na picie dzieci).
- 1.3 Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym.

Ad. Cel operacyjny nr 2

- 2.1 Promowanie i wspieranie kształcenia personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja).
- 2.2 Oddziaływania w kierunku podnoszenia kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
- 2.3 Oddziaływania w kierunku promowania i wspierania rozwoju systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień.
- 2.4 Oddziaływania w kierunku promowania i wspierania podnoszenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
- 2.5 Szkolenie profesjonalistów na temat FASD.

Ad. Cel operacyjny nr 3

- 3.1 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zmniejszania dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu.
- 3.2 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zapewnienia skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych.

Ad. Cel operacyjny nr 4

Realizacja następujących zadań w wyszczególnionych obszarach profilaktyki:

4.1 Profilaktyka uniwersalna:

- 4.1.1 Oddziaływania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty, upowszechniania oraz wdrażania uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój.
- 4.1.2 Oddziaływania w kierunku prowadzenia i upowszechnienia programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy.
- 4.1.3 Oddziaływania w kierunku poszerzenia i udoskonalania oferty, upowszechniania oraz wdrażania programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

4.2 Profilaktyka selektywna:

- 4.2.1 Oddziaływania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty, upowszechniania i wdrażania programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i wychowawców.
- 4.2.2 Kreowanie oddziaływań w kierunku poszerzania i podnoszenia jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

4.3 Profilaktyka wskazująca:

- 4.3.1 Oddziaływania w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty upowszechniania i wdrażania programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki wskazującej.
- 4.3.2 Promowanie i wspieranie udzielania specjalistycznej pomocy i wspierania rodziców, których dzieci upijają się.

Ad. Cel operacyjny nr 5

- 5.1 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania dostępności i podnoszenia jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu.

- 5.2 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku poszerzania i udoskonalania oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność.
- 5.3 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub działania w kierunku zwiększania dostępności do istniejących form wsparcia.
- 5.4 Wspieranie działalności środowisk abstynenckich.
- 5.5 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania dostępności i podnoszenia jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym.
- 5.6 Inspirowanie i kreowanie oddziaływań w kierunku zwiększania dostępności i podnoszenia jakości pomocy dla osób doświadczających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym.
- 5.7 Promowanie i wspieranie podejmowania działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie.
- 5.8 Promowanie i wspieranie reedukacji osób, które prowadziły pojazdy będąc pod wpływem alkoholu.
- 5.9 Promowanie zwiększania dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.

6.3. Wskaźniki oraz wskaźniki szablonowe

Założeniem WPPiRPA jest posługiwanie się jak najbardziej uproszczonymi, a jednocześnie uniwersalnymi dla wszystkich celów operacyjnych wskaźnikami. Jednocześnie dane do wskaźników powinny być możliwe do osiągnięcia. Zakłada się też możliwość dodania w trakcie realizacji programu nowych wskaźników oraz modyfikacji już przyjętych. Ponadto wskaźniki powinny wiązać się realnie z zadaniami. Zostaną zastosowane następujące wskaźniki przypisane jednocześnie do określonych celów operacyjnych :

- 1) Liczba podmiotów współpracujących.
- 2) Liczba podmiotów wspartych finansowo, także w formie pośredniej.
- 3) Liczba podmiotów wspartych pozafinansowo.
- 4) Liczba osób, beneficjentów udzielonego wsparcia.

Przyjęte rozwiązanie uzupełniające to szablony wskaźnikowe stosowane do zadań o określonym charakterze np. szkoleniowym i edukacyjnym. „Owskaźnikowanie” poszczególnych zadań pozwoli na uzyskanie dalszych informacji. Poniżej przedstawione są szablony wskaźnikowe.

Szablon wskaźnikowy wersja „A” zadania szkoleniowe :

- 1) Liczba uczestników szkolenia.
- 2) Liczba dni szkoleniowych.
- 3) Liczba godzin szkolenia.
- 4) Liczba podmiotów, które reprezentowali uczestnicy szkolenia.
- 5) Ocena zawartości szkolenia i jego prowadzenia przez uczestników.

Szablon wskaźnikowy wersja „B” zadania edukacyjne (konferencje, spotkania robocze, itp.) :

- 1) Liczba uczestników przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 2) Liczba dni przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 3) Liczba godzin przedsięwzięcia edukacyjnego.
- 4) Liczba podmiotów, które reprezentowali uczestnicy przedsięwzięcia edukacyjnego.

6.4. Komentarz

Realizacja WPPiRPA w latach 2018-2025 będzie miała charakter ciągły i otwarty z zachowaniem elastyczności umożliwiającej odpowiednie, profesjonalne reagowanie na dynamiczną sytuację, szczególnie w obszarze związanym z profilaktyką adresowaną do dzieci i młodzieży.

7. Finansowanie i organizacja realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

7.1. Finansowanie programu. Ramy finansowe realizacji programu

Ramy finansowe dla realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowi kwota zaplanowana w budżecie województwa.

WPPiRPA finansowany jest przede wszystkim z dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu ujętych w dochodach województwa w § 048.

Wydatki realizowane w ramach WPPiRPA ujęte będą w budżecie województwa w dziale 851, w rozdziałach 85154 i 85120 oraz w innych działach i rozdziałach zgodnie z potrzebami wynikającymi z formalnych wymogów.

Środki pochodzące z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi nie wykorzystane w danym roku budżetowym na realizację WPPiRPA zostaną w pełnej wysokości odtworzone w budżecie następnego roku lub następnych dwóch lat z przeznaczeniem na realizację ww. programu.

Zakłada się, że ww. dochody oraz wydatki przeznaczone na realizację WPPiRPA i wydatki na realizację wojewódzkiego programu przeciwdziałania narkomanii będą się bilansować w okresach dwuletnich lub trzyletnich.

Przyjmuje się, że w przypadku znaczącego obniżenia się dochodów budżetu województwa pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, na realizację WPPiRPA przeznaczone zostaną dodatkowe środki finansowe z budżetu województwa opolskiego, powyższe będzie jednak uzależnione od sytuacji budżetu województwa opolskiego.

Przeciętna wysokość środków finansowych przeznaczanych w danym roku budżetowym na realizację WPPiRPA oraz WPPN zbliżona będzie do średniej

dochodów budżetu województwa pochodzących z ww. opłat z okresu, który umożliwi zbilansowanie wydatków i dochodów budżetu województwa w tym obszarze.

Wyjściowa teoretyczna konstrukcja dla ram finansowych WPPiRPA na lata 2018-2025 przedstawia się następująco :

$$(\text{dochód roku } N + \text{dochód roku } N+1) : 2 - \text{wydatki WPPN}$$

Podzielenie przez „2” dopasowuje wydatki do średniej dochodów, likwidując tym samym dysproporcję wynikającą z różnej wysokości dochodów w ich dwuletnim cyklu. Należy pamiętać, że dochody w poszczególnych latach mogą się znacząco zmienić w przypadku nie dokonania wpłat przez duże hurtownie, a na całość dochodów z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu składają się między innymi jednorazowe opłaty w wysokości kilkudziesięciu, czy stu kilkudziesięciu złotych.

W związku z koniecznością zbilansowania dochodów z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu i wydatków WPPiRPA oraz WPPN praktyczne ramy finansowe WPPiRPA przedstawiają się następująco :

$$\begin{aligned} &(\text{dochód roku } N + \text{dochód roku } N+1) = \\ &(\text{wydatki WPPiRPA w roku } N + \text{wydatki WPPN w roku } N) + \\ &(\text{wydatki WPPiRPA w roku } N+1 + \text{wydatki WPPN w roku } N+1) \end{aligned}$$

Chociaż matematycznie można powyższy zapis ująć nieco inaczej, to zaprezentowana konstrukcja oddaje złożoność sytuacji, w której wpływy dochodów rocznych są bardzo nierównomiernie rozłożone w danym roku. Szczególną trudność powoduje kumulacja dochodów rocznych w końcówce roku z mniejszymi dochodami.

Rok 2016 r. był dla ram czasowych rokiem N+1 i planowe wydatki i dochody w tym roku odwzorowywały zbilansowanie lat 2015-2016. Natomiast dochody ponadplanowe oraz niewykonania wydatków z roku 2016 zostaną zbilansowane w okresie do 2018 r.

Wartościami wyjściowymi dla skonstruowania ram finansowych WPPiRPA są dochody budżetu województwa opolskiego z opłat za wydawanie zezwoleń na hurtowy obrót napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu. Dla przykładu dochody w 2016 r. zaplanowano w wysokości 126.700 zł., zaplanowane budżecie wydatki na realizację WPPiRPA w 2016 r., wyniosły 281.700 zł., a zaplanowane wydatki na realizację WPPN, 60.000 zł. Przy czym kwota 80.000 zł. wydatkowana w ramach WPPiRPA w 2016 r. pochodziła z dotacji z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

7.2. Partnerzy Samorządu Województwa Opolskiego w realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

- 1) Gminy i powiaty województwa opolskiego.
- 2) Organizacje pozarządowe zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, narkotykowych i tytoniowych, ochroną zdrowia psychicznego, przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie oraz przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu w województwie opolskim.
- 3) Jednostki lecznictwa odwykowego, podmioty medyczne zajmujące się terapią/leczeniem uzależnienia od alkoholu w województwie opolskim.
- 4) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- 5) Instytucje szczebla wojewódzkiego stykające się z problemami alkoholowymi, ochroną zdrowia psychicznego i przemocą w rodzinie.

7.3. Organizacja i realizacja wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

- 1) Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowany jest przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego.
- 2) Za realizację WPPiRPA odpowiada Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień.
- 3) W ramach realizacji WPPiRPA przewiduje się finansowe wsparcie jego obsługi z dochodów budżetu województwa uzyskanych z tytułu wydawania zezwoleń na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu. Powyższe dotyczy zakupów sprzętu komputerowego i biurowego, materiałów biurowych, książek, broszur, materiałów promocyjnych oraz zawierania umów zleceń i/lub umów o dzieło.

7.4. Elementy ewaluacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Jako elementy ewaluacji WPPiRPA przewiduje się następujące działania nie generujące kosztów, poza kosztami pracy :

- 1) Bieżąca ocena szkoleń i innych przedsięwzięć edukacyjnych.
- 2) Bieżąca analiza realizacji programu pod względem adekwatności do potrzeb, efektywności, użyteczności i trwałości.

Zakłada się, że w trakcie realizacji WPPiRPA mogą być przyjmowane nowe formy ewaluacji.

8. Spis wykresów

1. Wykres 1. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim z rozpoznaniem F10 na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010, 2014 i 2016 rok (dotyczy lecznictwa odwykowego) – strona 6
2. Wykres 2. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie mieszkańców województwa opolskiego z rozpoznaniem F10 na podstawie powiatu zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok (dotyczy lecznictwa odwykowego) – strona 7
3. Wykres 3. Dynamika sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 - 2016 (wartość sprzedaży 2010 r.=100%) – strona 9
4. Wykres 4. Przeciętne ceny detaliczne wybranych towarów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016 – strona 10
5. Wykres 5. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych na terenie województwa opolskiego w latach 2010 – 2016 (sklepy i lokale gastronomiczne razem) – strona 10
6. Wykres 6. Dochody gmin województwa opolskiego i Samorządu Województwa Opolskiego z tytułu opłat za wydanie zezwoleń oraz korzystanie z zezwoleń dotyczących obrotu i sprzedaży napojów alkoholowych w latach 2012–2016 – strona 12
7. Wykres 7. Wydatkowanie przez gminy województwa opolskiego dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w latach 2012–2016 – strona 12
8. Wykres 8. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem "F10" (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok. Liczba pacjentów 5.208 – strona 14
9. Wykres 9. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym oraz leczący się w podstawowej opiece zdrowotnej z rozpoznaniem „F10” (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu) na 10 tys. ludności z podziałem na powiaty zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2016 rok – strona 15
10. Wykres 10. Osoby uzależnione, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym na terenie województwa Opolskiego w latach 2010 – 2016 – strona 16
11. Wykres 11. Zgony w województwie opolskim z powodu alkoholowej choroby wątroby (K70) w latach 2010-2015 – strona 16
12. Wykres 12. Liczba dorosłych członków rodzin osób z problemem alkoholowym, którym udzielono konsultacji w punktach konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w województwie opolskim w latach 2010-2016 – strona 18
13. Wykres 13. Rozwody w województwie opolskim w latach 2010-2016 – strona 19
14. Wykres 14. Zgoda rodziców młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego na picie napojów alkoholowych w 2015 r. – strona 20

15. Wykres 15. Zakupy napojów alkoholowych młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 21
16. Wykres 16. Picie napojów alkoholowych przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 21
17. Wykres 17. Silne upijanie się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej województwa opolskiego w czasie 12 miesięcy przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 22
18. Wykres 18. Używanie alkoholu razem z tabletkami chociaż raz w życiu przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w 2011 r. oraz w 2015 r. - strona 22
19. Wykres 19. Doświadczenia młodzieży gimnazjalnej (15-16 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r. – strona 23
20. Wykres 20. Doświadczenia młodzieży ponadgimnazjalnej (17-18 lat) województwa opolskiego pod wpływem alkoholu w 2015 r. – strona 23
21. Wykres 21. Palenie papierosów przez młodzież gimnazjalną i ponadgimnazjalną województwa opolskiego w czasie 30 dni przed badaniem ankietowym w 2011 r. oraz w 2015 r. – strona 24
22. Wykres 22. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 178 a § 1 Kodeksu Karnego - prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego (dotyczy kierowania pojazdem mechanicznym) w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 25
23. Wykres 23. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 26
24. Wykres 24. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa z art. 177 § 1 Kodeksu Karnego - spowodowanie wypadku w komunikacji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 26
25. Wykres 25. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 27
26. Wykres 26. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstw przeciwko mieniu z art. 278, 279, 280, 281, 282, 288 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 27
27. Wykres 27. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 28
28. Wykres 28. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu z art. 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 28
29. Wykres 29. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko wolności seksualnej z art. 197, 198, 199, 200, 201 KK w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 29
30. Wykres 30. Liczebność kategorii osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 31

31. Wykres 31. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istniało podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2014 i 2016 r. – strona 32
32. Wykres 32. Liczebność kategorii osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 33
33. Wykres 33. Liczba osób w województwie opolskim, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemocą w rodzinie na 10 tys. mieszkańców z podziałem na powiaty w 2016 r. – strona 33
34. Wykres 34. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 34
35. Wykres 35. Liczba osób, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie będących pod wpływem alkoholu w województwie opolskim z podziałem na powiaty w latach 2013-2016 – strona 34
36. Wykres 36. Liczba kobiet podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 35
37. Wykres 37. Liczba mężczyzn podejrzanych o popełnienie przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece z art. 207 KK (znęcanie się) w województwie opolskim w latach 2013-2016 – strona 35
38. Wykres 38. Osoby skazane przez sądy w województwie opolskim w związku z przemocą w rodzinie z art. 207 Kodeksu Karnego (znęcanie się) w latach 2010-2016 – strona 36